

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-117

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Margot DESGURSE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2021

**ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR UNE FORMATION
UNIVERSITAIRE AUX THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES/INTERVENTIONS NON
MÉDICAMENTEUSES ET À LA MÉTHODOLOGIE DES RECHERCHES
ASSOCIÉES**

Étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Membres du jury : Madame le Professeur Céline BOUTON,
Monsieur le Professeur Éric SERRA

REMERCIEMENTS

À mon président de jury,

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Merci pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à l'évaluation de mon travail.

À mes membres du jury,

Madame le Professeur Céline BOUTON et Monsieur le Professeur Éric SERRA, pour l'intérêt porté à cette thèse en acceptant d'être membre du jury.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Julien NIZARD, pour avoir dirigé ma thèse et faire partie du jury. Merci pour votre confiance et pour le temps passé à m'aider à l'aboutissement de ce travail.

Aux personnes généreuses qui ont contribué à ce travail,

A Madame le Docteur Séverine MAYOL, pour son expertise et son aide tout au long de la construction de ce travail.

Aux professionnels de santé qui ont accepté de participer à l'enquête de cette thèse, merci.

À ma famille, sans qui ce parcours médicinal n'aurait pas été possible. Merci de votre soutien, de votre amour.

À mes amis,

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION.....	8
1. Définition des termes généraux	8
2. Modalité des formations et cadre légal.....	10
3. Evaluations scientifiques des thérapies complémentaires	11
4. Risques des thérapies complémentaires et alternatives	13
5. Offre de médecine intégrative en France.....	14
6. Utilisation par les patients des thérapies complémentaires ou alternatives et leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé.....	15
6.1. Appropriation par les patients des thérapeutiques complémentaires.....	15
6.2. Attentes des patients vis-à-vis des professionnels de santé.....	16
7. Naissance de la thèse.....	16
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
1. Caractéristiques de l'étude	18
1.1. Objectifs de l'étude.....	18
1.2. Type d'étude.....	18
1.3. Intérêt de la méthode qualitative	18
1.4. Choix des termes	18
2. Choix du type d'entretien	18
3. Echantillon étudié.....	19
3.1. Lieu et date de l'étude	19
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	19
3.3. Recrutement.....	19
4. L'entretien semi-dirigé.....	20
4.1. Elaboration de la trame d'entretien	20
4.2. Grands axes de la trame d'entretien	20
4.3. Méthode de l'entretien semi-dirigé	20
4.3.1 Contexte de l'entretien semi-dirigé	21
4.3.2 Techniques de l'entretien semi-dirigé	21
5. Exploitation des résultats de l'enquête	21
5.1. Retranscription des entretiens et anonymisation	21
5.2. Analyse des données.....	22
RÉSULTATS	23
1. Caractéristiques des entretiens	23

2.	Caractéristiques des professionnels de santé interrogés	23
3.	Connaissances des TC/INM.	25
3.1.	Thérapies peu connues	25
3.1.1	Thérapies insuffisamment connues, peu ou pas enseignées dans les facultés de médecine et les écoles d’infirmières.....	25
3.1.2	Thérapies dont la définition est floue, ce qui complique les échanges avec les patients. 26	
3.1.3	Thérapies qui seraient rarement utilisées.....	27
3.2.	Thérapies qui commencent à s’inviter dans les pratiques de professionnels de santé.....	28
3.2.1	Thérapies définies comme secondaires dans la prise en charge des patients.	28
3.2.2	Thérapies utilisées par le praticien, objet de recherches.....	29
3.2.3	Thérapies utilisées par certains professionnels de santé connus du praticien interviewé. 32	
3.2.4	Thérapies retrouvées à l’hôpital.	32
3.3.	Thérapies non soumises à la prescription médicale.....	33
3.4.	Thérapies dont les patients parlent.	33
3.5.	Un sujet polémique.....	34
3.6.	Fonctions attribuées aux TC/INM	39
4.	Quelle formation sur les TC/INM.	42
4.1.	Pour quel public.....	42
4.2.	Avec quelles thématiques.	45
4.2.1	Certains praticiens souhaitent avoir des informations sur les thérapies qui existent.	45
4.2.2	Certains sont dans une demande de formation plus conceptuelle.	46
4.2.3	Certains sont dans une demande de formation pour utiliser les TC/INM dans leur pratique professionnelle.....	47
5.	Liens du professionnel avec la recherche.....	48
5.1.	Formation et niveau de formation.	48
5.1.1	Formation initiale faible pour tous.	48
5.1.2	S’être auto-formé à la recherche clinique.....	49
5.1.3	Absence de formation continue encadrée sur la méthodologie de recherche.	49
5.1.4	Avoir bénéficié d’une formation à la recherche clinique en formation continue.	50
5.1.5	Être soi-même enseignant en recherche.	51
5.2.	Intérêts pour la recherche.	51
5.2.1	Participer à des recherches en médecine conventionnelle.....	51
5.2.2	Participer à des recherches sur les TC/INM.	51
5.2.3	Motivations du professionnel de santé pour la recherche clinique.....	52
5.3.	Freins à la recherche clinique.	52
5.3.1	Freins à la recherche en général.	53

5.3.2	Freins à la recherche sur les TC/INM.....	54
6.	Attentes d'une formation à la recherche.....	57
6.1.	Apprentissage de la méthodologie de recherche.	57
6.2.	Attente d'une formation pratique.	57
6.3.	Attente d'une formation aux biostatistiques.	58
6.4.	Absence d'attente pour se former à la recherche.....	59
	DISCUSSION	60
1.	Les résultats principaux et leur implication.....	60
1.1.	Attentes d'une formation aux TC/INM	60
1.2.	Méthodologie de recherche sur les TC/INM et attentes d'une formation à la recherche ..	60
2.	Forces et faiblesses de l'étude	61
2.1.	Forces	61
2.2.	Les points faibles de l'étude	62
3.	Comparaison avec les données de la littérature.....	63
4.	Perspectives	68
	CONCLUSION	69
	ANNEXES	70
	BIBLIOGRAPHIE	72

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA : Activité physique adaptée

APHP : Assistance publique – hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

CEPS : Plateforme collaborative d'évaluation des programmes de prévention et de soins de support

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CSP : Code de la santé publique

CUMIC : Collège universitaire de médecines intégratives et complémentaires

DGS : Direction générale de la santé

DIU : Diplôme inter-universitaire

DO : Diplômé en ostéopathie

DU : Diplôme universitaire

ECR : Essais comparatifs randomisés

HAS : Haute autorité de santé

HCSF : Haut conseil de santé publique

IFOP : Institut français d'opinion publique

INM : Interventions non médicamenteuses

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

Ipsos : Institut de sondages français

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

Miviludes : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MTC : Médecine traditionnelle chinoise

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation mondiale de la santé

TC : Thérapies complémentaires

TENS : Neurostimulation électrique transcutanée

INTRODUCTION

Il existe actuellement deux types d'offres de soins : la médecine conventionnelle, encore qualifiée d'occidentale ou allopathique, et le groupe hétéroclite des thérapies complémentaires et alternatives, qui répond également aux noms de médecine non conventionnelle, médecine traditionnelle, médecine naturelle ou encore médecine douce. Un troisième type de médecine se développe : la médecine intégrative combinant prise en charge conventionnelle et certaines thérapies complémentaires.

En France, 28% des sondés déclarent avoir recours aux thérapies complémentaires au moins une fois dans l'année d'après l'étude Ipsos de 2018. (1)

Selon l'étude IFOP 2007, 39% des personnes interrogées ont eu recours au moins une fois dans l'année à une thérapie complémentaire et 38% déclarent se tourner vers les thérapies complémentaires comme alternative à la prise de médicaments. (2)

L'engouement des Français pour les thérapies complémentaires est réel.

1. Définition des termes généraux

La **médecine « conventionnelle »** est encore appelée médecine occidentale ou allopathique. Elle s'appuie sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort obtenu avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. (3) La médecine occidentale moderne s'appuie sur la physiologie. La compréhension biologique d'un soin est nécessaire à son évaluation.

Les **médecines complémentaires et alternatives** répondent à plusieurs autres noms tels que médecine non conventionnelle, médecine naturelle, médecine traditionnelle, médecine douce. Selon l'OMS, « Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. » (4) D'après les définitions de l'organisme américain National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), si ces thérapies sont utilisées en complément de la médecine conventionnelle elles sont dites complémentaires, et si elles sont utilisées à la place de la médecine conventionnelle elles sont dites alternatives. (5)

L'Académie de Médecine encourage à l'utilisation du terme « thérapie complémentaire » car il évite l'appellation injustifiée de "médecines" et implique que ces pratiques ne sont que de possibles compléments aux moyens de traitement qu'offre la médecine proprement dite. La pratique de ces thérapies complémentaires ne peut donc pas se substituer à la médecine conventionnelle. (6)

Plus de 400 pratiques thérapeutiques sont recensées par l'OMS dans la famille des médecines dites « alternatives », « complémentaires » ou « traditionnelles ». (4)

Les thérapies complémentaires et alternatives sont réparties en quatre catégories :

- Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux.

En voici deux exemples : la phytothérapie, qui repose sur l'utilisation des plantes ; l'aromathérapie, qui utilise des huiles essentielles.

- Les thérapies manuelles, c'est-à-dire utilisant les manipulations.

Les plus connues en France sont : l'ostéopathie (discipline utilisant le contact manuel pour le diagnostic et le traitement en plaçant l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque du corps à s'auto-guérir) et la chiropraxie (méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulations des vertèbres).

- Les approches corps-esprit.

En voici trois exemples : l'hypnose médicale qui consiste en une modification de l'état de conscience réalisée dans le but de rendre accessible au sujet des ressources peu exploitées de son cerveau et d'activer ses pouvoirs d'auto-guérison. La méditation en pleine conscience se traduit par une conscience qui se manifeste lorsque l'on porte attention sans jugement sur l'expérience du moment présent. La sophrologie est un entraînement du corps et de l'esprit pour développer sérénité et mieux-être basé sur des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit.

- Les systèmes complets, c'est-à-dire reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres.

Par exemple, l'acupuncture (méthode thérapeutique qui permet la circulation fluide de l'énergie vitale par l'utilisation d'aiguilles), l'homéopathie (technique thérapeutique qui utilise des médicaments dilués et dynamisés qui sont issus de substances végétales, minérales ou organiques) ou encore la mésothérapie (technique thérapeutique utilisant l'injection de médicaments à faible dose sous le derme).

Les **Interventions Non Médicamenteuses (INM)** sont définies par la HAS comme « thérapeutiques non pharmacologiques nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France ». (7) En 2011, la HAS distingue trois catégories d'INM : les régimes diététiques, les activités physiques, les traitements psychologiques. Devant les difficultés à s'accorder sur une appellation universelle des pratiques non conventionnelles, une plateforme universitaire collaborative a vu le jour en 2011 en France. Cette plateforme CEPS (plateforme collaborative d'évaluation des programmes de prévention et de soins de support) a permis de définir une INM comme « une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle a fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques. » (8)

La plateforme CEPS effectue une classification différente de celle de la HAS :

Interventions psychologiques	Interventions physiques	Interventions nutritionnelles	Interventions numériques	Interventions élémentaires
Art Thérapies	Programmes d'activité physique	Compléments alimentaires	m-Santé	Préparations minérales
Programmes d'éducation santé	Hortithérapies	Programmes nutritionnels	Thérapies par le jeu vidéo	Préparations mycologiques

Psychothérapies	Physiothérapies		Thérapies par la réalité virtuelle	Préparations botaniques
Pratiques psychocorporelles	Thérapies manuelles			Méthodes électromagnétiques
Thérapies assistées par l'animal	Programmes balnéologiques			Cosmécéutiques

Les INM comprennent donc des thérapies utilisées depuis de nombreuses années dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients (kinésithérapie, psychothérapie, règles hygiéno-diététiques) et des interventions plus « nouvelles » pour les professionnels de santé (art-thérapie, thérapies par le jeu vidéo, ...).

La **médecine intégrative** désigne le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux thérapies complémentaires, lorsqu'il y a des preuves scientifiques de bonne qualité quant à l'efficacité et à la sécurité des prestations. Ce concept est né dans les années 1990. La fédération des médecins-omnipraticiens du Québec la définit comme la combinaison « des meilleurs soins de la médecine scientifique occidentale et ceux des approches complémentaires dans le but de maintenir la santé et d'améliorer le bien-être ». (9) « Elle s'attarde à la prévention et au maintien de la santé en s'intéressant aux différentes facettes du mode de vie : alimentation, activité physique, gestion du stress et bien-être émotionnel. » L'approche de la santé par la médecine intégrative répond à la définition de l'OMS selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (10)

2. Modalité des formations et cadre légal

La **médecine conventionnelle** est enseignée dans les facultés de médecine. La validation du cycle universitaire de médecine permet l'obtention de diplômes reconnus à l'échelle nationale. Les étudiants en médecine deviennent docteurs d'une spécialité médicale ou chirurgicale. Au cours des études médicales, seules les pratiques « conventionnelles » sont enseignées.

Les autres professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, etc.) sont aussi accessibles par le biais de l'obtention d'un diplôme de niveau national.

L'exercice de la médecine est réservé aux seuls médecins. Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence limitée. Ces professionnels de santé sont inscrits auprès de leurs Ordres respectifs. Le public peut vérifier leur inscription sur les sites des Ordres. (3)

Au sujet de l'exercice illégal de la médecine en France, citons l'article L.4161-1 du code de santé publique (11) : « Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un

diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ; »

Selon l'article L.4161-5, des sanctions de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende peuvent être administrées pour l'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de biologiste médical.

En 2021, **4 thérapies complémentaires sont reconnues par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)**. Il s'agit de l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'ostéopathie. L'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie peuvent ainsi faire l'objet de titres autorisés sur les plaques et les ordonnances. Les médecins se formant à l'homéopathie n'ont plus accès à ce droit depuis 2019.

Elles n'ont pourtant pas le même statut légal au vu du Code de la Santé Publique (CSP). La seule thérapie complémentaire disposant d'un diplôme national est l'acupuncture. Certaines formations donnent lieu à l'obtention de diplômes d'université (DU) ou de diplôme interuniversitaires (DIU). Les DU sont assurés dans une faculté sous la responsabilité d'un enseignant et les DIU dans plusieurs facultés. Ils ne permettent pas par leur seule obtention l'exercice d'une profession de santé. Certaines thérapies complémentaires sont enseignées par des organismes privés et les diplômes qui y sont obtenus ne sont pas reconnus par l'Etat, à l'exception de l'ostéopathie.

L'acupuncture est enseignée aux seuls médecins sous les modalités d'une capacité avec un enseignement durant 2 ans et d'un DIU. (12)

L'hypnose est enseignée aux professionnels de santé et aux psychologues sous forme de DU.

La mésothérapie est enseignée aux seuls médecins sous forme de DIU.

L'ostéopathie est enseignée aux professionnels de santé au cours d'un DU ou d'un DIU. Elle est enseignée au grand public dans des organismes privés agréés par l'État. Il ne s'agit pas d'un diplôme d'État. L'obtention du diplôme dans un établissement agréé permet l'enregistrement du praticien à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de son lieu d'exercice et lui permet d'inscrire sur sa plaque la mention « DO » qui signifie Diplômé en Ostéopathie. Les actes et les conditions d'exercice de l'ostéopathie sont définis par le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007. (13)

3. Evaluations scientifiques des thérapies complémentaires

Le débat scientifique sur l'efficacité et l'innocuité des thérapies complémentaires est plus que jamais d'actualité. La multiplicité des thérapies complémentaires et l'existence de médecines qui se veulent alternatives à la médecine conventionnelle compliquent le consensus entre médecins.

Certains médecins sont ainsi totalement réfractaires aux thérapies complémentaires du fait de leur faible efficacité et du nombre insuffisant d'études de qualité à leur sujet. Ils estiment la médecine conventionnelle suffisante pour traiter les patients et voient les thérapies complémentaires comme une perte de chance. (14)

Devant la fracture entre un public demandeur de thérapies complémentaires et une communauté médicale dubitative, la Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé une augmentation des publications scientifiques afin d'accumuler des preuves. La DGS confie ainsi depuis 2010 à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ou à des sociétés savantes la réalisation

d'évaluations et de revues de littérature scientifique internationale, visant à repérer les pratiques prometteuses et celles potentiellement dangereuses. Elle peut ensuite demander un avis complémentaire à la Haute Autorité de santé (HAS) ou au Haut Conseil de la santé publique (HCSP). (3)

Les résultats de différents rapports de l'Inserm sont les suivants :

- L'**acupuncture** a fait l'objet de milliers d'essais ; les revues de la littérature et les méta-analyses sur le sujet se comptent par centaines. Elle a montré son efficacité dans le traitement de nombreuses douleurs chroniques (prophylaxie des migraines, prophylaxie des céphalées de tension, cervicalgies chroniques, lombalgies chroniques, arthrose des articulations périphériques), des nausées et des vomissements. Les indications de l'acupuncture sont susceptibles d'évoluer car de nombreuses études sont en cours en Chine et en Europe. Les effets indésirables graves sont rares au décours de l'utilisation de l'acupuncture avec aiguilles. Le risque d'infection est peu fréquent. Il peut y avoir une douleur locale, un saignement ou une ecchymose à la suite de l'insertion de l'aiguille. Les effets indésirables liés à d'autres techniques de stimulation laser, stimulation électrique ou physico-chimique sont peu connus. Le risque d'aggravation des symptômes est élevé si l'acupuncture se substitue à un traitement dont l'efficacité est prouvée. (15)
- L'**hypnose** a fait l'objet d'études le plus souvent qualitatives, qui ne respectent donc pas le standard méthodologique classique qu'est l'étude comparative randomisée. Cependant plusieurs études cliniques de bonne qualité et des revues de littérature Cochrane ont pu retrouver une efficacité dans l'anesthésie per-opératoire et la colopathie fonctionnelle. Au sujet du traitement de la douleur, si l'hypnose n'a pas montré de preuves de diminution de l'intensité de la douleur, elle permet une diminution de son impact émotionnel. Aucun effet indésirable grave n'a été retrouvé. Les effets indésirables rapportés sont la survenue de céphalées, de somnolence, de vertiges ou encore la création de faux souvenirs. (16)
- L'**ostéopathie** a fait l'objet d'études avec des limites méthodologiques liées à la nature de son exercice composé de manipulations manuelles. La revue de littérature permet de retrouver une efficacité modeste de l'ostéopathie en association avec une prise en charge médicale classique dans les douleurs d'origine vertébrales. Un effet indésirable rare mais grave a été décrit après des manipulations cervicales : une dissection ou une thrombose de l'artère vertébro-basilaire entraînant une tétraplégie ou la mort. Des effets indésirables tels que des céphalées ou une fatigue ont été rapportés. (17)
- La **mésothérapie** a été très peu étudiée, peu d'études existent à son sujet et elles ne sont pas méthodologiquement acceptables. Actuellement, il n'existe donc aucune validation scientifique de ces méthodes quant à leur efficacité et leur sécurité. (18)

L'**homéopathie** n'a pas été évaluée par l'Inserm. Elle a été au centre de nombreux débats du fait du remboursement des médicaments homéopathiques depuis 1984, alors même que ces médicaments n'ont pas fait l'objet d'une évaluation préalable leur autorisant une mise sur le marché. En 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fait mener une évaluation de l'efficacité des médicaments homéopathiques pour évaluer la pertinence de leur remboursement. (19) Malgré le nombre d'études analysées par le comité d'évaluation, aucune étude robuste n'a démontré la supériorité des médicaments homéopathiques par rapport à des traitements conventionnels ou au placebo. Aucun effet indésirable grave n'a été identifié.

La **méditation en pleine conscience** a fait l'objet de nombreuses études dont des méta-analyses qui ont retrouvé une efficacité dans les troubles anxieux, les troubles dépressifs, le stress et les effets négatifs

de la douleur chronique. Elle n'est pas supérieure au traitement pharmaceutique ou à la thérapie cognitivo-comportementale mais peut être utilisée en complément. (20) (21)

En 2021, l'acupuncture, l'hypnose, la méditation en pleine conscience et l'ostéopathie ont donc des preuves d'efficacité scientifiquement validées dans certaines indications.

Il existe plusieurs différences entre l'évaluation des médicaments et des thérapies complémentaires :

- Les thérapies non conventionnelles sont très peu réglementées, contrairement aux médicaments. Cela conduit à une hétérogénéité des premières et une homogénéité du contenu et des posologies des seconds.
- Dans un objectif d'abord holistique de la santé et de mieux-être, les thérapies non conventionnelles revendiquent des effets spécifiques et non spécifiques alors que les médicaments revendiquent seulement des effets spécifiques.
- Les thérapies complémentaires existent sur le marché du soin en France sans avoir été préalablement autorisées, à l'inverse des médicaments qui font l'objet d'études sur leur efficacité et leurs effets secondaires avant leur mise sur le marché.
- Les médicaments sont évalués grâce au financement du laboratoire les produisant. Celui-ci a un intérêt commercial à effectuer les études d'efficacité. Les thérapies complémentaires font l'objet d'études peu puissantes, peut-être à cause d'un défaut de financement.
- L'évaluation des médicaments se fait sur la base d'essais comparatifs randomisés (ECR). Ces essais constituent le plus haut niveau de preuve selon la HAS. (22) Ils sont réputés difficiles à appliquer pour l'évaluation de certaines thérapies complémentaires basées sur les interventions humaines (ostéopathie, acupuncture, ...).

4. Risques des thérapies complémentaires et alternatives

En dehors des risques spécifiques de chaque thérapie comme indiqué ci-dessus pour les thérapies évaluées scientifiquement, il peut exister pour les thérapies biologiques un risque d'interaction médicamenteuse voire de toxicité. (23)

Les risques de retard diagnostic et de retard à la prise en charge sont communs à toutes ces thérapies si elles sont utilisées en alternative à un traitement conventionnel ou par un praticien non médecin et qui ne connaît pas les limites de sa pratique.

Une revue de la littérature datant de 2014 reprend les risques principaux de l'utilisation de ces thérapies (24) :

- Risques dus à la variabilité : variabilité de produits en l'absence de norme établie (fabrication, forme, dosage) ; variabilité de pratiques (praticiens non réglementés systématiquement pour les thérapies non reconnues par l'ordre des médecins, formations non réglementées par l'Etat) ; variabilité d'informations (informations internet non vérifiées, vendeurs dans les magasins de produits biologiques non formés, pharmaciens non formés).
- Risques dus aux suppositions : supposition d'efficacité des techniques naturelles/traditionnelles, supposition de l'existence de mesures légales pour la protection du consommateur, supposition de sécurité de l'utilisation des thérapies du fait d'une méconnaissance des effets secondaires

engendrés, supposition de la part des patients que les pharmaciens et les employés de vente au détail de produits biologiques ont une connaissance de ces produits.

- Risques liés au coût d'opportunité/coût de perte de temps : retard de diagnostic, retard de traitement.
- Risques économiques : conflits d'intérêts dans les ventes de produits thérapeutiques (par exemple les naturopathes qui vendent des produits de santé ont plus tendance à les recommander à leurs patients au risque d'une surconsommation médicale), surutilisation des produits de diagnostic.
- Risques dus à l'absence de cadre réglementaire des thérapies complémentaires et alternatives : peur du patient de révéler à son médecin l'utilisation de ces thérapies, sous-déclaration des effets indésirables de ces thérapies.

Certaines entreprises ou personnes mal intentionnées se sont déjà servi de méthodes alternatives qui constituent des menaces sectaires avec un risque d'embrigadement, d'isolement et d'escroquerie. Ainsi la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) suit les signalements qu'elle reçoit pour enquêter sur ces organisations frauduleuses. (25)

5. Offre de médecine intégrative en France

Comme nous l'avons vu précédemment, les thérapies complémentaires apportent des preuves de leur efficacité pour certaines pathologies fonctionnelles en étant utilisées suite à une démarche diagnostique classique. Elles sont un outil supplémentaire à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient en étant utilisé en adjuvant d'une prise en charge médicale conventionnelle.

C'est en ce sens que le terme de médecine intégrative est né. Il implique une information du malade sur les traitements possibles et leurs modalités.

A ce jour, la médecine intégrative est pratiquée à l'hôpital au sein d'équipes pluridisciplinaires et par des praticiens libéraux ayant développé un exercice particulier. Le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) a vu le jour en 2017 ; il regroupe des universitaires et des responsables d'enseignement de plusieurs disciplines concernées au sein d'une association déclarée.

En 2015, selon l'Ordre des médecins, 6 115 médecins français ont déclaré un titre ou une orientation de médecine alternative et complémentaire. Un sur cinq exerce en milieu hospitalier. 37% ont déclaré un exercice en homéopathie, 32% en médecines manuelles et ostéopathie, 22% en acupuncture, 9% en mésothérapie. (26)

Un recensement de l'offre en médecine complémentaire disponible à l'APHP a été réalisé en 2012 et a mis en évidence plus de 15 thérapies complémentaires pratiquées :

- des traitements psychocorporels principalement (hypnose, relaxation, toucher thérapeutique, méditation, réflexologie, sophrologie, TENS, musicothérapie, art-thérapie) ;
- des traitements physiques manuels (ostéopathie principalement) ;
- des traitements issus de la Médecine Traditionnelle Chinoise (acupuncture, Qi-gong) et d'autres systèmes complets (homéopathie, mésothérapie) ;
- des traitements biologiques naturels (aromathérapie).

L'enquête réalisée auprès des autres CHU français, à l'initiative du comité de l'APHP montre que ces mêmes traitements complémentaires sont présents dans la plupart des autres CHU. (27)

L'activité en thérapies complémentaires est présente dans les structures de court, moyen et long séjour et réalisée selon les cas en consultations externes ou en hospitalisation (hospitalisation complète et hôpital de jour) et dans le cadre associatif (réseaux cancer). On les retrouve principalement dans les Centres d'évaluation et de traitement de la douleur et les structures de Soins Palliatifs où ils sont dispensés en consultations externes. Elles sont utilisées également en hospitalisation (Unités Mobiles d'Accompagnement et de Soins Palliatifs), dans les maternités, en médecine physique et réadaptation, en anesthésie-réanimation, en addictologie. Le tiers de l'offre de médecines complémentaires dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs est localisée dans les hôpitaux pédiatriques.

La moitié des praticiens identifiés appartient aux professions médicales (médecins en majorité, et sages-femmes), l'autre moitié des praticiens est composée de professionnels paramédicaux et de psychologues.

Sur le plan de la formation universitaire, toutes les facultés de médecine proposent au moins un DU ou DIU en thérapie complémentaire. Pour l'année universitaire 2020-2021, il existe 87 dont 19 DU et DIU de médecine manuelle/ostéopathie, 18 DU d'hypnose médicale, 8 DU de méditation/pleine conscience, 7 DIU d'acupuncture médicale, 3 DIU d'acupuncture obstétricale, 3 capacités d'acupuncture, 7 DU ou DIU d'homéopathie, 6 DIU de mésothérapie, 6 DU de phytothérapie et aromathérapie, 2 DU de phytothérapie, 1 DU d'aromathérapie, 3 DU d'art-thérapie, 1 DU Thérapies Non Médicamenteuses, 1 DIU de médecine chinoise, 1 DU de musicothérapie, 1 DU Tai chi thérapeutique. Certaines facultés ont mis en place un enseignement facultatif ou obligatoire sur les médecines complémentaires (Pierre et Marie Curie, Strasbourg).

Un nouvel item sera enseigné aux étudiants en deuxième cycle des études médicales à partir de l'année universitaire 2021-2022. Il sera intitulé « Principes de la médecine intégrative, utilité et risques des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires ».

6. Utilisation par les patients des thérapies complémentaires ou alternatives et leurs attentes vis-à-vis des professionnels de santé

6.1. Appropriation par les patients des thérapeutiques complémentaires

Si la première raison avancée par les Français est l'épargne médicamenteuse, les autres raisons s'inscrivent dans un climat d'amélioration de la santé par la prévention des maladies. Les thérapies complémentaires et alternatives prônent un rythme de vie sain et répondent à la définition de santé de l'OMS par l'introduction du bien être dans les pratiques de soins. Certains patients recherchent une solution thérapeutique à leurs maux pour lesquels la médecine conventionnelle n'a pas de réponse satisfaisante (anxiété, fatigue, douleur chronique, pathologie fonctionnelle). D'autres veulent atténuer les effets des thérapies classiques et ainsi améliorer leur qualité de vie. D'autres encore cherchent une prise en charge globale de leurs maux (physique, psychologique voire spirituelle) et une augmentation du temps d'écoute des soignants dans l'optique d'être plus actif dans leur parcours de soin. (28) (14)

L'oncologie est l'une des spécialités médicales dans lesquelles l'utilisation des thérapeutiques complémentaires et alternatives a été le plus étudiée. Dans une revue de littérature réalisée en 2015 sur des patientes atteintes de cancer gynécologique, les raisons de l'utilisation de thérapies alternatives ou

complémentaires étaient la volonté de renforcer le système immunitaire, de réduire les effets secondaires des traitements anticancéreux, de faire baisser le niveau de stress par une relaxation physique ou psychologique. (29) Les raisons retrouvées par une autre revue de la littérature réalisée en 2018 sur des patients atteints de cancer étaient sensiblement les mêmes : aider à la guérison du cancer, aider à obtenir une meilleure santé générale et traiter les effets secondaires des traitements anti-cancéreux. (30)

Dans certains cas de pathologies cancéreuses et au péril de leur vie, des patients se détournent de la médecine conventionnelle au profit de thérapies alternatives. Ainsi, les raisons de l'abandon de la médecine conventionnelle retrouvés dans une étude sont : le stress et les émotions négatives, la volonté de prise de contrôle, la croyance en un remède, l'association à un groupe social, les considérations financières et l'introduction d'une dimension mystique dans les soins de santé. (31)

6.2. Attentes des patients vis-à-vis des professionnels de santé

Le taux de révélation de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives aux médecins conventionnels reste bas dans les études s'y intéressant. Ainsi, dans la thèse de Hélène Langin de 2018 33 % des femmes atteintes de cancer gynécologique et utilisatrices de thérapies alternatives ou complémentaires en informaient leur oncologue. (32) De même, dans une revue de la littérature de 2012, de 20% à 77% des patients utilisateurs de thérapies alternatives ou complémentaires et atteints de cancer ne divulguaient pas leur utilisation de ces thérapies. Les raisons principales étaient l'absence d'interrogation de leur médecin, l'anticipation par le patient d'une désapprobation ou d'un désintérêt de la part de leur médecin, l'incapacité de leur médecin à les aider à ce sujet. (33) Une étude menée en 2016 montrait que les discussions au sujet des thérapies complémentaires ou alternatives au cours d'un entretien entre le patient et son oncologue augmentaient la satisfaction des deux protagonistes. Ces discussions avaient lieu lors d'entretiens où la communication était centrée sur le patient. (34)

7. Naissance de la thèse

Au vu de l'amélioration de la satisfaction des patients au cours d'une prise en charge globale et des risques de l'utilisation de certaines thérapies, la discussion médecin-patient est nécessaire à ce jour.

La connaissance de ces thérapies complémentaires est en augmentation dans le monde grâce à un accroissement des recherches. Les professionnels de santé y sont confrontés tous les jours mais l'absence de formation initiale ou de connaissance de sources fiables où trouver facilement des informations est préjudiciable à la relation de soin. L'augmentation du niveau de connaissance et de capacité à faire des recherches sur les utilités et les risques des thérapies complémentaires est donc un sujet d'actualité.

De nos jours, la prise en charge des patients se veut pluridisciplinaire avec une amélioration des échanges entre professionnels de santé. Tous les professionnels de santé sont donc concernés par l'évolution de la médecine actuelle vers une prise en charge centrée sur le patient.

Les professionnels de santé en exercice en 2020, n'ont pour la plupart pas reçu de formation sur les INM/TC et beaucoup en demandent une. Dans la thèse d'Ait M'Hammed, 80% des médecins généralistes interrogés jugeaient leurs connaissances des médecines complémentaires et alternatives insuffisantes. (35) Il existe un grand nombre de thèses d'internes en médecine qui concluent à un manque de formation au cours des études. Rappelons que celle-ci a été mise en place pour l'externat à la rentrée 2021.

Les rédacteurs des rapports de l'Inserm sur l'évaluation des interventions non médicamenteuses mettent en avant la difficulté de réaliser des études de forte puissance sur ce domaine. Les interventions

humaines en santé doivent être évaluées, comme les médicaments l'ont été il y a 50 ans, pour justifier leur place dans l'arsenal thérapeutique actuel. Le Gold standard en recherche médicale consistant en une étude randomisée en double aveugle est-il applicable aux interventions non médicamenteuses ? Nous devons débiter une réflexion sur une manière de procéder à leur évaluation.

Notre objectif est d'évaluer les attentes des professionnels de santé susceptibles de se former en formation continue aux interventions non médicamenteuses, thérapies complémentaires et à la méthodologie de recherche associée.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Caractéristiques de l'étude

1.1. Objectifs de l'étude

Le but de cette étude était d'explorer, chez les professionnels de santé, les attentes qu'ils avaient d'une formation universitaire aux thérapies complémentaires, interventions non médicamenteuses, et à la méthodologie des recherches associées.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer leurs connaissances sur ces thérapies et leurs représentations des spécificités de recherche sur les TC/INM.

1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête qualitative exploratoire réalisée auprès de 3 infirmiers et 5 médecins, selon la technique des entretiens semi-dirigés.

1.3. Intérêt de la méthode qualitative

La recherche qualitative, utilisée depuis longtemps en sciences sociales, donne un aperçu du comportement et des perceptions des individus dans leur cadre naturel sur un sujet particulier. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et ainsi définir ou cerner les options liées à cette question. La méthode qualitative ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population, étant donné que l'échantillon de la recherche n'est pas représentatif ou n'a pas nécessairement été prélevé au hasard. Elle cherche donc à comprendre un phénomène et non pas à le mesurer comme le ferait une étude quantitative. (36)

Elle trouve actuellement sa place en recherche biomédicale, combinée ou non à la recherche quantitative.

1.4. Choix des termes

Pour faire référence aux thérapies visées par cette enquête, j'ai fait le choix des termes « thérapies complémentaires » et « interventions non médicamenteuses ».

Il n'existe pas de terme consacré à ces thérapies en France mais ce choix a été fait au vu de ce qui est accepté par le conseil de l'Académie de médecine (thérapie complémentaire) et ce qui est accepté par la HAS (interventions non médicamenteuses).

2. Choix du type d'entretien

Il existe principalement trois catégories d'entretien individuel au cours des études qualitatives exploratoires (37) :

- L'entretien libre ou non-directif : principalement utilisé pour les récits de vie. Il n'y a pas vraiment ou peu de questions. Le chercheur pose une question initiale au sujet, et le laisse s'exprimer sans l'arrêter ou l'orienter par ses propres remarques. Si le sujet ne parvient plus à continuer, il lui reformule alors les derniers propos qu'il a tenus, pour le relancer. Le risque de cette méthode est le hors-sujet.
- L'entretien directif : il ressemble à un questionnaire avec de nombreuses questions souvent fermées. Les réponses sont concises, laissant peu de place au sujet interviewé pour développer ses réponses, donner des explications ou argumenter.
- L'entretien semi-directif : il est le plus fréquemment utilisé en recherche qualitative. Il permet de centrer le discours des personnes interviewées autour de différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur. Les thèmes sont consignés dans la trame d'entretien. L'interviewé peut venir compléter et approfondir des domaines de connaissance spécifiques liés à l'entretien qui se déroule très librement à partir de questions ouvertes. Il permet une interaction dans la communication plus importante entre les deux intervenants que les autres types d'entretiens. Ainsi, l'écoute, les relances et la possibilité de réajustement de l'enquêteur favorisent l'auto-évaluation de la personne interviewée.

3. Echantillon étudié

3.1. Lieu et date de l'étude

Les entretiens se sont déroulés par visioconférence, en novembre et décembre 2020.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le recrutement s'est fait selon plusieurs critères d'inclusion :

- La profession (infirmier ou médecin),
- Le mode d'exercice (cabinet libéral seul ou de groupe, établissement de santé),
- La confrontation aux thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses au cours de l'exercice professionnel,
- L'expérience dans le domaine de la recherche sur les thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses (aucune, une recherche ou plus).

L'objectif était d'obtenir un échantillon de professionnels de santé qui pourraient avoir un intérêt pour la mise en place d'une formation universitaire aux thérapies complémentaires, interventions non médicamenteuses et qui avaient une connaissance différente de la recherche dans ce domaine pour valider la nécessité d'une formation spécifique.

Le critère d'exclusion était : l'absence d'intérêt pour le sujet des TC/INM.

3.3. Recrutement

Une fois les différents critères établis, les professionnels de santé ont été choisis :

- Sur conseils de relations professionnelles, pour les professionnels ayant réalisé des études sur les TC/INM,

- Par connaissance de leur spécialité d'exercice, pour les professionnels pouvant être confrontés à l'utilisation des TC/INM par les patients.

Les interviewés ont été contactés par mail (ANNEXE 1).

L'inclusion des interviewés a été réalisée au fur et à mesure de l'étude. La saturation des données n'a pas été recherchée en raison de la nature exploratoire du travail. L'inclusion a été arrêtée après recrutement d'au moins un infirmier et un médecin ayant soit fait une recherche sur les TC/INM, soit plusieurs recherches sur les TC/INM soit enfin n'ayant pas fait de recherche dessus.

4. L'entretien semi-dirigé

4.1. Elaboration de la trame d'entretien

La trame d'entretien devait servir de guide sur lequel s'appuyer tout au long de l'entrevue, afin de pouvoir recadrer l'entretien en cas de hors-sujet, mais tout en permettant à l'interviewé de s'exprimer librement.

Elle devait être composée de questions ouvertes adaptées au sujet de ma thèse et comprendre plusieurs grands thèmes à aborder au cours des différents entretiens.

L'entretien devait également se dérouler en moins d'une heure, temps nécessaire à la réalisation du questionnaire et à l'obtention de réponses suffisamment développées et argumentées, mais également durée acceptable pour l'interviewé.

4.2. Grands axes de la trame d'entretien

Il s'agissait d'une trame flexible (ANNEXE 2) : les questions devaient être reformulées en fonction du contexte et de l'interviewé, leur ordre pouvait varier en fonction du déroulement de l'entretien.

Il comportait les grands thèmes suivants :

- Les caractéristiques des professionnels de santé interviewés,
- Leur connaissance de la notion de thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses,
- Leurs attentes sur une formation universitaire sur les TC/INM,
- Leurs liens avec la recherche,
- Leur connaissance des spécificités de la recherche dans le domaine des TC/INM,
- Leurs attentes sur une formation universitaire à la recherche.

J'ai testé la grille d'entretien auprès de deux médecins de ma connaissance pour vérifier que toutes les questions avaient un sens et m'entraîner avant de réaliser les entretiens de thèse.

4.3. Méthode de l'entretien semi-dirigé

4.3.1 Contexte de l'entretien semi-dirigé

Les rendez-vous ont été convenus par mail après explication du sujet de la thèse, sa méthode et les conditions de réalisation de l'entretien.

Le lieu d'entretien a été influencé par le contexte sanitaire limitant les entretiens physiques. C'est pour cette raison que les entretiens ont été réalisés par visioconférence Zoom. L'interviewer était à son domicile et les interviewés devaient choisir un endroit calme et propice à la concentration.

La répartition des entretiens a été la suivante :

- Sur le lieu de travail du professionnel de santé : 4
- Au domicile du professionnel de santé : 3
- Autre lieu : 1

Les professionnels de santé ont choisi le moment de l'entrevue.

La durée de l'entrevue était fixée à une heure lors de la prise de rendez-vous, pour que ni l'interviewé, ni l'interviewer ne soit pressé par le temps.

Les entretiens ont été enregistrés par Zoom et par un dictaphone, avec l'accord préalable des professionnels interrogés.

4.3.2 Techniques de l'entretien semi-dirigé

L'entretien devait respecter plusieurs principes et techniques qui lui sont propres.

La nécessité première était d'instaurer un climat de confiance, calme, détendu, propice à l'échange et d'expliquer au préalable aux médecins le principe de cette interview (conversation ouverte, libre, souple, sans jugement).

Pour cela, plusieurs grands principes furent utilisés au cours de ces entrevues :

- Adapter mon comportement à l'interviewé : attitude, mimiques, réflexions,
- Ne pas avoir d'attitude révélatrice d'une position par rapport aux réponses du professionnel,
- Ne pas orienter le discours, ni influencer les réponses de quelque manière que ce soit,
- Répéter, voire reformuler les questions en cas de non compréhension ou de hors-sujet, intervenir pour inciter le professionnel à avancer dans sa réflexion,
- Intervenir pour l'inciter à approfondir, clarifier par des répétitions en échos, en miroir, des reformulations-résumés ou des interrogations spécifiques,
- Intervenir par des relances lorsque l'entretien s'égaré, se tarit ou n'aborde pas tous les thèmes souhaités.

5. Exploitation des résultats de l'enquête

5.1. Retranscription des entretiens et anonymisation

Les entretiens ont été retranscrits dans un délai court suite à l'enregistrement, par un professionnel de la retranscription. Ils ont ensuite été anonymisés par l'investigateur principal.

Les infirmiers et les médecins interviewés ont été anonymisés au moyen d'un chiffre par ordre d'interview : de ce fait, la première infirmière interrogée a été nommée I1, le premier médecin interrogé a été nommé M1 et ainsi de suite. De même, tous les noms propres mentionnés au cours des entretiens se sont vus attribuer une lettre aléatoire.

De la même manière, les lieux ont été anonymisés pour que seule la région soit identifiable et non le lieu précis d'exercice.

5.2. Analyse des données

Cette étude a été analysée d'après la méthode de la théorisation ancrée. C'est « une méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de comparaison constante entre les données d'analyse et les données de terrain ». C'est une analyse progressive et systématique qui permet d'aboutir à une théorie en étroite correspondance avec les données ; ce qui signifie que par opposition aux études quantitatives, l'hypothèse ne peut être formulée au préalable mais sera générée au fur et à mesure, à partir des données collectées, retranscrites par la suite sous forme de codes. De ce fait, le recueil des données et leur analyse sont rigoureusement liés et ne peuvent être dissociés. (38)

La codification est « une opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (ici les paroles recueillies), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun ».

Celle-ci est organisée en trois niveaux successifs : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif.

- Le codage ouvert concerne les premiers contacts avec les entretiens singuliers. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise le phénomène étudié en étiquetant le matériau afin d'en dégager des propriétés. Les propriétés sont des éléments qui expriment le vécu des acteurs et leurs expériences. Elles permettent d'élaborer des catégories qui nomment, désignent et identifient les phénomènes à étudier.
- Le codage axial correspond à « l'intégration des différentes catégories et de leurs propriétés grâce à des comparaisons continues ». Le codage axial complète donc le premier niveau de codage en cherchant à comprendre comment les catégories s'articulent les unes avec les autres.
- Le codage sélectif va rassembler les différents fragments obtenus dans les étapes précédentes pour permettre la construction d'une théorie.

La triangulation des données a été réalisée pour deux entretiens par le biais d'un groupe d'aide à l'analyse d'études qualitatives, indépendante de l'étude, pour améliorer la validité interne et affranchir l'étude des éventuelles idées préconçues de l'investigateur.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre le 26 novembre 2020 et le 15 décembre 2020. Ils ont duré entre 12 minutes et 35 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes.

Entretien	Mode de recrutement	Lieu d'entretien	Interruption	Durée de l'entretien
1	Mail	Hôpital	Téléphone	25 minutes
2	Mail	Cabinet	Non	35 minutes
3	Mail/intermédiaire	Domicile	Chien	18 minutes
4	Mail	Hôpital	Non	12 minutes
5	Mail	Hôpital	Non	30 minutes
6	Mail/intermédiaire	Domicile	Oui	21 minutes
7	Mail	Domicile	Non	16 minutes
8	Mail/intermédiaire	Faculté	Non	26 minutes

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des entretiens.

2. Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

- Profession

Sur les 8 professionnels interrogés, 3 étaient infirmiers et 5 étaient médecins.

- Durée d'exercice

Les professionnels exerçaient depuis 15 ans en moyenne, avec une moyenne à 19 ans pour les infirmières et 13 ans pour les médecins.

- Lieu d'exercice

Les lieux d'exercices étaient : l'hôpital pour 2 infirmières et 4 médecins, le libéral pour 1 infirmière et 1 médecin.

3 infirmières et 4 médecins exerçaient en Pays de la Loire, 1 médecin exerçait en Occitanie.

Interviewé	Profession	Durée d'exercice	Lieu d'exercice	Région d'exercice
M1	Médecin	13 ans	Hôpital	Pays de la Loire

I1	Infirmière	18 ans	Cabinet libéral	Pays de la Loire
I2	Infirmière	22 ans	Hôpital	Pays de la Loire
M2	Médecin	11 ans	Hôpital	Pays de la Loire
M3	Médecin	11 ans	Hôpital	Pays de la Loire
I3	Infirmière	18 ans	Hôpital	Pays de la Loire
M4	Médecin	5 ans	Hôpital	Pays de la Loire
M5	Médecin	25 ans	Cabinet libéral	Occitanie

Tableau 2 : Récapitulatif de certaines caractéristiques des professionnels interviewés : la profession, la durée d'exercice, le lieu d'exercice, le département d'exercice.

- Spécificités d'exercice

Les 3 infirmiers et les 5 médecins avaient une orientation de leur pratique ou une spécialisation.

Sur les 8 professionnels, 3 infirmiers pratiquaient une ou plusieurs thérapies complémentaires et 1 médecin en pratiquaient une ou plusieurs.

Sur les 8 professionnels, 1 infirmière avait participé à plusieurs études ayant abouti, 1 infirmière avait participé à une étude qui a abouti, 1 infirmière a initié une étude qui n'a pas abouti, 1 médecin était en cours de réalisation d'une étude et 1 médecin avait participé à plusieurs études.

Interviewé	Spécificité d'exercice	Pratique d'une TC/INM	Participation à une TC/INM
M1	DES Gastro-entérologie DU Oncologie Enseignement-chercheur	Non	Non
I1	DU Ingénieur en pédagogie Enseignement, formation de professionnels de santé en EHPAD, SSIAD, hôpitaux, cliniques	Sophrologie Toucher-massage Massage bien-être	3 études réalisées
I2	DU Hypnose	Hypnose thérapeutique	1 étude abandonnée
M2	DES Gastro-entérologie DU Oncologie	Non	Non
M3	DES Médecine Physique et Réadaptation Enseignant-chercheur	Non	Non
I3	DU Recherche paramédicale	Hypnoalgésie	1 étude réalisée
M4	DES Pédiatrie	Non	1 étude en cours

	DU Oncologie pédiatrique Enseignant-chercheur		
M5	Médecin généraliste Enseignant-chercheur DU Recherche qualitative Master 2 Recherche en santé	Relaxation Entretien motivationnel	2 études réalisées

Tableau 3 : Récapitulatif de certaines caractéristiques des professionnels de santé : spécificités d'exercice, pratique de TC/INM, participation à des études sur TC/INM.

3. Connaissances des TC/INM.

3.1. Thérapies peu connues

3.1.1 Thérapies insuffisamment connues, peu ou pas enseignées dans les facultés de médecine et les écoles d'infirmières

Tous les professionnels de santé disent qu'ils n'ont pas eu de cours sur les TC/INM durant leur formation initiale.

« Non, pas plus que ça, on en entend parler. Mais je n'ai jamais eu de cours là-dessus. » M1

« Alors en formation initiale... j'ai simplement eu une initiation au massage d'une matinée. (...) Voilà, mais c'était très, très limité. » I1

« Elle commence à dater ma formation initiale. On avait dû faire une journée de massage, voilà... par le toucher en fait. Mais pendant ma formation initiale... non, rien... rien. » I2

« Plus sur des... c'était quasiment exclusivement sur ce qui était kinésithérapie, mais plus dans le cadre de prescriptions ou comment faire une prescription de kinésithérapie. Non, sur le reste quasiment aucune. » M2

« Après... dans mon esprit, mais je ne me suis jamais vraiment posé la question mais je regroupe sous ce terme l'ensemble des interventions ayant prétention ou vocation à être un soin et qui ne sont pas enseignées à la faculté de médecine. C'est-à-dire que l'homéopathie, l'acupuncture, la fasciathérapie, pour moi c'est tout ce que justement je ne connais pas, tout ce qui ne nous a pas été enseigné et pour lequel je réponds quand les patients en parlent, que je ne peux pas leur en dire grand-chose parce que je ne sais pas ce que c'est. » M3

« Bah pas grand-chose en fait. Après moi je suis diplômée depuis un petit moment. Ma formation initiale elle date. Mais je trouve que c'est un peu pauvre. » « Mais on n'a pas vraiment été formé sur les thérapies non médicamenteuses. » I3

« Que je définirais comme toutes les interventions qui ne sont pas dictées par la médecine telle qu'on l'apprend à la faculté, basée sur les sciences, sur un rationnel scientifique fort, mais européen, ou en tout cas occidental. » « Quelles informations à ce sujet est-ce que vous avez eu durant votre formation initiale ? Aucune. » M4

« Rien. Moi je suis une vieille, j'ai fini mes études en 92. Donc en 92 si tu veux... les interventions non médicamenteuses n'en faisaient pas partie. La kiné on l'apprenait sur le tas. Donc tout ça non, ça n'a pas du tout fait partie de mes études. » M5

Les médecins 1 et 3 rapportent qu'ils en ont entendu parler pendant leurs études médicales, sans que ce soit inscrit au programme. Il ne s'agissait pas de cours spécifique sur les techniques de soin TC/INM.

« C'est pour ça, il y a peut-être plein de trucs que vous connaissez et que je n'ai pas dit parce que je ne connais pas. Moi je reste aux trucs qui me paraissent un peu classiques, parce que dans nos études médicales on en entend parler. » « Non, pas plus que ça, on en entend parler. Mais je n'ai jamais eu de cours là-dessus. » M1

« Ah oui, j'ai oublié l'hypnose aussi dans toutes les interventions non médicamenteuses. Ça pour le coup c'est plus quelque chose dont on entend parler à la fac. » M2

Certaines thérapies correspondant à des INM sont présentées pendant les études mais pas sous l'étiquette d'INM. Les définitions ne sont pas données aux professionnels de santé pendant leurs études.

« C'était quasiment exclusivement sur ce qui était kinésithérapie, mais plus dans le cadre de prescriptions ou comment faire une prescription de kinésithérapie. » M2

« Et j'oppose ça du coup en termes de non médicamenteux à la kinésithérapie ou l'orthophonie, qui sont des interventions non médicamenteuses mais qui sont... on va dire « mainstream » ou en tout cas... enfin moi je suis bien placé pour le savoir parce qu'en tant qu'enseignant de MPR je sais que les étudiants à la fac de médecine, en 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} année on leur parle des professions de rééducation comme les kinés et les orthos et des techniques de masso-kinésithérapie, de physiothérapie. Donc tout ce qui est intervention non médicamenteuse, de l'appareillage aussi, des dispositifs médicaux, des aides techniques, qui font partie du programme officiel de l'enseignement DFASM en fait. » M3

« En fait on les utilisait déjà, mais sans forcément le savoir, puisqu'en fait la kiné c'est une thérapie non médicamenteuse, mais on ne mettait pas forcément l'accent sur l'utilisation. » M5

3.1.2 Thérapies dont la définition est floue, ce qui complique les échanges avec les patients.

Les infirmières 2 et 3 et les médecins 1, 2, 3 et 4, qui n'ont pas eu de formation initiale sur les TC/INM, en ont une définition floue.

« Pour moi les thérapies complémentaires ça sera tout ce qui... euh... est complémentaire de la thérapie qu'on dit pour nous standard, qui pour moi en oncologie sera la chimiothérapie et notre prise en charge en consultation standard. C'est large. » M1

« Et bien toutes les techniques... la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture. Enfin toutes les médecines parallèles en fait. » « Après je n'ai pas toutes les thérapies non médicamenteuses en tête. Je ne sais pas tout ce que ça englobe en fait. » I2

« Euh... et bien l'acupuncture, la kinésithérapie. Comment ça s'appelle... ? L'ostéopathie. La réflexologie. C'est tout ce qui est validé et pas validé ? On peut tout dire ? » « Le magnétisme par exemple, les choses comme ça ? Ça rentre dedans aussi ou... ? » M2

« Je n'en sais pas grand-chose je dirais, en somme... je serais bien mal à l'aise pour en donner une définition. » M3

« J'ai quand même été dans une école à Paris qui était très sensibilisée sur la psychiatrie. On nous disait toujours : l'outil comme objet de médiation, tout ça... ou le soin comme objet de médiation. Donc même si on ne parlait pas vraiment de thérapie non médicamenteuse, on savait que ce qu'on pouvait apporter au patient c'était... on a appris ça, que ce n'était pas toujours que le soin pur, qu'il y avait d'autres moyens de soulager, ou par la parole, ou par ce qu'on peut mettre en place à côté. » I3

« C'est un domaine très vaste, dans lequel... que je connais assez mal, il faut être honnête. » « Voilà, après ça regroupe des dizaines... probablement plus même, de disciplines je pense. (...) Là je pourrais en citer plusieurs. Je dirais homéopathie, naturopathie, ostéopathie. Après tout ce qui est magnétiseur. Qu'est-ce qu'on m'a parlé... radiesthésie... pff... énergéticien. Voilà, à peu près globalement je dirais. » « Oui, on en parle mais... on en parle surtout pour essayer de comprendre ce que prennent nos patients » M4

Les échanges avec les patients sont parfois pauvres du fait du manque de connaissance du sujet par le professionnel de santé. Les médecins interrogés, à l'exception du médecin 5, disent à leurs patients qu'ils ne savent pas.

« Donc je ne me plonge pas dedans volontairement pour ne pas... parce que je ne suis pas formé pour ça, mais je demande à avoir un petit contrôle, juste de voir ce qui se fait, et d'avoir le droit de dire si je suis d'accord ou pas. » M1

« Ou alors ils me demandent mon avis mais là je leur dis que je n'en ai pas tellement. » « En fait je leur dis que je ne sais pas grand-chose sur ce sujet. Je ne sais pas si ça peut leur apporter quelque chose mais que... et je ne pense pas que ça puisse empêcher le traitement qu'ils ont par ailleurs. » M2

« Je réponds quand les patients en parlent, que je ne peux pas leur en dire grand-chose parce que je ne sais pas ce que c'est. » « Après ceux qui me sollicitent et lorsqu'ils le font, je leur dis que je ne connais pas cette méthode de soins, ou très peu, que ça ne m'a pas été enseigné, que je n'ai pas d'avis sur la question, ni pour, ni contre, et que je n'y vois pas d'opposition et d'inconvénients, et que si eux ressentent un bénéfice je leur dis que c'est bien et qu'ils peuvent continuer. » M3

« Que j'ai souvent du mal à donner, parce que soit je n'y connais rien du tout... » « Je sais que d'expérience c'est quand même toujours une difficulté qu'on a. » M4

3.1.3 Thérapies qui seraient rarement utilisées.

Pour les médecins 1 et 3, les TC/INM se distinguent des professions médicales et paramédicales par leur rareté, leur difficulté d'accès.

« Et je travaille aussi avec l'équipe de soins de support. C'est l'équipe mobile de soins de support, soins palliatifs. Je les inclus un peu dans ces complémentaires. Avec une psychologue. Dans la psychologie on a à la fois une psychologue de l'UMSP, soins palliatifs et propre au service, donc on a l'accès assez

facile. Mais tellement facile que ça devient limite complémentaire, ça devient intégré. Tout ceci étant devenu tellement habituel et facile d'accès pour nous que c'est presque de la prise en charge standard quoi. » M1

« Alors l'ostéopathie je la mets à part quand même, je trouve que ce serait un peu abusif de dire que c'est alternatif, mais peut-être que c'est parce que c'est très répandu et du coup nos patients qui ont des douleurs ou des raideurs utilisent l'ostéopathie. » M3

3.2. Thérapies qui commencent à s'inviter dans les pratiques de professionnels de santé.

3.2.1 Thérapies définies comme secondaires dans la prise en charge des patients.

Les infirmières 1,2 et 3 et les médecins 1, 3 et 5 ont relevé le terme thérapie complémentaire comme un soin qui arrive après le traitement conventionnel.

Les médecins 1, 5, l'infirmière 1 disent qu'il s'agit de soins arrivant après les soins classiques et qui ne doivent pas prendre la place de thérapies médicamenteuses curatives.

« Bah pour moi les thérapies complémentaires ça sera tout ce qui... euh... est complémentaire de la thérapie qu'on dit pour nous standard, qui pour moi en oncologie sera la chimiothérapie et notre prise en charge en consultation standard. » « Et puis c'est pareil, on a pas mal de patients, on le sait, qui vont voir des conjureurs de feux, des trucs comme ça... là c'est pareil je ne me lance pas là-dedans. Je ne leur interdis pas mais je contrôle juste que ça reste complémentaire à chaque fois et que ça ne se substitue jamais à ce que moi je pense être le mieux pour eux, si c'est une chimiothérapie par exemple. » M1

« Donc comme le nom l'indique, « complémentaire » s'inscrit vraiment aussi dans une démarche de complémentarité à la prise en charge médicale conventionnelle. » « Mais moi j'encourage aussi favorablement les patients à dire : « Il ne faut pas tout mélanger. Si vous avez des problèmes de sommeil et que certaines techniques comme la sophro peuvent vous permettre de mieux dormir sans médicament, tant mieux, mais ce n'est pas une fin en soi. Si vraiment vous êtes épuisé il faut vraiment garder le lien avec votre médecin et avoir recours à un traitement médicamenteux ce n'est pas incompatible non plus. » » I1

« Donc c'est une différence par rapport aux thérapies classiques, c'est juste ça. Complémentaire veut dire... complémentaire. À une prise de soins, une prise en charge qui est classique entre guillemets. » M5

Le médecin 1 est aidé d'une équipe de soins de support qui aide les patients à trouver les thérapies complémentaires, qui pourraient être assimilés à des soins « de confort ». De la même façon, l'infirmière 2 les présente comme un bonus et pas quelque chose de salvateur. Le médecin 3 parle de traitement adjuvant.

« J'ai tendance à déléguer moi, ça. On a nos infirmières de coordination, qui prennent en charge ou qui orientent vers des prises en charge nutritionnelles, des prises en charge de relaxation, sophrologie... ça je vois ce que c'est... de socio-esthétique. » M1

« Bah c'est toutes les médecines... enfin toutes les techniques qui peuvent apporter un plus à la prise en charge de patients. » « Après ce n'est pas magique mais c'est un plus. C'est un plus. » I2

« Donc voilà... je trouve que quand il se positionne en traitement d'appoint, en traitement on va dire adjuvant sur du bien-être, sur des douleurs... » M3

Certaines TC/INM peuvent être une nouvelle version de soins que l'on connaît déjà. Elles arrivent secondairement à des prises en charges paramédicales reconnues. Le médecin 3 ne recommande jamais de TC à ses patients. Il peut recommander un ostéopathe à ses proches car il a pu se faire son avis au cours de séances d'ostéopathie suivies pour lui-même, mais cette expérience personnelle ne suffit pas à généraliser à des patients qu'il suivrait.

« En général j'essaye quand même de creuser un petit peu pour savoir le contenu de ces séances-là, parce que dans certains cas je leur dis, vu ce qu'ils m'expliquent : « ça pourrait peut-être être fait en kinésithérapie et ça vous serait remboursé par la sécurité sociale ». » M3

« Alors un professionnel recommandable... je n'irais pas jusque-là, parce que je ne recommanderais pas moi. (...) Moi je ne leur propose jamais cette solution-là, c'est-à-dire que ça ne vient jamais de moi. Je ne leur dis jamais : « Et si vous alliez voir un fasciathérapeute ou un ostéopathe ? ». » « Il m'est arrivé moi-même d'aller voir... même deux fois dans ma vie, un ostéopathe, pour des problèmes de douleur musculo-tendineuses liées au sport. Ça ne me pose pas de problème, parce que... ça m'intéressait... j'étais aussi en échec dans mon auto-soin et donc ça m'intéressait de prendre l'avis d'un ostéopathe pour voir ce qu'il pouvait proposer. Oui, pour moi, pour mes amis je pourrais recommander un ostéopathe que je connais, mais pas pour mes patients non, pas dans le cadre de mon activité de soins. » M3

Ces thérapies sont vues comme tellement secondaires par rapport aux traitements médicamenteux que l'effet positif attribué par les patients peut parfois étonner.

« Ce qui n'empêche pas que parfois il y a des résultats qui sont extrêmement pertinents mais c'est aussi... je vois des patients, là je sors d'une consultation, le monsieur me dit : « Mais c'est le jour et la nuit. Je me sens beaucoup mieux... ». » I1

« Oui, de ce qu'ils ont essayé. Soit, ils veulent faire valider le fait que ça va, soit ils disent : « Ah bah tiens, depuis qu'elle fait des séances de radiesthésie, ça va vachement mieux. On arrive vachement mieux à gérer les nausées entre les cures » ou des trucs comme ça. Des fois on est surpris parce que... » M4

3.2.2 Thérapies utilisées par le praticien, objet de recherches.

L'infirmière 1 est maintenant praticienne de TC à temps plein en libéral ; elle a beaucoup étudié les TC/INM et en connaît les définitions ; elle a réalisé des études sur certaines techniques de TC/INM.

« Je suis infirmière de formation initiale et je me suis formée en fait dès l'obtention de mon diplôme d'infirmière à certaines approches complémentaires, notamment tout ce qui est massages, et aussi la sophrologie. Le but étant déjà d'entamer la proposition d'outils complémentaires à la prise en charge médicale conventionnelle dans mon exercice infirmier. Ce que j'ai fait pendant près de 10 ans. Et ensuite j'ai eu un poste en fait exclusivement dédié aux thérapies complémentaires à l'hôpital en transversalité du coup, où je proposais de la sophro et des massages dans tous les secteurs de l'hôpital. » I1

« Il va y avoir plusieurs grandes familles, mais ça j'imagine que vous avez dû le travailler pour votre thèse. Il y a tout ce qui est approche corporelle, tout ce qui est approche psychocorporelle et puis ensuite tout ce qui est aussi MTC, médecine traditionnelle chinoise. Sachant que dans chacune de ces familles, entre guillemets, il y a beaucoup de pratiques. Par exemple dans les approches psychocorporelles il y a l'hypnose, il y a la sophro. Dans tout ce qui est approches corporelles il va y avoir l'ostéo etc. » I1

« Voilà, et c'est un sujet qui a été central dans mon exercice professionnel, du point de vue de la pratique clinique, mais aussi de la recherche et de la formation des professionnels sur ce sujet. » I1

L'infirmière 2 pratique l'hypnose à l'hôpital. Elle connaît moins les autres TC/INM.

« Moi j'ai fait un DU d'hypnose donc... ça m'intéresse beaucoup et ça m'apporte non seulement au professionnel » « Après moi je suis plus dans l'hypnose donc... au niveau des autres thérapies non médicamenteuses... » I2

L'infirmière 3 recherche des outils de distraction pour les consultations de vaccination des enfants. Elle a fait une étude sur un outil de distraction et elle a bénéficié d'une formation à l'hypnoanalgésie.

« J'essayais de trouver des outils qu'on pourrait nous manipuler de nous-même et on n'aurait pas besoin de prescription médicale, et avoir tout un panel d'outils. Donc j'ai découvert cet objet de distraction A comme ça, par le site Sparadrap. J'ai appelé des infirmières à Paris pour savoir si elles l'utilisaient, donc elles l'utilisaient cet outil. Et puis de fil en aiguille j'ai fait une étude là-dessus, enfin voilà... » I3

« Maintenant je suis plutôt dans cette recherche-là, l'hypnoanalgésie. (...) J'ai été formée à l'hôpital et voilà. » I3

Le médecin 4 dirige une thèse sur l'utilisation des thérapeutiques alternatives par les patients de son service.

« C'est une thématique qui nous intéresse dans le service, parce qu'on a une externe de pharmacie qui fait un travail de thèse aussi sur l'usage dans le service des thérapeutiques alternatives. » « Après moi j'aimerais bien mettre en place potentiellement une étude dans le service mais c'est un peu compliqué. » M4

Le médecin 5 connaît les définitions des TC/INM, il a travaillé directement sur ce sujet. Il fait actuellement une thèse de sciences dessus.

« On a été sollicité à l'époque par Monsieur A qui est un PU de STAPS, qui est très sur les interventions non médicamenteuses et qui nous a sollicité pour travailler ensemble sur les définitions de l'ontologie des interventions non médicamenteuses. Et après Monsieur A c'est devenu mon co-directeur de thèse de sciences et donc ça a fait partie du champ de ma thèse de sciences. » M5

« Donc voilà... alors les interventions non médicamenteuses et les thérapies complémentaires ce n'est pas tout à fait la même chose. Dans les thérapies complémentaires c'est une méta position par rapport aux interventions non médicamenteuses, puisque dans les thérapies complémentaires tu peux avoir des

thérapies qui sont médicamenteuses. » « Et après dans les thérapies complémentaires, tu as le niveau au-dessus qui comprend ceux-là... tu as aussi les acupuncteurs, tu as aussi les médecins homéopathes qui peuvent être aussi des thérapies complémentaires. » M5

« C'est tout ce que... il y a deux façons d'appréhender. Intervention médicamenteuse par les soignants et interventions non médicamenteuses selon les patients. Pour nous une intervention médicamenteuse ça reste une intervention qui répond à des critères de définition, à la fois sur : quel est son champ, comment on l'a évalué, quelle est son efficacité. » M5

« Il y a plusieurs interventions non médicamenteuses. Il y a celles qui sont... les interventions numériques. Il y a les interventions qui sont plutôt activités physiques. L'hygiène. Psychologique. Les 4 grosses c'est ça en fait. » « Du coup on les utilisait sans forcément le formaliser et en ne les déterminant pas dans des cases. Donc tout ça, ça a fait partie de la construction. » « Par exemple dans ce qui est les interventions physiques tu peux avoir ce qui est du prescrit, c'est-à-dire masseur, kiné, éventuellement ostéopathie, mais ça peut être aussi de la gym pilates, des choses comme ça. Donc ça c'est au niveau interventions physiques. » « Et dans les activités physiques il y a les APA aussi, les nouveaux métiers. » « Oui les smartphones, mais c'est les applis. Par exemple une appli de santé, ça peut être une intervention numérique. Ça peut être aussi un groupe de parole par internet, c'est-à-dire les forums. Ça peut être les Facebook®, tout ça. Tout ça, ça peut être les interventions numériques en santé, mais c'est surtout les applis qui sont de plus en plus voie de développement. Qui sont soit au départ par les patients, soit au départ par d'autres... style Apple® qui sont en train de construire des applis Santé etc, etc. » « Ensuite il y a aussi la diététique. C'est par exemple les régimes entre guillemets, même si c'est le changement de comportement. Ça peut être aussi... (...) Oui, voilà, pour l'hygiène. » « Après il y a les interventions non médicamenteuses psychologiques. Donc il y a tout ce qui est psychologue, psychiatre, en dehors des prescriptions avec une prise en charge. Ça peut être aussi de la sophro, voilà. » M5

Il s'est formé aux entretiens motivationnels, à la relaxation et à l'aide au sevrage tabagique pour sa pratique.

« Je suis formée aussi en entretien motivationnel et en aide à l'arrêt du tabac. Donc ça aussi en utilisant des techniques d'entretien motivationnel ou de TCC. Donc ça je l'utilise un peu dans ma pratique courante, depuis un certain nombre d'années. » M5

Il prend l'initiative de définir les termes pour ses patients, de leur présenter les INM d'hygiène comme une partie de la prise en charge de pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle.

« Quand moi par exemple je prends en charge mes patients qui sont en maladies chroniques je leur parle beaucoup de reprise d'activité physique, sans que ce soit une activité du sport. Bien dissocier le niveau d'activité physique et le sport, c'est deux choses différentes. Et je leur donne le nom d'intervention non médicamenteuse. Et mes patients pour lesquels je diagnostique un diabète de type 2 la plupart du temps, on reparle comment ils mangent et comment ils marchent, éventuellement etc. (...) C'est vraiment des mots que je mets, mais c'est moi qui les mets, en fait, ce n'est pas eux qui en parlent spontanément. Donc c'est vrai que du coup dans la tête des personnes je leur dis vraiment qu'on commence par faire ça, et que c'est le premier niveau et que de toute façon c'est ce qui marche le plus dans la prise en charge du diabète. Et pareil pour l'hypertension artérielle, c'est-à-dire que ça fait partie de mes thérapies. Je le situe en fait vraiment comme une thérapie qui est au même niveau que les thérapies médicamenteuses pour ces pathologies-là. Et je pense que ça c'est important de le situer. » M5

3.2.3 Thérapies utilisées par certains professionnels de santé connus du praticien interviewé.

Les infirmières 2 et 3, les médecins 1, 2 et 3 connaissent des professionnels de santé qui utilisent certaines thérapies TC/INM.

« Parce que je connais des médecins acupuncteurs, » « Alors l'acupuncture je vois un petit peu parce que j'avais regardé un petit peu, j'avais le père d'une copine qui était acupuncteur donc j'ai... mais c'est un peu hors réseau médical que j'ai appris tout ça. » M1

« Après l'hypnose j'ai des copains psychiatres qui m'ont expliqué un peu comment ça se faisait, donc je n'ai pas l'impression d'être complètement ignare quand même, non plus. » M1

« J'ai une collègue qui a essayé, qui travaillait... qui a fait la formation ici, qu'on a fait pour le syndrome du côlon irritable, elle avait eu des bons résultats. » « Et puis finalement juste avec des petits trucs que j'avais appris en formation avec Monsieur B, je ne sais pas si vous le connaissez ? C'est un psychiatre. » I2

« Je pensais justement à l'acupuncture pour des symptômes genre dyspepsie ou des choses comme ça, mais ça reste assez rare en fait. » « J'en connais un ou deux. » M2

« Donc j'ai entendu parler de diverses origines d'ailleurs. Soit par des professionnels de santé qui ont développé cet axe-là, des kinés par exemple ou des psychologues ou même des médecins, » M3

« Donc j'ai découvert cet objet A comme ça, par le site Sparadrapp. J'ai appelé des infirmières à Paris pour savoir si elles l'utilisaient, donc elles l'utilisaient cet outil. » I3

« Par exemple j'ai une collègue, elle est plutôt branchée sophrologie. » I3

3.2.4 Thérapies retrouvées à l'hôpital.

Le médecin 1 et les infirmières 2 et 3 parlent de thérapies proposées au sein de l'hôpital.

« On a nos infirmières de coordination, qui prennent en charge ou qui orientent vers des prises en charge nutritionnelles, des prises en charge de relaxation, sophrologie... ça je vois ce que c'est... de socio-esthétique. Et ça, on a ça à l'hôpital. » « L'hypnose. (...) Donc ça ce sont les outils, on va dire, qu'on a à l'hôpital. » M1

« Il y a les ostéopathes qui faisaient des études à un moment en lien avec l'hôpital. Pour l'instant je n'ai jamais eu le résultat de ça. » M1

« L'hypnose du coup. Enfin l'hypnose thérapeutique. Mais c'est très difficile de la pratiquer dans le milieu hospitalier. » I2

« Oui, par exemple. Il y a aussi... je sais qu'il y a une étude qui est menée à l'hôpital sur... avec... comment ça s'appelle, le casque... (...) La réalité virtuelle alors ? Oui voilà, c'est ça. » I3

« Oui, d'hypnoanalgésie. J'ai été formée à l'hôpital et voilà. » I3

3.3. Thérapies non soumises à la prescription médicale.

L'infirmière 3 définit les TC/INM comme des soins qui ne requièrent pas de prescription médicale.

« En fait ça serait des méthodes pour soigner, enfin... ou soulager les gens, où il n'y aurait pas besoin de prescription médicale, qui dépendraient juste de l'expérience et du savoir-faire qu'on en a. » I3

3.4. Thérapies dont les patients parlent.

Les patients parlent à leurs médecins des TC/INM qu'ils utilisent ou souhaitent utiliser ; tous les médecins interrogés disent qu'ils ont connu certaines thérapies par le biais de leurs patients.

« Parce qu'il y a plein de patients qui en parlent. » « Je demande aux patients de me dire ce qu'ils font à côté. (...) Je ne les engueule jamais, donc à chaque fois ils me disent qu'ils sont contents de ma réaction. Donc en fait ils sont contents de voir qu'ils peuvent m'en parler, parce que c'est souvent le retour qu'ils me donnent : « Bah dis donc, avec vous j'ai pu en parler, parce que d'habitude on me traite de fou, d'illumine, et le médecin m'envoie balader ». » M1

« J'ai eu le cas la semaine dernière, d'un patient qui était allé voir une iridologue, technique que je ne connais pas du tout... » I1

« Soit par le récit des patients surtout. (...) Ils me le disent juste pour m'informer, ils en parlent pour me dire qu'ils voient un acupuncteur, un magnétiseur... avant, après la chimio. » M2

« Soit parce que les patients me racontent parfois. Donc moi j'entends parler de fasciathérapie, j'entends parler de naturopathie, j'entends parler de bio énergétique, j'entends parler de géo biologie... des histoires comme ça, d'ostéopathie évidemment. » M3

« Essentiellement dans ma pratique professionnelle parce que c'est quand même toujours quelque chose que j'aborde avec mes patients au diagnostic ou à un moment de la prise en charge mais idéalement au diagnostic. » « Et donc c'est en discutant de ça, en ouvrant la porte à la discussion avec les patients qu'ils me disent qu'ils voient des thérapeutes divers et variés. (...) Après souvent c'est quand même spontanément les patients qui en parlent. » M4

« Et après c'est aussi par rapport à nos patients qui sont en fait en soins de support aussi, parce qu'il y a les soins de support qui sont aussi intermédiaires en cancéro. » M5

Toutes les infirmières interrogées et le médecin 5 ont remarqué que de nombreux patients demandent à recourir à ces thérapies.

« Euh... des réactions très positives parce que je pense que les usagers, en général, que ce soit à l'hôpital ou en ville, sont très demandeurs de ce type d'approche. » I1

« Ça se passe bien, parce qu'en général les gens qui abordent le sujet c'est qu'ils sont assez ouverts à ça, donc je n'ai pas de... non, ça se passe bien. On échange... (rires). Après je ne l'impose pas. Quand je le pratique je ne l'impose pas, ce n'est pas le but. » I2

« J'ai l'impression que les gens sont plutôt demandeurs. » I3

« Alors les patients sont assez demandeurs par rapport à ça, mais pas tous les patients. » M5

Le médecin 5 et l'infirmière 1 disent que les patients considèrent les INM comme des soins qui évitent la prise d'un médicament.

« Parce qu'il y a quand même un discours qu'on entend... enfin que j'entends moi beaucoup au cabinet, que j'entendais aussi à l'hôpital, mais encore plus au cabinet, de personnes qui disent : « Moi je ne veux pas trop prendre de médicament etc ». Donc là aussi je pense que ça répond à un besoin d'aller sur des axes non médicamenteux. » I1

« Pour le patient c'est : qu'est-ce que je peux avoir comme possibilités, par rapport à une réponse à mon besoin, pour pouvoir assouvir ce besoin de soin et qui ne soit pas médicamenteux. » M5

Les patients n'en ont pas de définition précise.

« Je leur parlais plutôt de techniques qui pouvaient les aider selon leurs problématiques. » I1

« La difficulté c'est que je trouve que les patients sont rarement très efficaces dans leur explication. « Mais alors qu'est-ce qu'il vous fait le fasciathérapeute ? », souvent ils ne se posent pas trop de questions ou ils ne comprennent pas trop, ils n'ont pas de culture bio médicale ou anatomique donc ce n'est pas toujours explicite en fait ce qu'ils en disent. » M3

« Donc les interventions non médicamenteuses c'est tout ce qui peut donner... ce qui s'apparente à donner du soin aux patients. (...) Certains types de patients qui sont assez demandeurs, mais on s'aperçoit quand même que souvent ils ignorent un peu ce que c'est. » M5

3.5. Un sujet polémique

Les infirmières 1, 2 ainsi que les médecins 1, 3, 4, 5 parlent des différences d'opinion des soignants.

Certains professionnels surestiment ces thérapies.

« Il y a quand même pas mal de professionnels de santé qui s'en font une idée fausse ou qui en attendent trop, alors que c'est un complément aussi je pense, à la prise en charge, suivant les besoins du patient évidemment. » I2

Certains professionnels refusent l'utilisation de ces thérapies.

« Il y a des médecins, des chefs de service qui n'adhèrent pas du tout » « C'est utilisé à dose homéopathique alors qu'il y a des hôpitaux où il y a vraiment des équipes qui ont été formées à la communication thérapeutique, à la prise en charge aussi en hypnose, et vraiment ça se passe super bien. (...) Enfin il y a des choses intéressantes quand même. Mais ça reste encore tabou quoi... dans le milieu hospitalier je parle. » I2

« Le principal souvenir que j'en ai c'était qu'assez tôt dans nos études il y avait un professeur de médecine qui nous faisait des cours d'histoire de la médecine et qui a utilisé l'expression « charlatanisme » pour parler de l'homéopathie. Donc il avait pris une position devant l'ensemble des étudiants de premier cycle, on était en P2 ou D1, 2^{ème} ou 3^{ème} année, je ne sais plus. Une position très fermement opposée et fermée à ça. C'est la seule fois où j'en ai entendu parler pendant mes études, à moi. » M3

« Et puis il y a eu une prise de position officielle du syndicat français des médecins de médecine physique et de réadaptation, que c'était des charlatans et qu'il ne fallait pas bosser avec eux. Et on a eu une réflexion au sein du service en disant : qu'est-ce qu'on fait ? Et la décision qui a été prise c'était de s'aligner sur le positionnement du syndicat, qui était un positionnement dominant dans la communauté médicale des MPR et donc j'ai été amené à cesser d'intervenir là-bas en leur disant : « Je suis désolé, je n'ai rien contre vous mais par esprit de corporation... ce qui est plus ou moins intelligent mais bon... on ne travaillera plus avec l'école d'ostéopathie A ». Ça a un peu coupé les ponts. » M3

De nombreux professionnels craignent une déviance, un mésusage de ces thérapies.

« Je leur demande toujours de me montrer les ordonnances pour voir, pour être sûr qu'il n'y ait pas de trucs un peu loufoques. (...) C'est vrai que quand des patients reviennent en me disant qu'ils ont vu leur naturopathe et qu'ils ont eu comme régime de ne boire que du jus de citron pendant 1 semaine... euh... ça me perturbe un peu. » « Je demande à avoir un petit contrôle, juste de voir ce qui se fait, et d'avoir le droit de dire si je suis d'accord ou pas. (...) Je fixe comme limite que ça ne me paraisse pas dangereux, que ça ne détourne pas de la prise en charge standard et qu'il n'y ait pas de perte de poids. » M1

« Et « thérapie complémentaire » il y a aussi une notion, de mon point de vue, de risque, puisqu'il peut y avoir aussi des pratiques qui sont déviantes et qui viennent malheureusement entacher aussi des atouts qui peuvent être très utiles pour les patients et l'ensemble des équipes pluridisciplinaires. » « Donc c'est en train quand même de bouger, mais il n'empêche qu'en ville ou en général, ça n'empêche pas qu'il y ait des pratiques aussi qui ne soient pas toujours très rigoureuses malheureusement. » I1

« On est souvent face à des personnes qui sont en situation de vulnérabilité, soit mentale, émotionnelle ou physique, et que c'est très facile de présenter ces thérapies complémentaires comme étant un peu quelque chose qui est de l'ordre du sauvetage ou de quelque chose qui va les guérir... ça peut être très facile parce que les personnes sont en demande et sont souvent en grande difficulté donc ils peuvent aussi investir les thérapies complémentaires de cette manière. Donc c'est important pour le professionnel qui le propose de bien poser les choses par rapport à ça. (...) Voilà, donc c'est aussi de renvoyer au patient... de dire : bah oui, mais vous avez fait cette démarche, vous continuez votre suivi médical. Tant mieux si ça vous apporte mais l'idée c'est surtout de bien rester sur les deux axes parce que ça peut être aussi très gratifiant pour le praticien, que ce soit un paramédical ou médical, ou même quelqu'un qui n'est pas issu du milieu médical, parce que les thérapies complémentaires se développent aussi pour des personnes qui ne sont pas issues du secteur de la santé. » I1

« Enfin la frontière est vite franchie je trouve dans toutes ces pratiques. Il y a des gens qui utilisent... par exemple je vois sur les réseaux sociaux, on peut voir beaucoup de choses sur l'hypnose. Après Mesmer c'est encore une autre histoire mais... (rires), ou sur d'autres pratiques. » I2

« Moi j'ai deux principes : un, il ne faut pas qu'il y ait d'interactions avec le médicament de chimiothérapie ou les autres médicaments qu'on peut donner, et deux, il ne faut pas qu'ils se fassent arnaquer (...) Après c'est toujours moi qui ouvre la porte à ça dans la consultation. Je crois que j'en parle dès la consultation d'annonce des thérapeutiques alternatives, en leur demandant s'ils y ont recours, s'ils ont l'intention ou... voilà, en essayant de les mettre en garde et contre certaines arnaques qu'on a déjà vu aussi et contre le risque d'interactions médicamenteuses. » M4

« Les interventions non médicamenteuses et les thérapies complémentaires peuvent être vues par certains comme des médecines qui sont des médecines de charlatans parce que certains sont des charlatans, » M5

Les professionnels de santé citent les caractéristiques d'un thérapeute déviant, qui profiterait de la crédulité des patients :

- Praticien qui veut se substituer aux professionnels de santé et aux traitements médicamenteux, cité par l'infirmière 1 et les médecins 2,3.

« Qu'est-ce qui fait que c'est un charlatan ? Euh... la première chose ça va être l'opposition. Si un praticien en thérapie complémentaire met en opposition sa pratique avec une pratique médicale conventionnelle, pour moi déjà c'est dangereux. » I1

« A mon avis ce qui fait qu'il est un charlatan c'est s'il détourne le patient d'un traitement validé, qu'il lui dit : « Il ne faut pas faire de chimiothérapie parce que ça va... parce que je vais vous guérir avec ma pratique ». » M2

« Et à l'inverse, à partir du moment où on perçoit, où le patient parfois le dit clairement, que ce professionnel veut prendre toute la place, ou en tout cas qu'il critique et remet en cause ce que les professionnels de santé, « officiels » on va dire, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, kiné, ergo... qu'à partir du moment où il pousse le patient à ne plus prendre de médicaments, à ne plus faire de kinésithérapie, à ne pas se faire vacciner, à ne pas aller à l'hôpital etc. Donc quand il y a cette logique de sédition et de partition des choses et d'opposition, ça devient... je ne dirais pas du charlatanisme mais... je suis beaucoup plus réticent et dans ce cas-là beaucoup plus critique aussi avec le patient à qui je dis que... voilà, je n'ai rien contre la naturopathie par exemple, mais faire croire à un hémiparalysé qu'on peut guérir d'une hémiparalysie et que ça ne sert à rien d'aller me voir mais qu'avec la naturopathie il va avoir beaucoup plus d'énergie et je ne sais pas quoi... je dis... là je suis désolé mais je ne peux pas être d'accord avec ça. » « Quand ils ne se positionnent pas il n'y a pas de problème, quand ils sont dans une exclusivité ou dans une opposition par rapport... on va dire à la faculté de médecine... voilà, pour résumer. » M3

- Praticien qui ne communique pas sur la prise en charge effectuée, cité par le médecin 1.

« À partir du moment où c'est un truc qui est complètement isolé, on n'a aucune info, on ne sait rien, ça ne me plaît pas. (...) Mais oui, je mettrais un peu la limite au niveau de la transparence et de la communication. Le gars qui fait on ne sait pas quoi, le patient ne sait pas, le médecin traitant ne sait pas... là... Mais bon, les patients qui ont vu leur naturopathe, qui reviennent avec une ordonnance de plein de trucs que je ne connais pas... mais au moins je me dis : c'est bien, il y a de la communication, on sait qui fait quoi. Moi ça me va. Et j'encourage à continuer. » M1

- Praticien qui affirme des faits, cité par l'infirmière 1.

« Ce qui me paraît dangereux aussi, j'ai eu le cas la semaine dernière, d'un patient qui était allé voir une iridologue, technique que je ne connais pas du tout... bien sûr j'en ai entendu parler, je vois à peu près de quoi il en retourne, mais la praticienne lui a dit... lui a affirmé que dans son enfance il s'était passé ci, il s'était passé ça, qu'il devait faire ci, il devait faire ça. L'affirmation pour moi est dangereuse. Ça c'est un deuxième point. C'est-à-dire que le monsieur il était complètement perdu parce que du coup il a pris ça pour argent comptant, et elle parlait d'éléments de son enfance, avec son papa etc. Résultat des courses il a coupé les ponts avec son papa suite à l'affirmation... enfin vous voyez ? Donc ça peut être dangereux. Donc les affirmations comme ça sur les gens, ça, ça me dérange fortement. » I1

- Praticien qui porte ses intérêts pécuniers en premier, cité par l'infirmière 1, les médecins 2, 4.

« Il y a bien sûr le rapport à l'argent. » I1

« Ce qui fait qu'il sera un charlatan aussi c'est s'il pratique des tarifs complètement exorbitants et que le patient se met en difficulté. » M2

« Moi j'ai deux principes : un, il ne faut pas qu'il y ait d'interactions avec le médicament de chimiothérapie ou les autres médicaments qu'on peut donner, et deux, il ne faut pas qu'ils se fassent arnaquer parce que vraiment... on a vu des choses... des gens qui sortent avec des ordonnances de médecine chinoise... il y en a pour 1000 balles de traitement, à base de tortue ébouillante, c'est assez... j'ai déjà vu. (...) Oui, ou qu'ils achètent sur internet maintenant. » M4

- Praticien qui recherche d'une emprise sur le patient, qui manipule le patient, cité par les infirmières 1, 2.

« Le fait de demander au patient de revenir plusieurs fois. (...) Ça, ça me paraît très important aussi. Si on est forcé de revenir ou en tout cas qu'on est fortement incité à l'être... pour moi c'est un signal d'alarme aussi. » I1

« Et bah... (rires) le charlatan c'est surtout quand la fonction première n'est pas la vraie motivation, c'est-à-dire de soigner. Quand ce n'est pas la fonction première... et puis de ne pas se mettre au niveau du patient, ne pas s'adapter à lui. Il y en a après qui interprètent ça comme de la manipulation, donc là évidemment non. (...) Enfin bon... à partir du moment où on manipule ce n'est pas... » I2

- Praticien qui propose une thérapie dangereuse ou déviante, cité par le médecin 1, les infirmières 1 et 2.

« Enfin, ça ne me plait pas... si ce n'est pas dangereux ça ne m'embête pas. » M1

« Sauf que du coup, attribuer des crédits à une pratique qui peut certes être extrêmement rigoureuse mais qui à côté de ça peut être complètement déviante, bah voilà... » I1

« Le charlatanisme alors... après moi quand c'est un peu trop ésotérique je n'adhère pas trop, si c'est ce que... (rires), là non, c'est dangereux. » I2

- Praticien qui propose une thérapie n'ayant pas fait la preuve de son efficacité, cité par le médecin 5.

« Après je ne suis pas homéopathe et je ne suis pas pour l'homéopathie. Je le dis d'emblée, voilà. Parce que ça n'a pas prouvé son efficacité. » M5

« Et je pense qu'on ne doit pas dire : « parce que je pense que... il faut l'utiliser ». Je pense que nos arguments doivent s'adapter à des arguments scientifiques. On reste des scientifiques. » M5

- Praticien qui n'a pas de formation adéquate, cité par les infirmières 1, 2.

« Et puis des conseils sur la santé qui ne relèvent pas de ses compétences. » I1

« Voilà, il y a beaucoup de demandes et malheureusement c'est aussi là que le bât blesse, c'est qu'il y a beaucoup de demandes mais que parfois les patients, vu qu'ils sont en demande, ils ne tombent pas non plus forcément sur un interlocuteur qui va être sérieux, et là du coup ça peut faire des dégâts, parce qu'il y a quand même des situations cliniques, que ce soit corporelles, mais aussi et surtout émotionnelles et psychologiques, qui sont quand même très denses, et du coup si on n'est pas formé ou sensibilisé, ou si ce n'est pas notre profession initiale d'avoir été à l'écoute de problématiques lourdes, et bah... » I1

« Ça ne peut pas être fait par n'importe qui, il faut qu'il y ait une formation quand même derrière, une formation qui est reconnue et qui est réalisée. C'est ça qui est un peu... enfin moi je trouve... je ne ferais pas confiance à quelqu'un qui n'est pas... qui n'a pas eu de formation adéquate par rapport à une pratique non médicamenteuse. » I2

Les infirmières 2,3 et les médecins 3,4 expriment leur curiosité sur ce sujet.

« Mais pendant ma formation initiale... non, rien... rien. C'est une grosse lacune je pense. » I2

« Intéressé... oui, j'avoue que je suis intéressé, au moins d'en savoir plus, à défaut de devenir un praticien moi-même. Mais même devenir un praticien moi-même, je dirais que... pff... ça pourrait se discuter. » M3

« Un monsieur qui s'appelle Philippe De Normandie, qui est chirurgien orthopédiste à Raymond Poincaré à Garches, à l'APHP. Qui est, on va dire, la référence indiscutable en France en neuro-orthopédie, c'est-à-dire les complications orthopédiques, les mains fermées, les pieds équins, les luxations de hanche. Un type qui est vraiment reconnu, qui a pignon sur rue, qui a coordonné et participé en tout cas, écrit un bouquin sur les thérapies alternatives et complémentaires, qui est une espèce de grosse encyclopédie. Donc on a été assez surpris que ce type qui est vraiment un chirurgien anatomiste... et je ne l'ai jamais lu et jamais acheté, mais depuis ce moment-là je me suis dit : « Il faudrait que tu l'achètes ce bouquin. Si Philippe De Normandie en parle c'est qu'il y a des trucs à apprendre dedans ». Donc ça me titille un peu ces histoires-là. » M3

« Moi je suis intéressée par tout ce qui peut soulager dans le cadre de mon travail. Après si vous me demandez s'il y a autre chose qui m'intéresse, pour le moment comme je m'intéresse à l'hypnoanalgésie j'essaye de ne pas trop... Par exemple j'ai une collègue, elle est plutôt branchée sophrologie. Moi j'essaye de me concentrer sur ce que j'ai envie d'apprendre et puis peut-être que quand je maîtriserais mieux l'hypnoanalgésie, autre chose m'intéressera, je ne sais pas. » I3

« Oui, ça... et puis du coup après c'est une thématique qui nous intéresse dans le service, parce qu'on a une externe de pharmacie qui fait un travail de thèse aussi sur l'usage dans le service des thérapeutiques alternatives. » « Si, ceux avec qui j'en parle le plus c'est les pharmaciens parce que je fais analyser toutes les ordonnances de traitement que prennent les patients à côté de ce qu'on donne par la pharmacie. » « Je trouve que c'est bien de s'intéresser à ça et c'est bien de s'intéresser sur un plan scientifique. » M4

L'infirmière 2 a remarqué que certains professionnels de santé sont convaincus de l'utilité des TC/INM.

« Après il y a des gens qui n'ont pas besoin d'être convaincus mais... » I2

L'infirmière 1 est praticienne de TC en libéral et est convaincue de l'intérêt des TC/INM.

« Euh... alors... les thérapies complémentaires pour moi c'est un atout majeur à la prise en charge des patients dans toutes les spécialités. » I1

3.6. Fonctions attribuées aux TC/INM

Pour tous les professionnels de santé interrogés, l'un des objectifs est de trouver une solution en cas d'échec de soin conventionnel. Cela regroupe des symptômes comme les douleurs, les troubles fonctionnels digestifs, l'anxiété.

« L'hypnose pour la prise en charge de la douleur ou d'autres prises en charge. » M1

« Parce que je vois aussi beaucoup de patients qui ont un suivi médical mais qui... voilà... qui sont dans un besoin. (...) Et c'est tout naturellement qu'en complémentarité des prises en charge médicales et médicamenteuses notamment dans mon exercice professionnel infirmier, je travaillais beaucoup avec les douloureux chroniques et les personnes en fin de vie, et en cancérologie en général, » I1

« Donc par exemple le sommeil, en attendant qu'un calmant agisse, l'anxiété, la préparation à un geste médical invasif, des choses comme ça. » I1

« Mais bon... ça me sert beaucoup pour apaiser... enfin diminuer le stress chez les gens avant une intervention endoscopique par exemple. » I2

« Pour un symptôme que je ne vais pas réussir à traiter autrement. Je pensais justement à l'acupuncture pour des symptômes genre dyspepsie ou des choses comme ça, mais ça reste assez rare en fait. » M2

« C'est-à-dire que j'ai bien conscience qu'il y a de nombreuses situations dans la prise en charge de nos patients, y compris sur la douleur, mais pas que, aussi sur les troubles cognitifs parfois, ou sur les troubles psycho-affectifs. Il y a une grosse partie des symptômes sur lesquels on est démuni et où je ne sais pas quoi faire, avec les moyens que j'ai appris dans mes études, dans la pratique et malgré... une unité professionnelle qu'on a nous en MPR qui est quand même très multi-disciplinaire et très en équipe. Dans ces situations-là plus le temps passe et plus je m'interroge : est-ce qu'on pourrait proposer à ce patient autre chose, de l'ordre de ce que je ne connais pas ou des trucs qui m'échappent et qui pourraient avoir une efficacité sur leurs symptômes. » « Il m'est arrivé moi-même d'aller voir... même deux fois dans ma vie, un ostéopathe, pour des problèmes de douleur musculo-tendineuses liées au sport. Ça ne me pose pas de problème, parce que... ça m'intéressait... j'étais aussi en échec dans mon auto-soin et donc ça m'intéressait de prendre l'avis d'un ostéopathe pour voir ce qu'il pouvait proposer. » M3

« Bah... la relaxation, la sophrologie aussi. Oui, et puis tous les types de distractions. En fait moi c'est plutôt ça qui m'intéresse, tous les modes de distractions, comme tout ce qui est tablettes, tout ça. Les petites distractions pour détourner l'attention de l'enfant. (...) Du coup je me suis intéressée à ça parce qu'en fait comme je travaille dans une consultation, on a très peu d'outils. On n'a pas grand-chose et très peu de temps pour distraire l'attention de l'enfant et pour soulager sa douleur. » I3

« Potentiellement, en termes de soins de support on est quand même vite en rupture de médicaments ou de thérapie... j'allais dire standard, chez nous, et donc ça ne sera peut-être pas un mal d'avoir d'autres pistes. » M4

« Et bah soit sur la naturopathie, je pense qu'il y a potentiellement des trucs intéressants à faire, notamment en soins de support, lutte contre les nausées, vomissements, la douleur, tout ça... ou après sur des pratiques type ostéopathie, pareil en soins de support aussi. » M4

« Que les patients en tout cas cherchent à avoir comme complément de leurs interventions médicamenteuses qui sont sans référence au niveau médicament. Donc c'est un peu par défaut. (...) En fait souvent les thérapies complémentaires se sont construites par rapport aux besoins du patient qui n'étaient pas assouvis par la médecine qui est dite classique, dans lequel moi je suis ou dans lequel je me situe pardon... et donc du coup les gens cherchaient à avoir une réponse par rapport à leurs besoins de santé ressentis. » M5

« Alors moi j'ai fait un diplôme de psychosomatique, donc je faisais la relaxation. Donc ça je l'ai utilisé dans ma pratique, moins maintenant parce que j'ai un peu moins le temps, mais je l'utilisais dans l'aide en fait aux patients qui étaient en difficulté, que ce soit psycho ou en préparation d'examens. » M5

Un des autres objectifs de l'utilisation des TC/INM est l'épargne médicamenteuse. Il est cité par toutes les infirmières interrogées et par les médecins 2 et 5.

« Des réactions très positives parce que je pense que les usagers, en général, que ce soit à l'hôpital ou en ville, sont très demandeurs de ce type d'approche, parce qu'il y a quand même un discours qu'on entend... enfin que j'entends moi beaucoup au cabinet, que j'entendais aussi à l'hôpital, mais encore plus au cabinet, de personnes qui disent : « Moi je ne veux pas trop prendre de médicament etc ». II

« C'est toujours mieux que de prendre du Lexomil ®. » I2

« En fait il y a un gain de temps, pour certaines interventions. Moins de produits anesthésiques utilisés. » I2

« Ce sont toutes les interventions qu'on peut faire pour apporter... je ne sais pas, pour soulager les symptômes, qui ne font pas intervenir des traitements médicamenteux. » M2

« Ce n'est pas quelque chose, la vaccination, qui est vraiment pris en charge je trouve, à part le patch EMLA qui est très communément appliqué, mais qui n'a pas très bonne réputation dans la vaccination du coup. » I3

« Pourquoi j'ai envie de faire ça, parce qu'en fait on parle de... parce que le non médicament ça reste quand même du non médicament et ça me paraît intéressant de m'intéresser... » M5

Pour le médecin 1 et l'infirmière 1, ces soins ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient.

« Alors tout ce qui est assistante sociale je ne mettrais pas ça dans les traitements, même si des fois c'est à se demander si de voir l'assistante sociale ça a quand même des vertus thérapeutiques complémentaires. » M1

« Et l'idée c'était aussi de pouvoir apporter des choses simples qui permettent aussi au patient d'être pris en charge dans une certaine globalité. (...) Ça vient répondre à un besoin de mon point de vue, qui est complètement complémentaire à une approche médicale et qu'on peut vraiment travailler ensemble avec les médecins, avec les kinés, avec les psychos, dans l'intérêt du patient, et que parfois voilà...

certaines problématiques peuvent être vraiment améliorées avec tellement peu de choses et pour une qualité de vie d'un patient ça me paraît essentiel. » I1

L'amélioration de la qualité de vie passe par un gain d'autonomie, avec la possibilité d'utiliser certaines techniques dans la vie quotidienne.

« Pour tous ces trucs un peu nutritionnels, je leur donne comme seule limite de ne pas perdre de poids, parce que là c'est pareil, je ne m'y connais pas trop. (...) Je pense que parfois c'est bien d'ailleurs, savoir bien manger, équilibré, sainement. C'est bien. » M1

« En tout cas ça me paraissait complètement naturel de développer des approches en santé au sein même d'une vie personnelle. » I1

« Dans une démarche aussi où le patient pouvait avoir une démarche d'autonomie. Je pense notamment à la sophrologie, le but étant de donner des outils au patient de manière à ce qu'il puisse s'en servir seul lorsqu'il en a besoin. » « Et notamment sur le contexte de la fin de vie, ça c'est important, parce que bien souvent en fin de vie on a besoin d'un tiers pour tout, notamment vraiment sur la fin de vie, et avoir une petite marge de manœuvre pour le patient, sur lequel il est autonome et pour laquelle il a besoin de personne d'autre que lui-même, je trouve que c'est important pour contrebalancer justement cette dépendance qui s'installe de manière certaine dans beaucoup de maladies graves. (...) Je leur proposais spontanément des techniques qui pouvaient les aider au quotidien. » I1

« Dédramatiser et puis rendre les patients plus autonomes aussi, je trouve. » I2

« En fait en oncologie pédiatrique rapidement les parents se trouvent un peu dépossédés de leur rôle de parent ou ils se sentent dépossédés, ils se sentent impuissants, et souvent de se raccrocher à des thérapeutiques alternatives ça leur permet d'être acteur de la maladie de leur enfant et donc ça c'est quelque chose qu'il faut quand même essayer de respecter, voire d'encourager. » M4

L'autonomisation acquise grâce à ces techniques permet un accompagnement médical stable. Les thérapies complémentaires trouvent une utilité dans l'organisation des soins et l'observance.

« Moi c'est vraiment comme ça, j'ai travaillé avec beaucoup de médecins qui ont constaté que c'était non seulement pas dangereux mais au contraire très favorable pour un accompagnement médical stable. » I1

« Améliorer la relation soignant-soigné. (...) J'ai beaucoup fait de services techniques et en fait on est un peu submergé par le côté technique et la relation avec le patient est un peu laissée de côté en fait. La déshumanisation des soins, donc on cherche un peu autre chose. Et on ne peut pas soigner... moi à mon avis on ne peut pas soigner le corps d'un côté et l'esprit de l'autre, on est un tout, donc... si on n'a pas... comment on appelle ça... l'alliance thérapeutique, elle est vachement... elle est meilleure quoi, je trouve, quand on sait se mettre au niveau de chacun, savoir s'adapter à chaque situation. C'est ça aussi, s'adapter aux patients et se mettre à leur niveau aussi. » I2

« En fait il y a un gain de temps, pour certaines interventions. » I2

« Au bloc, je parle, et c'est vrai qu'il y a quand même moins d'appréhensions. On sent que ça diminue le stress des personnes juste avant l'intervention. D'ailleurs c'est beaucoup utilisé par les infirmiers anesthésistes et les anesthésistes utilisent ça aussi. » I2

4. Quelle formation sur les TC/INM.

4.1. Pour quel public.

Le médecin 1 voudrait une formation, de quelques heures. Il pense que certaines TC/INM ne peuvent pas être abordées en quelques heures. Il veut des informations générales mais ne veut pas devenir praticien de TC/INM. Il considère les TC/INM comme une spécialisation à part entière, comme quand il les compare avec la cardiologie. Il peut être intéressé par des informations générales mais dans sa pratique, il préfère adresser les patients à des équipes qui disposent de plusieurs compétences en TC/INM et qui choisiront la thérapie adaptée avec le patient.

« Enfin moi s'il y avait... si c'étaient des formations de 2h où on m'explique ce que les gens font, très bien, mais je n'irais pas dans le but de me former moi-même. » « Mais sinon... oui, sur la naturopathie... c'est vrai que quand je vois... naturopathie et homéopathie je ne demande pas à être formé particulièrement parce que je pense que si on veut l'expliquer ce n'est pas en une demi-heure qu'un homéopathe va m'expliquer ce qu'il fait. Mais là oui... je sais que même si c'est proposé je ne prendrais pas le temps d'avoir une formation plus longue que quelques heures. Il y a des choses qui ne sont pas possibles en quelques heures je pense. Je ne verrais pas sur l'homéopathie un truc qui serait vu en 2h. » M1

« Moi ce que je ne veux pas c'est que dans une consultation j'ai à la fois à parler de la chimiothérapie, c'est déjà un peu long et compliqué, et ensuite prendre une autre casquette de médecin complémentaire : « Et voilà maintenant ce que je vous propose comme traitement complémentaire ». (...) Moi ça m'arrange de ne pas connaître, l'important c'est de rester ouvert, je pense. (...) Je n'y connais rien, donc... et en même temps ça m'arrange de ne rien y connaître parce que je peux dire ça aux patients, sans leur mentir. » M1

« En fait je ne dirais pas que je ne m'y intéresse pas mais volontairement je ne fais pas de la biblio et des recherches parce que je considère qu'il y a des gens qui connaissent. En tout cas j'ai des connaissances un peu limitées mais comme j'ai des connaissances limitées en cardiologie, et si j'ai une question j'adresse au cardiologue, mais je ne vais pas... (...) Bah moi je suis content d'avoir dans mon équipe des gens qui le font, mais je ne... parce que je pense que quand on veut le faire il faut le faire bien. Il y a des équipes qui le font bien... enfin je pense. Je ne me verrais pas me former à ça. » « Quand ils me parlent de : « Qu'est-ce que vous en pensez ? J'ai une copine qui fait de l'acupuncture avant ses séances de chimio », ça c'est assez souvent, « Vous en pensez quoi ? », bah moi je peux leur dire : « Je n'y connais rien mais allez-y... je connais des gens ». » M1

L'infirmière 1 pense que les paramédicaux et les médecins devraient se saisir du sujet. Elle est dans une posture particulière puisqu'elle est elle-même praticienne de TC/INM à part entière, après avoir exercé en tant qu'infirmière en milieu hospitalier pendant des années. Elle fait la distinction entre les professionnels paramédicaux et les médecins. Les professionnels paramédicaux devraient se former à la pratique de ces TC/INM pour s'en servir afin de pallier à leurs difficultés dans les soins tandis que les médecins devraient acquérir des bases pour pouvoir déléguer ces thérapies aux paramédicaux.

« Parce qu'on s'aperçoit que ce sont quand même beaucoup les paramédicaux qui s'emparent aussi de ces approches-là, face au constat de leurs difficultés par rapport aux prises en charge clinique des patients. Et du coup il y a quand même des programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale qui ont été financés sur la sophrologie. » I1

« Voilà, c'est mon point de vue et je pense que les paramédicaux ont tout intérêt aussi à s'emparer de ça, mais les professions ne sont pas réglementées et donc ça c'est un autre sujet. (...) Euh... non, si ce

n'est que c'est un sujet je pense dont il faut s'emparer. Puisque je pense que les usagers vont être de plus en plus demandeurs de ce type d'approche, que ce soit à l'hôpital ou en ville. Et que c'est important que les médecins aussi s'emparent du sujet, parce que les médecins je pense ne pourront pas être partout, mais par contre s'ils se penchent aussi sur le sujet et qu'ils constatent... (...) Je pense que c'est important aussi que les médecins puissent tisser des liens et un réseau solide, par rapport à des professionnels qui travaillent de manière rigoureuse pour pouvoir proposer ça aussi à leurs patients. » I1

Par ailleurs, elle a plus confiance dans un professionnel de santé pour se former à ces thérapies que dans une personne n'ayant aucune connaissance en santé.

« Parce que j'ai aussi fait de la formation pour des sophrologues et je pense qu'une approche... ce n'est pas jugeant ce que je dis mais quelqu'un qui était banquier 6 mois avant il aura peut-être moins les compétences pour accompagner un patient que si c'est une infirmière qui a travaillé aux urgences pendant 20 ans quoi. » I1

L'infirmière 2 est intéressée directement par une formation, pour sa pratique. Elle pratique l'hypnose et aimerait comprendre ce que le domaine des TC/INM comporte pour augmenter son arsenal de compétences. Elle voudrait aussi se perfectionner en hypnose.

« Qu'est-ce que je voudrais savoir ? Bah moi personnellement j'aimerais bien continuer mes formations parce que c'est un peu limité je trouve. Et... surtout ce que j'aimerais bien c'est comment pouvoir les adapter dans ma pratique, dans la pratique hospitalière. » I2

« Tout m'intéresse en fait, ce qui peut enrichir la profession, c'est toujours bon à prendre. » I2

Le médecin 2 souhaiterait des preuves d'efficacité de l'acupuncture, qu'il peut parfois recommander à ses patients. Il voudrait aussi apprendre quelles sont les autres TC/INM utiles.

« Déjà savoir ce qui est validé. Enfin s'il y a des preuves de certaines pratiques ou pas et dans quels domaines. » M2

Le médecin 3 n'a pas le temps de s'engager dans une formation. Il voudrait que des collègues paramédicaux du service assistent à une formation à ce sujet pour transmettre le savoir et les informations au reste de l'équipe. Il voudrait augmenter ses connaissances du sujet pour mieux conseiller ses patients.

« Là où ça devient plus difficile c'est que ça nécessiterait un investissement clinique supplémentaire de ma part, c'est-à-dire m'investir sur des formations pour étendre ma panoplie et mes compétences en soins et je vois mal comment j'aurais le temps de m'investir là-dedans alors que j'ai 36.000 autres choses à faire, mais ça je ne suis pas le seul. » M3

« J'ai compris que c'était une arrière-pensée qu'il y avait peut-être de votre côté ou en tout cas du côté des gens qui vous encadrent... s'il y avait un diplôme universitaire par exemple sur le sujet des thérapies alternatives, moi je serais assez favorable à ce qu'il y ait une ou plusieurs personnes du service, qui seraient intéressées et iraient se former, pour nous rapporter leur expérience et qu'on puisse en discuter, qu'on puisse être un peu plus ouvert dans l'équipe sur cet aspect-là. (...) Comme je vous disais je ne

suis pas sûr d'avoir le temps, je pense que je n'irais pas moi-même, mais qu'un kiné ou que la psycho ou une des infirmières se forme à ça, ça me paraîtrait intéressant, qu'on puisse y réfléchir. » M3

« Pour être plus en interaction avec des patients quand ils me demandent : Je vois un fasciathérapeute en parallèle, qu'est-ce que vous en pensez ? Ou un ostéopathe. » M3

L'infirmière 3 pourrait être intéressée pour elle-même par une formation regroupant des informations sur les TC/INM existantes. Elle souhaite d'abord finir de se perfectionner en hypnoalgésie.

« J'aimerais savoir déjà tout ce qui existe » I3

« J'ai du mal à vous dire : là maintenant, qu'est-ce qui m'intéresserait d'approfondir de plus que ce que je connais déjà. Mais peut-être qu'il y a des choses que je ne connais pas et qui m'intéresseraient de savoir mais... comme c'est très, très général... il faut aller chercher l'information. » « Après si vous me demandez s'il y a autre chose qui m'intéresse, pour le moment comme je m'intéresse à l'hypnoalgésie j'essaie de ne pas trop... Par exemple j'ai une collègue, elle est plutôt branchée sophrologie. Moi j'essaie de me concentrer sur ce que j'ai envie d'apprendre et puis peut-être que quand je maîtriserais mieux l'hypnoalgésie, autre chose m'intéressera, je ne sais pas. » I3

Le médecin 4 est intéressé pour lui-même par une formation à ces thérapies. Il veut augmenter ses connaissances pour répondre au besoin d'échange des patients sur le sujet. Il pourrait prescrire certaines TC s'il avait une formation suffisante dessus.

« Et sur une formation générale à plusieurs types, pas forcément spécifique à l'une ? Oui, je serais assez intéressée d'avoir une formation comme ça. » M4

« Je pense que la majorité de nos patients en utilisent et que ce serait pas mal qu'on se forme. Ce serait pas mal qu'on ait un peu de quoi discuter avec eux. » M4

« Alors non, je ne pratique pas, et oui je serais assez intéressée mais sous réserve d'avoir une formation. D'accord. Sur quel type de thérapie par exemple ? Et bah soit sur la naturopathie, je pense qu'il y a potentiellement des trucs intéressants à faire, notamment en soins de support, lutte contre les nausées, vomissements, la douleur, tout ça... ou après sur des pratiques type ostéopathie, pareil en soins de support aussi. » M4

Le médecin 5 ne demande pas de formation sur les TC/INM. Il est déjà compétent dans ce domaine. En tant qu'expert du sujet et enseignant à l'université, il souhaiterait maintenant savoir ce qui est enseigné aux étudiants en médecine à ce sujet. Pour sa pratique, il aurait besoin d'information sur les modalités de prescription de nouvelles INM comme l'activité physique adaptée.

« Euh... ça serait presque... sur elles-mêmes non, mais éventuellement peut-être pour... derrière qu'est-ce que, par rapport à vous, un jeune, comment vous le ressentez et comment c'est étudié dans les autres facs en fait ? Ça, ça m'intéresserait de savoir. C'est plus : est-ce qu'on vous en parle dans les autres facs en France au niveau de l'enseignement du 3^{ème} cycle ou même du 2^{ème} cycle. Est-ce qu'on vous en parle ? C'est plutôt ça. » M5

« Peut-être l'activité physique adaptée. Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir les modalités de prescription. » M5

4.2. Avec quelles thématiques.

4.2.1 Certains praticiens souhaitent avoir des informations sur les thérapies qui existent.

Les infirmières 1, 2 et 3, les médecins 1, 2, 3 et 4 souhaiteraient des informations sur les principales TC/INM utilisées par les patients.

Ainsi, le médecin 1 est intéressé par une formation courte qui porterait sur la présentation par des praticiens TC/INM de leur métier, de ce qui se passe en consultation avec le patient. Il ne souhaite pas devenir lui-même praticien de TC/INM. *« Et puis oui, s'il y avait des fois des gens qui nous parlaient de ce qu'ils faisaient. Sur un atelier de sophrologie, moi je ne sais pas trop comment ça se passe par exemple un atelier de sophrologie. Mais oui, qu'on vienne m'expliquer ce qu'on fait mais pas pour me former moi-même. » « Sauf pour la sophrologie, je ne vois pas ce que c'est. Tout ce qui est yoga tout ça... ça reste assez mystérieux. » M1*

L'infirmière 1 voudrait des informations sur certaines techniques. Elle n'a pas le temps de se former à tout. *« Bien sûr on a toujours à apprendre, oui, je voudrais en savoir plus sur certaines techniques, parce qu'on ne peut pas se former à tout. » I1*

L'infirmière 2 voudrait enrichir sa pratique, elle attend une information sur les thérapies existantes. *« Moi tout ce qui est... tout m'intéresse en fait, ce qui peut enrichir la profession, c'est toujours bon à prendre. Après on est à l'aise ou pas pour les utiliser mais... Après je n'ai pas toutes les thérapies non médicamenteuses en tête. Je ne sais pas tout ce que ça englobe en fait. » I2*

Le médecin 2 voudrait des informations sur l'acupuncture. *« Et sur lesquelles est-ce que vous voudriez avoir plus d'informations ? Sur l'acupuncture par exemple. » M2*

Le médecin 3 voudrait des informations sur le déroulé des séances d'interventions non médicamenteuses manuelles, qui sont utilisées par ses patients. *« Alors je voudrais déjà savoir en quoi elles consistent, donc les pratiques de ces thérapies. (...) Sur celles qui sont le plus en lien avec les problématiques cliniques que je rencontre dans mon activité professionnelle. C'est-à-dire des problèmes qu'on pourrait résumer en neuro-musculo-squelettique, des problèmes de l'appareil moteur. Donc sur l'ostéopathie, sur la fasciathérapie. Voilà, essentiellement ça pour commencer. » M3*

L'infirmière 3 voudrait des informations sur toutes les thérapies existantes. *« Et bah j'aimerais savoir déjà tout ce qui existe, dans quel domaine on peut le pratiquer, pour quel public. » I3*

Le médecin 4 voudrait des informations sur ce qui existe actuellement, informations assimilées à de la culture générale. *« Oui, et puis une idée de ce qui se fait. C'est un peu de la curiosité, de la culture générale aussi. » M4*

L'infirmière 1 aimerait recevoir des informations sur des thérapies controversées comme la kinésiologie. Elle est la seule à avoir cette demande et connaît déjà les TC/INM utilisées le plus couramment. Elle est ambivalente sur la formation à ce sujet.

« Euh... je pense que dans toutes les thérapies complémentaires il y a des choses qui sont intéressantes, même dans certaines approches qui peuvent être particulièrement controversées. (...) Je pense notamment par exemple... moi je n'y suis pas du tout formée, ce n'est pas une technique que je connais bien, mais je pense à la kinésiologie par exemple. Je pense qu'il y a des éléments qui peuvent être intéressants dans les prises en charge. Donc oui, je voudrais en savoir plus par rapport à certaines approches. » I1

« Là aussi, moi je reste un petit peu frileuse par rapport à la formation de ce type d'approches, parce que là aussi il y a des déviances, et du coup c'est un frein, mais oui, je voudrais en savoir plus. » I1

4.2.2 Certains sont dans une demande de formation plus conceptuelle.

Le médecin 3 voudrait apprendre sur quelles bases sont fondées ces TC/INM.

« Je voudrais avoir le rationnel physio-pathologique on va dire, les bases, que ce soit physico-chimique ou psychique ou... sur lesquelles elles sont construites. » M3

Les médecins 1, 2, 3 et 4 souhaitent prendre connaissance des preuves scientifiques d'efficacité des TC/INM. Aucune infirmière n'a mentionné cet aspect littérature scientifique. Le médecin 5 est déjà formé aux TC/INM et n'a donc pas de besoin en formation conceptuelle.

« Moi je serais toujours quand même curieux d'avoir les informations de recherche clinique, les résultats... dans le sens... Moi j'aime bien savoir s'il y a des études qui ont été faites. » M1

« Euh... déjà savoir ce qui est validé. Enfin s'il y a des preuves de certaines pratiques ou pas et dans quels domaines. » M2

« Je voudrais savoir évidemment dans quelle mesure elles ont un niveau de preuves, ou en tout cas ce qui a pu être publié ou rédigé de façon académique sur le sujet. » M3

« Bah beaucoup de choses, après... le rationnel de celles que potentiellement je voudrais utiliser, » M4

De la même manière, le médecin 1 et le médecin 4 ne sont pas intéressés par ce qui relève du mystique.

« Bah c'est sur ce que font les patients, oui. C'est ce qui pour moi est scientifique, donc intéressant. Je ne suis pas demandeur qu'un coupeur de feu vienne m'expliquer son don naturel... » M1

« Après il ne faudrait pas que ça parte complètement dans tous les sens. Il faudrait cibler celles qui quand même ont un rationnel un peu scientifique parce que... je ne me vois pas aller faire un DU de médecine énergétique quoi. » M4

4.2.3 Certains sont dans une demande de formation pour utiliser les TC/INM dans leur pratique professionnelle.

L'infirmière 3 et le médecin 4 voudraient apprendre où rechercher les informations vérifiées sur les TC/INM.

« Bah... en fait comme il n'y a pas vraiment... j'ai l'impression qu'il faut quand même qu'on aille chercher les informations. Il n'y a pas vraiment de choses où on se dit : « Ah bah je vais aller là et puis je vais savoir tout ce qui existe ». » I3

« C'est surtout qu'il y a un rationnel scientifique, mais ça fait partie des choses qui sont compliquées parce que... je ne sais pas s'il y a un rationnel scientifique à la médecine énergétique par exemple. Je ne pense pas, mais en même temps peut-être que je ne cherche pas au bon endroit. Peut-être que ça ne se trouve pas sur PubMed. » M4

Le médecin 2 et l'infirmière 3 voudraient apprendre les indications des TC/INM.

« Oui voilà, pour quel type de symptômes ça s'applique. » M2

« Et bah j'aimerais savoir (...) dans quel domaine on peut le pratiquer, pour quel public. Vraiment des choses très pratiques. » I3

Les médecins 4 et 5 voudraient apprendre à prescrire certaines TC/INM. Le médecin 4 est intéressé par la prescription de la naturopathie et le médecin 5 par celle des activités physiques adaptées.

« Et bah soit sur la naturopathie, je pense qu'il y a potentiellement des trucs intéressants à faire, notamment en soins de support, lutte contre les nausées, vomissements, la douleur, tout ça... ou après sur des pratiques type ostéopathie, pareil en soins de support aussi. » « Voilà, et puis après j'aimerais bien... s'il y a un rationnel, apprendre à prescrire certaines choses. Après je ne me verrais pas me lancer dans un DU d'ostéopathie quoi. » M4

« Peut-être l'activité physique adaptée. Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir les modalités de prescription. Est-ce que ça va évoluer ou pas ou est-ce qu'on reste toujours sur les modalités qu'on avait, et de prise en charge possible. » M5

Le médecin 4 voudrait connaître les risques des thérapies qu'il serait à même de prescrire. Le risque d'interactions médicamenteuses est déjà une de ses préoccupations et il se fait aider actuellement par les pharmaciens pour l'analyse des prescriptions.

« Bah beaucoup de choses, après... le rationnel de celles que potentiellement je voudrais utiliser, l'absence... j'allais dire de danger. » M4

Toutes les infirmières interrogées, qui pratiquent déjà une TC, souhaiteraient approfondir leurs connaissances dans leur discipline.

L'infirmière 1 voudrait approfondir sa connaissance des techniques de massages. « *Moi je pratique aussi beaucoup de massages. Les massages il y a des centaines de techniques aussi, et je pense que c'est... plus d'un point de vue technique que j'aurais envie d'en savoir plus* » I1

L'infirmière 2 voudrait poursuivre ses formations sur l'hypnose thérapeutique. « *Personnellement j'aimerais bien continuer mes formations parce que c'est un peu limité je trouve.* » I2
Elle aimerait les intégrer facilement à sa pratique hospitalière. « *Et... surtout ce que j'aimerais bien c'est comment pouvoir les adapter dans ma pratique, dans la pratique hospitalière. Que ce soit plus... comment dire... pas accepté mais... je n'arrive pas à trouver mes mots.* » I2

L'infirmière 3 voudrait se perfectionner en hypnoanalgésie avant de rechercher d'autres TC/INM utiles à sa pratique. « *J'aimerais bien continuer à me former parce que ce qu'on nous a proposé c'était très généraliste et c'était pour tout l'hôpital mais ça ne répondait pas à moi, mes attentes de consultation, de quelque chose de très court avec des gens que je ne reverrais pas forcément. Eux c'étaient plutôt dans le lien, en connaissant les personnes. Donc ça n'a pas répondu à toutes mes attentes.* » I3

5. Liens du professionnel avec la recherche.

5.1. Formation et niveau de formation.

5.1.1 Formation initiale faible pour tous.

Tous les professionnels de santé interrogés ont rapporté ne pas avoir eu de réelle formation à la recherche durant leurs études.

« *Sinon avant mes diplômes on avait quelques cours sur les essais cliniques mais pas... ce que c'est qu'une étude de phase 1, phase 2, phase 3, quand j'étais externe. Après... en dehors de ces 7h ou ces 2h de cours en épidémiologie...* » M1

« *Zéro. C'est-à-dire que dans la formation paramédicale, ce qui a tendance à changer mais on est vraiment loin du compte, c'est que dans la formation infirmière si vous voulez, à l'issue des trois ans d'études, vous avez ce qu'on appelle un travail écrit de fin d'études à produire, qui est appelé « travail de recherche ». (...) Même si aujourd'hui de manière pompeuse on dit que c'est un travail de recherche. Ce n'est pas des travaux de recherche, puisque les personnes qui nous demandent de produire un travail de recherche elles-mêmes n'y connaissent rien à la recherche. (...) C'est un beau paquet cadeau mais c'est très creux, malheureusement.* » I1

« *Alors ma formation, aucune.* » I2

« *Au cours de mon cursus... il y a sûrement eu des modules sur la recherche clinique mais je ne m'en rappelle plus exactement.* » M2

« *Pendant ma formation initiale je ne me souviens pas d'avoir eu de formation à la recherche clinique, en premier et deuxième cycle des études de médecine. Mais peut-être qu'il y en a eu, je ne me souviens pas. Pendant l'internat, donc pendant le 3^{ème} cycle, il y a eu dans le cadre des enseignements de DES, de médecine physique et de réadaptation, des petites parties qui ont été consacrées à la méthodologie de la recherche, l'organisation des choses etc.* » M3

« *Je n'ai pas eu de formation moi par rapport à la recherche, non.* » I3

« Essentiellement de la formation sur le tas. » M4

« Alors par rapport à la recherche clinique je n'ai absolument rien... je n'ai pas du tout été formée pendant mes études. » M5

5.1.2 S'être auto-formé à la recherche clinique.

L'infirmière 1, les médecins 3, 4 et 5 se sont auto-formés à la recherche.

L'infirmière 1 s'est auto-formée en rencontrant des professionnels de la recherche, dans le but de réaliser sa première recherche. *« Moi j'ai fait un travail de recherche avant de faire ce Master 2, et je me suis formée toute seule. Enfin formée... pseudo formée en fait, j'ai dû découvrir seule. Alors bien sûr en rencontrant des médecins, en rencontrant des personnes qui étaient dans le domaine de la recherche, mais j'ai fait de la recherche sans avoir été formé à la recherche. » I1*

Le médecin 3 s'est auto-formé par la lecture de littérature scientifique, en assistant à des congrès. *« En fait je dirais que j'ai appris sur le tas. C'est-à-dire que c'est en lisant des articles, avec les collègues en allant aux congrès, en réfléchissant aux méthodes, qu'on creuse soi-même dans les bouquins, dans les articles, et qu'on apprend au fur et à mesure les écueils à éviter, les méthodes de la recherche. » M3*

Le médecin 4 ne précise pas comment il s'est auto-formé. *« Ce n'est pas de la formation au sens formation du terme, c'est de l'apprentissage sur le tas. » M4*

Le médecin 5 s'est auto-formé par la lecture de littérature scientifique. *« Donc j'y suis venue comme ça, mais je me suis formée en fait par moi-même. (...) En fait les bonnes pratiques cliniques c'étaient... j'étais formée pendant deux jours, et puis après oui avec des livres sur la recherche. » M5*

5.1.3 Absence de formation continue encadrée sur la méthodologie de recherche.

L'infirmière 2 a eu des informations sur la recherche via l'intranet de l'hôpital, il ne s'agissait pas d'une formation diplômante. *« Après... j'ai regardé sur l'intranet, des formations qui sont faites. (...) sur intranet au niveau de l'hôpital il y a une petite formation. (...) Mais de formation vraiment formation, non, je n'en ai pas suivi, de recherche. » I2*

Les médecins 1 et 3 connaissent l'existence de formations à la recherche mais n'y ont pas assisté.

Le médecin 1 n'a jamais essayé de s'inscrire à une formation à la recherche clinique même s'il sait qu'elles existent. *« Il y en a souvent des formations... on en voit passer. Je n'ai jamais répondu. » M1*

Le médecin 3 s'est inscrit à des séminaires de méthodologie de recherche quantitative qui ont été annulés. *« Il y a eu aussi cette année en 2020 des séminaires de formation à la recherche clinique qui étaient organisés par le département de bio stat' et Monsieur C qui est en biostatistique et qui est le médecin méthodologiste référent, si je ne dis pas de bêtise pour la direction de la recherche clinique. Je m'étais inscrit à ses séminaires, il y a quand même des choses qui sont organisées... ils ont été annulés à cause du Covid mais... » M3*

Les médecins 1, 2 et 3, qui sont impliqués dans la recherche clinique et les essais interventionnels au sein de l'hôpital doivent justifier tous les deux ans d'une formation à la réglementation de la recherche.

« Du coup nous on fait ces formations un peu tous les deux ans pour pouvoir être investigateur et c'est des choses que les laboratoires d'essais nous demandent, de justifier de nos formations. » « C'est le réglementaire mais c'est le minimum. C'est connaître les bonnes pratiques quand on mène en investigateur d'un essai clinique la réglementation européenne, pour déclarer des événements indésirables, la bonne tenue du dossier, la règle et lois de bio éthique. » M1

« J'ai fait la formation récemment qui s'appelle FORMEDEA, le truc proposé par l'hôpital. (...) C'est un test... c'est de la théorie en fait, c'est une formation en ligne sur la recherche clinique qui est obligatoire pour participer à des essais cliniques. » M2

« Des mises à jour tous les deux ans où il faut... il y a des cours en ligne et après il y a des quizz où il faut montrer qu'on connaît à peu près. Mais c'est essentiellement l'aspect législatif en fait ces choses-là. Ce n'est même pas du tout je dirais sur la méthode, plus sur la loi et l'encadrement de la recherche qu'on peut être amené à faire à l'hôpital. » M3

5.1.4 Avoir bénéficié d'une formation à la recherche clinique en formation continue.

L'infirmière 1 a bénéficié d'une initiation à la recherche au cours de son travail de recherche pour son Master 2 en sciences de l'éducation. « J'ai fait de la recherche où j'ai amorcé un travail de recherche en sciences de l'éducation, et là voilà j'ai été formée par des universitaires, des professeurs des universités. (...) Alors en fait c'est lors de mon Master 2 que j'ai pu avoir la formation. Enfin la formation... je n'ai pas eu de formation à la recherche à proprement parler si vous voulez, c'est plus le fait de suivre un Master 2 qui m'a initié à la recherche. » I1

L'infirmière 3 a suivi un DU de recherche paramédicale qui lui a permis de répondre à son besoin de compréhension de la méthodologie de recherche. Elle avait réalisé une étude avant ce DU, sans formation préalable et avait eu besoin de l'aide de l'équipe de recherche. « J'ai fait mon protocole de recherche sans vraiment avoir été formée, sur le tas quoi. Mais depuis là maintenant, comme j'ai quand même vécu cette expérience et que ça m'a beaucoup questionné, là je viens de finir un DU de recherche paramédicale infirmière. (...) Ça a duré 6 mois, c'était de janvier à... normalement à juin, mais du coup décalé. Et ça parlait de comment faire un protocole de recherche, qu'est-ce que la recherche, qu'est-ce qu'on attend, comment on communique les résultats. Tout ce qui concerne la recherche paramédicale. Lire des articles scientifiques, voilà... les écrire. » I3

Le médecin 4 a assisté à des séminaires de formation recherche organisés par sa spécialité d'oncologie pédiatrique et l'hôpital. Ces formations portaient sur la méthodologie, la réglementation. « Après j'ai déjà fait des séminaires de l'ITCC. L'ITCC c'est un consortium européen sur la recherche en oncologie pédiatrique et qui fait un séminaire de formation, je crois que c'est tous les deux ans que j'ai fait ça, comme vraie formation. Après je pense que les journées de la recherche de l'hôpital, il n'y en a eu qu'une pour l'instant, mais en 2019 je suis allée là et ça c'était pas mal aussi, » M4

Le médecin 5 a suivi un DU de recherche qualitative, un Master 2 de recherche en santé et réalise actuellement sa thèse de sciences. « Je suis formée par un DU qualitatif, donc DU de recherche qualitative, au service de la pratique des soins » « Et puis après en fait j'ai fait un Master 2 de recherche en santé, sciences humaines. Et puis maintenant ma thèse de sciences où derrière en fait tu acquiers aussi une autre posture au niveau de la recherche. » M5

5.1.5 Être soi-même enseignant en recherche.

Le médecin 1 enseigne pour des master de recherche clinique. Il est enseignant-chercheur. *« J'ai déjà encadré un Master 2 de recherche clinique par exemple. » M1*

5.2. Intérêts pour la recherche.

5.2.1 Participer à des recherches en médecine conventionnelle.

Le médecin 1 travaille sur des essais médicamenteux dans sa spécialité d'oncologie. Il explique que les recherches sur les TC/INM doivent être réalisées par des praticiens qui les exercent. *« Comme on a des essais avec les onco-gériatres par exemple, moi j'inclus, je fais signer, mais après c'est ceux qui savent qui font. Et pour les thérapies complémentaires non médicamenteuses si c'est fait par ceux qui connaissent ça me va. » « Oui, tous les questionnaires de qualité de vie, tout ça, du coup il y a une personne qui fait ça, mais c'est les gens qui savent quoi. » « Donc chacun son truc. Moi j'ai déjà mes essais de chimiothérapie contre le cancer. » M1*

Le médecin 3 s'investit dans l'activité de recherche biomédicale. *« Dans mon domaine d'activité je me suis beaucoup plus préoccupé de bio mécanique, d'anatomie fonctionnelle, de trucs un peu on va dire... très bio médicaux, et beaucoup moins d'investir le champ de la recherche sur le handicap, les aspects psychoaffectifs, des trucs comme ça, parce que ça me parlait moins et ça me paraissait beaucoup plus foireux quoi, de travailler là-dessus. » M3*

5.2.2 Participer à des recherches sur les TC/INM.

L'infirmière 1 a réalisé un travail sur l'impact du toucher. *« C'est-à-dire que j'ai fait un travail sur l'impact du toucher en secteur protégé d'hémato pour des patients qui sont, du coup, hospitalisés pour des leucémies » I1*

L'infirmière 2 a un projet de recherche clinique sur l'hypnose. *« Par exemple les projets... j'aurais bien aimé par exemple dans la maladie de Crohn, dans la maladie chronique, avec les colites hémorragiques et tout ça. Pour les patients qui le veulent, assurer un suivi, pour les aider dans leurs douleurs et tout ça. Dans la prise en charge de douleurs ça peut être intéressant aussi. » I2*

L'infirmière 3 aimerait peut-être faire une recherche sur l'hypnoanalgésie. Elle a déjà fait une recherche sur un outil de distraction en consultation de vaccination. *« Peut-être pourquoi pas une recherche sur l'hypnoanalgésie ou quelque chose comme ça ? » « J'ai fait une étude moi, une recherche sur un objet de distraction A. » I3*

Le médecin 4 a un projet d'étude qui reste difficile à mettre en place. *« Et donc... et puis après moi j'aimerais bien mettre en place potentiellement une étude dans le service mais c'est un peu compliqué. » M4*

Le médecin 5 a commencé son activité en recherche clinique dans les essais en thérapies médicamenteuses, puis il a fait de la recherche plus institutionnelle quand il est devenu enseignant à la faculté. Depuis qu'il fait de la recherche institutionnelle, il a participé à une recherche sur les discours des patients sur les INM et a pour projet d'interroger des patients atteints de cancer sur leurs expériences d'INM. *« Je suis venue à la recherche clinique... en fait je suis venue par la recherche médicamenteuse (...) Et après j'y suis venue de manière secondaire quand je suis rentrée à la fac en tant que... au départ maître de stage et puis après associée et puis maintenant maître de conférences et derrière en faisant de la recherche qui est plus institutionnelle et beaucoup moins avec les laboratoires,*

même indépendante des laboratoires. » « En fait on a fait une recherche, nous, par des fouilles, sur les interventions non médicamenteuses, de ce que nous en disent les patients. Donc ça, ça a fait l'objet d'un projet de recherche. Et là en fait on s'intéresse particulièrement aux paroles de patients, sur leurs expériences dans les cancers. Et on va interroger les expériences des patients. Donc oui, mais ça c'est dans le futur. Ça fait partie des projets de recherche qu'on veut faire. » M5

5.2.3 Motivations du professionnel de santé pour la recherche clinique.

Les infirmières interrogées et le médecin 5 ont donné leurs motivations à la réalisation d'études.

Les infirmières 1 et 2 et le médecin 5 visent par la recherche l'intérêt direct du patient : par la démonstration de l'efficacité d'une technique, par la progression des traitements, par le dévoilement des techniques qui relèvent du charlatanisme.

« Je n'ai pas fait de la recherche pour faire de la recherche, j'ai fait de la recherche pour le patient. (...) j'ai fait ce travail de recherche pour que le toucher puisse se développer dans ces secteurs où les patients ne sont pas touchés du tout. » I1

« De faire avancer, de faire progresser les traitements déjà. (...) De faire avancer les choses, tout simplement. De montrer que ça peut servir à quelque chose, » I2

« Enfin moi pour deux raisons : les patients s'y intéressent et si on veut derrière que les patients ne soient pas victimes de charlatans, il vaut mieux que nous on puisse identifier toutes les interventions non médicamenteuses qui ne relèvent pas du charlatanisme. Parce que ça c'est notre rôle en tant que chercheur, pour dire : ça, ça marche, ça, ça ne marche pas. Donc ça par rapport à un devoir vis-à-vis des patients » M5

L'infirmière 3 veut trouver des outils qui pourront améliorer son exercice professionnel et gagner en indépendance, se libérer de la prescription médicale. *« Je trouve que c'est ça l'avantage des choses qui sont non médicamenteuses, c'est que du coup ça ouvre tout un champ de recherche paramédicale, où on n'a pas besoin d'avoir... on est autonome. On fait notre travail sans pour autant avoir un aval du médecin. Alors on l'a forcément pour le mettre en place, mais après on est complètement autonome dans notre travail et ça je trouve ça hyper valorisant. » I3*

Le médecin 5 apprécie la recherche pour l'opportunité de faire des rencontres humaines. *« En plus à titre personnel, je trouve que les expériences, le fait de m'intéresser à la recherche quali, c'est le fait de s'intéresser après à la personne et en fait d'interroger les expériences de ces personnes-là. Et moi ça m'a touché pendant ma thèse et donc du coup j'ai envie de continuer dans ce domaine-là. Ça c'est aussi à titre personnel. Les entretiens que j'ai eus... j'ai fait 11 entretiens qui ont duré 1h30 chacun, donc... voilà, ça te donne... tu touches l'humain quoi, c'est rare. » M5*

5.3. Freins à la recherche clinique.

5.3.1 Freins à la recherche en général.

L'infirmière 1 mentionne les aspects chronophages et non rémunérateurs de la recherche. « *Il y a aussi une réalité qui n'est pas négligeable, c'est que si vous faites de la recherche ça vous prend énormément de temps mais c'est du temps sur lequel vous n'êtes pas rémunéré et du coup...* » « *Autant m'inscrire dans un projet de recherche qui est mené par quelqu'un, oui, pourquoi pas, mais pas à n'importe quel prix, parce que ça je l'ai déjà fait. Plus maintenant on va dire.* » I1

L'infirmière 2 dénonce la difficulté pour les infirmières hospitalières à s'investir dans un projet de recherche, avec des problèmes organisationnels dus aux contraintes de service. « *Il y a beaucoup de freins à l'hôpital, ce n'est vraiment pas facile, il faut vraiment s'accrocher. Surtout en tant qu'infirmière je trouve. (...) c'est déjà l'organisation, l'organisation des soins qui fait que... et puis comme on travaille en équipe, pour mettre en place des choses, s'il n'y a pas une cohésion d'équipe, c'est un peu compliqué.* » I2

Le médecin 2 ne sait pas sur quel sujet il pourrait s'investir. « *Je n'ai pas eu d'idées à ce sujet et puis à ma connaissance dans notre service on n'en a pas encore en ce moment.* » M2

Le médecin 3 a beaucoup de projets de recherche de son côté, il n'a pas le temps de participer à tous les projets pour lesquels il est sollicité. « *Déjà parce que j'ai beaucoup de projets de recherche de mon côté donc... j'ai été amené à restreindre de plus en plus les réponses que je pouvais proposer aux autres... aux gens qui viennent me solliciter pour travailler avec moi et bénéficier des outils de l'hôpital.* » M3

Toutes les infirmières ont bénéficié de l'aide de professionnels de la recherche pour mener leur étude.

« *J'ai fait de la recherche où j'ai amorcé un travail de recherche en sciences de l'éducation, et là voilà j'ai été formée par des universitaires, des professeurs des universités. Donc là oui, j'ai pu toucher du doigt un petit peu, appréhender ce que pouvait être un peu la recherche.* » I1

« *J'avais voulu faire un article aussi sur l'hypnose avec l'infirmière de recherche. J'avais commencé avec elle un article justement, pour... à partir de mon mémoire, pour pouvoir participer à une publication, et puis en fait c'est resté en cours de route. Il y a eu tout le Covid, tout ça, du coup c'est resté un peu en standby tout ça.* » I2

« *Avant de faire ma recherche je n'ai pas été formée. J'ai vraiment fait ça... j'ai été aidée par l'équipe de recherche de l'hôpital, mais j'ai eu zéro formation.* » I3

L'infirmière 2 relève qu'elle n'a pas pu faire aboutir sa recherche à cause de l'absence d'encadrement par un médecin. « *Mais c'est hyper compliqué à mettre en place tant qu'il n'y a pas un médecin qui chapeaute quoi. J'ai eu beaucoup de mal et en fait j'ai laissé tomber.* » I2

L'infirmière 1 réclame une formation universitaire des infirmières, afin que les infirmières soient formées à la recherche et qu'il y ait une reconnaissance institutionnelle de leur travail.

« Alors ça a tendance à changer parce qu'on est sur une universitarisation de la formation infirmière, ce qui est très, très bien, mais ça mettra encore beaucoup de temps, puisqu'il y a très peu de chercheurs en science infirmière aujourd'hui en France, parce que ce n'est même pas reconnu comme une science d'ailleurs, » « Donc aujourd'hui il y a des infirmières en pratiques avancées qui peuvent... c'est un nouveau métier. C'est-à-dire que les infirmières vont faire un Master 1 en sciences cliniques infirmières puis un Master 2 où elles vont se spécialiser, et du coup ça, ça va vraiment impulser la recherche infirmière. Donc c'est en train de changer, mais c'est tout récent. » « Sachant que ça bouge quand même parce que... en fait en ce qui concerne les paramédicaux, il y a ce qu'on appelle PH-RI, les programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale. » II

5.3.2 Freins à la recherche sur les TC/INM.

- Les professionnels de santé interrogés ont fait part de difficultés d'acceptation de ces recherches par la communauté médicale.

L'infirmière 1 et les médecins 4, 5, relèvent des difficultés par rapport à la nature du projet de recherche sur la légitimité des pratiques TC/INM.

L'infirmière 1 rapporte des difficultés de financement de ces études non médicamenteuses. *« Il y a aussi des réticences par rapport au financement de ce type de recherches. » II*

Le médecin 4 trouve difficile de faire entrer à l'hôpital un thérapeute de TC/INM pour réaliser une étude. *« Sinon c'est mettre en place une intervention ou ne pas mettre en place une intervention, dans un service c'est compliqué. C'est compliqué de faire ça dans les milieux institutionnels, d'amener les médecines complémentaires dans les milieux institutionnels où on n'est pas habitué à ça. Donc c'est-à-dire qu'il faut signer des conventions avec des gens dont potentiellement les spécificités professionnelles ne sont pas reconnues par... je n'en sais rien moi, le CHU par exemple. » M4*

Le médecin 5 explique qu'il y a des résistances de la part de médecins qui voient les TC/INM comme des pratiques de charlatans. *« Les interventions non médicamenteuses et les thérapies complémentaires peuvent être vues par certains comme des médecines qui sont des médecines de charlatans parce que certains sont des charlatans, et c'est comment derrière tu peux faire reconnaître que ce n'est pas que des charlatans, à des gens qui ont un point de vue différent. Donc c'est ça notre difficulté, c'est les enjeux de cette recherche qui porte sur les INM. C'est de faire reconnaître les INM et thérapies complémentaires comme des interventions qui sont des interventions du bon usage en fait, et qui sont au même titre que d'autres, avec un sérieux scientifique. Donc c'est ça la difficulté pour moi actuellement. » M5*

- L'infirmière 1 et les médecins 2, 3, 4, 5 ont relevé des difficultés méthodologiques à la réalisation des études sur les TC/INM.

Tout d'abord, l'infirmière 1 et les médecins 4,5, exposent la difficulté liée à la nouveauté des recherches sur les TC/INM.

L'infirmière 1 explique que la bibliographie sur certaines pratiques est maigre. *« Mais en même temps c'est un peu le serpent qui se mord la queue puisqu'il faut s'appuyer sur des données scientifiques probantes pour faire de la recherche, sauf qu'il y en a très, très peu. Notamment... sur l'hypnose c'est un petit peu différent parce qu'en hypnose il y a beaucoup de médecins qui sont formés donc il y a eu*

des productions scientifiques sur le sujet. Mais sur la sophrologie il y a peu de médecins qui sont formés, et forcément il y a peu de recherche. » I1

Le médecin 4 ne sait pas s'il existe de la bibliographie sur ces thérapies. *« La première chose c'est que comme pour toute recherche il faut un background et je pense que ça ne va pas être facile de trouver un background scientifique notamment. Une bibliographie, toutes ces choses-là, des trucs un peu sérieux sur lesquels s'appuyer. Ça, ça me semble être la première difficulté » M4*

Le médecin 5 oppose les médecines complémentaires et alternatives dont la place est encore discutée et le domaine scientifique des maladies reconnues internationalement sur lesquelles les recherches scientifiques sont nombreuses. *« En fait pour cette recherche-là, c'est en fait le fait que ce soit un domaine qui soit à la fois reconnu... de plus en plus reconnu, mais pas encore, mais pour lequel certains sont qualifiés de charlatans et je pense qu'il y en a qui sont des charlatans. C'est comment faire au milieu de tout ça pour avoir et reconnaître ceux qui rentrent... qui sont... je m'exprime mal mais... c'est une difficulté... Quand tu es dans un domaine scientifique bien cadré où en fait tu prends le palu, c'est bien cadré, tu fais des recherches quanti etc, ou du quali parce que tu interrogues. C'est sur des domaines qui sont connus et reconnus. Même si tu fais de la recherche fondamentale ou de la recherche qui ne soit pas fondamentale mais on reste sur le domaine connu. » M5*

La principale difficulté méthodologique énoncée par les professionnels de santé interrogés est que la seule méthode reconnue dans les essais thérapeutiques en médecine, l'étude quantitative contrôlée randomisée contre placebo, n'est pas adaptée à l'évaluation des TC/INM.

Les médecins 2 et 3 font ainsi part des faiblesses méthodologiques telles que l'absence de reproductibilité des interventions et des critères de jugement portant sur des paramètres subjectifs.

« C'est peut-être le problème de la reproductibilité... du soin apporté. Le problème de l'évaluation aussi, pour avoir des critères objectifs. (...) Par rapport à la recherche en oncologie, donner tel médicament plutôt qu'un autre, on sait exactement ce qu'on va donner et on va mesurer la taille d'un cancer, avant, après. C'est plus standardisé. » M2

« Et bien probablement exactement les mêmes spécificités que celles qu'on a nous dans notre discipline médicale, la médecine physique et de réadaptation, et c'est là qu'en fait il peut y avoir un hiatus entre ce qu'on apprend et ce qu'on lit dans les articles et ce que nous on vit. C'est-à-dire le problème de comment on évalue le handicap par exemple dans notre discipline, de la variabilité des patients, de la complexité des évaluations, des problèmes qui sont multi-dimensionnels, comment on fait des objectifs centrés sur le patient... Donc ces spécificités-là et puis la difficulté à mettre en évidence et avoir un niveau de preuves sur des données qui sont en grande partie subjectives, de ressenti patient. » M3

« Donc je pense que les ostéopathes, pour en avoir discuté à un moment avec eux, ils sont dans la même problématique. Ils essayent de faire de la recherche sur l'ostéopathie, mais c'est compliqué parce que... quels sont les outils de mesure ? Est-ce qu'ils font de la mesure instrumentale, est-ce qu'ils utilisent des outils purement clinique et subjectifs ? » « Pour mesurer la longueur des fibres musculaires on utilise un échographe, ça ne se discute pas tellement. Mais pour mesurer la qualité de vie d'un patient... alors oui il y a des échelles mais il faut toujours se demander : est-ce qu'elles sont validées, et puis mon patient est aphasique, donc il ne comprend pas, donc comment on fait remplir une échelle à un aphasique, enfin... Toutes ces problématiques-là du fait que nos patients sont beaucoup plus compliqués que des chiffres de tension et que nous on est centré sur un patient, dans une prise en charge globale, holistique comme on dit, fonctionnelle, et pas sur : quelle est la fraction d'éjection du VG ou l'hémoglobine glyquée. » M3

L'infirmière 1 dit que le soin apporté en TC/INM est adapté au patient et donc qu'une évaluation sur la technique en elle-même se heurtera au problème du suivi d'un protocole par le praticien. Il y a des problèmes de reproductibilité de l'intervention. *« La complexité c'est que tout va être basé beaucoup sur la relation entre le praticien et le patient et que c'est très difficile d'évaluer une technique, quelle qu'elle soit, tout en devant se coller à un protocole, qui seront soit dans une démarche de recherche si vous voulez, mais en même temps on est tellement sur une rencontre humaine et quelque chose qui est unique dans une relation entre un soignant ou un praticien et un patient, que c'est très difficile en fait de rester vraiment collé sur un protocole qui soit absolument conforme pour chaque patient. » II*

L'infirmière 1 trouve que la méthodologie de recherche médicale n'est pas adaptée à la recherche sur les TC/INM. *« La complexité c'est ça de mon point de vue, et puis c'est aussi que les méthodologies de recherche dans le domaine médical s'y prêtent relativement peu. » II*

Le médecin 5 décrit aussi les recherches sur les médicaments comme très protocolisées. Il met en avant le fait que le double aveugle ne soit pas réalisable dans les études sur les INM. *« Bah disons que les recherches de médicaments c'est vraiment déjà des choses qui sont très codifiées. Quand on fait une recherche sur un médicament tu commences par le fondamental, après tu fais une phase 1, phase 2, phase 3, phase 4. Or en fait, l'intervention non médicamenteuse tu ne peux pas comparer une intervention non médicamenteuse en double aveugle, c'est totalement impossible. Éventuellement pour des compléments diététiques, mais bon... voilà. Donc du coup c'est comment on arrive à monter des projets de recherche qui peuvent montrer son efficacité sans le double aveugle. Donc c'est cette façon-là qui va nous permettre de montrer que des programmes d'intervention non médicamenteuse peuvent donner un bénéfice aux patients, et ça c'est la difficulté. » M5*

L'infirmière 1 explique que l'une des difficultés de cette méthodologie d'évaluation contre placebo est l'absence de consensus sur les placebos de techniques manuelles. *« Par exemple moi quand j'ai fait mon travail de recherche sur le massage, on m'a demandé de faire un groupe massage versus un groupe faux massage. Sauf que... qu'est-ce qu'un faux massage ? » II*

L'infirmière 1 et les médecins 3, 4, 5 disent que les méthodologies de sciences humaines et sociales comme l'étude qualitative seraient plus adaptées à la recherche sur les TC/INM.

« Donc c'est que les méthodologies aussi ne sont pas adaptées aux thérapies complémentaires ou que les thérapies complémentaires ne sont pas adaptées aux méthodologies de recherche médicales conventionnelles. Il faut plutôt de mon point de vue faire appel à tout ce qui est sciences humaines et sociales pour pouvoir mesurer un petit peu l'impact de ces approches-là. » II

« Je pense que tu as choisi le bon modèle d'étude en faisant de la recherche qualitative plutôt que de la recherche quantitative, parce qu'après sinon c'est mettre en place une intervention ou ne pas mettre en place une intervention, dans un service c'est compliqué. » M4

Le médecin 5 fait déjà des recherches qualitatives sur ce sujet. *« En fait on a fait une recherche, nous, par des fouilles, sur les interventions non médicamenteuses, de ce que nous en disent les patients. (...) Et on va interroger les expériences des patients. » M5*

L'infirmière 1 et le médecin 3 mettent tout de même en avant que ces méthodologies sont moins puissantes, moins considérées par les scientifiques.

« Peut-être que si on est sur des méthodologies plus de sciences humaines et sociales c'est un petit peu plus facile de montrer, mais c'est beaucoup moins considéré que les sciences dures, donc c'est toute la complexité. » I1

« Donc c'est ça qui m'intéresserait c'est d'aller développer un peu plus cet aspect-là, de recherche qualitative et de savoir si on peut, en restant scientifique, sortir de la vision... je suis désolé j'utilise encore un anglicisme, « mainstream », qui est de dire : bah voilà, pour réduire la tension artérielle on prend la tension artérielle avant le traitement, après le traitement, on a des outils, c'est simple. » M3

6. Attentes d'une formation à la recherche.

6.1. Apprentissage de la méthodologie de recherche.

L'infirmière 1 et le médecin 5 sont les plus expérimentés sur la recherche en TC/INM. Ils insistent sur l'importance d'une méthodologie de recherche rigoureuse. Comme on l'a vu dans les freins à la recherche sur les TC/INM, les difficultés méthodologiques sont majeures et posent problème pour réaliser des études puissantes.

Le médecin 5 a fait beaucoup de recherche clinique. Il préconise que la formation soit axée sur la méthodologie.

« Pour moi la formation à la recherche c'est derrière d'ouvrir l'esprit des personnes à se questionner et à être curieux. » « Le fait d'être rigoureux dans la méthode fait que derrière tes résultats peuvent apporter aux autres. » M5

« Bien écrire une problématisation. C'est pour ça que je te dis qu'il faut que ce soit vraiment rigoureux c'est pour avoir une problématisation et puis après une question de recherche qui soit bien écrite et derrière tu peux avoir des résultats qui servent à tout le monde. » M5

L'infirmière 1 souhaiterait que la rigueur se développe dans la recherche sur les TC/INM.

« Mais c'est surtout essayer de développer la rigueur dans ce domaine, qui manque cruellement et notamment aussi sur la question de la recherche. » I1

6.2. Attente d'une formation pratique.

La majorité des professionnels interrogés demandent une formation à la recherche qui soit développée sous forme pratique. Comme vu précédemment, ils ont tous des bases de méthodologie mais la construction de la bibliographie, du protocole de recherche, du financement, leur pose problème.

L'infirmière 1 demande de former à des recherches dont les résultats soient réutilisables dans la pratique clinique, d'expliciter les aspects de financement, d'association à des personnes pour mener la recherche à son terme. *« Quelque chose de pratico-pratique, c'est-à-dire qui vous explique un petit peu la recherche mais comprendre aussi les enjeux, parce que ça ce ne sont pas des choses qui sont dites mais la question des financements, de la recherche. Aussi tout ce qui est de l'ordre de la stratégie dans la recherche, à qui on s'associe, quels noms on met dans la boucle. Voilà, il y a aussi tout ça qui est peut-être un petit peu parfois le côté sombre de la recherche, de mon point de vue. Parce que... bah voilà, c'est aussi s'associer à des personnes et il faut bien les choisir, et ça quand on découvre la recherche*

on n'a aucune notion de ça. Donc c'est aussi faire le lien avec la réalité de terrain et donner du sens à ce qu'on fait. » I1

Le médecin 2 souhaiterait une formation pratique à type d'entraînement, de mises en situation. *« Peut-être plus des mises en situations, des choses un peu moins théoriques que ce que j'ai fait. » M2*

Le médecin 3 attendrait une formation pour lui faire gagner du temps, un chercheur qui lui donnerait ses astuces. Il est déjà expert dans la méthodologie. *« Donc aujourd'hui qu'est-ce qu'en attendrais ? Plutôt des trucs et astuces en fait. C'est-à-dire que les principes je les connais (...) sur la méthode en elle-même, comment faire la revue de la littérature pour voir ce qui n'a pas été fait, comment dégager des questionnements à partir de la littérature, formuler des hypothèses, le plan d'expérience pour y répondre. Voilà, ça c'est un truc quand même sur lequel je commence à avoir un peu de recul donc... le débat n'est plus là. » M3*

L'infirmière 3 qui a déjà suivi une formation à la recherche et réalisé une recherche avec l'aide de l'équipe de recherche de l'hôpital. Malgré cela, elle ne se sent pas capable de réaliser une bibliographie puis de réaliser un protocole de recherche. Elle estime sa formation trop théorique et aimerait qu'on lui présente des exemples de protocoles, un entraînement à la lecture critique d'article. *« Peut-être quelque chose de plus pratique. Elle a été très bien cette formation mais je trouve qu'à la fin de cette formation, moi j'ai eu cette expérience de recherche mais je ne sais pas si je ne l'avais pas eu si vraiment je me serais senti capable, juste avec la formation, de mener un protocole seule en fait. Alors il y a toujours l'équipe de recherche de l'établissement qui peut être en soutien mais... oui, elle est courte cette formation et par exemple pour la lecture d'articles je trouve que je n'ai pas assez de critique. Je ne me sentirais pas assez à l'aise pour critiquer un article, savoir s'il est juste ou pas juste, si je peux m'y fier ou pas. Tout ça je trouve que ça m'a un peu manqué. Et peut-être quelque chose de plus pratique. »*
« Oui, des exemples, des protocoles qui existent, savoir comment ça s'est mené, des idées, des choses... parce que c'est quand même un vaste travail. » I3

Le médecin 4 voudrait une formation personnalisée avec une aide à la mise en place d'un projet de recherche qui l'intéresserait. *« Euh... je le ferais dans un but un peu ciblé, c'est-à-dire : je viens avec une idée d'un projet et une vraie mise en situation quoi. »*
« Oui, qui m'explique du début jusqu'à la fin toutes les étapes pour aboutir au projet. » M4

6.3. Attente d'une formation aux biostatistiques.

Les médecins 1 et 3 sont enseignants-chercheurs des hôpitaux universitaires. Ils utilisent les biostatistiques pour leurs études. Comme on l'a vu plus tôt, le médecin 1 travaille sur des essais en oncologie et le médecin 5 travaille sur des aspects biomédicaux de la MPR.

Le médecin 1 encadre des thèses dans lesquelles il faut manier soi-même les statistiques et serait intéressé par une formation dessus. *« Formation à la recherche... s'il y avait un topo sur les biostatistiques j'irais je pense. C'est le côté où je sens que j'ai un besoin de formation. Parce que quand tu es là pour leurs stats de leurs thèses, j'ai tendance à les orienter vers les tutos YouTube ®. Donc c'est vraiment ce côté-là, je pense qu'il y a un besoin de formation d'à peu près tout le monde. » M1*

Le médecin 3 réalise et encadre des travaux de recherche biomédicale quantitative dans lesquels il faut utiliser les biostatistiques. Une formation dessus l'intéresse donc directement pour son activité de recherche. Il nous a dit plus tôt s'être inscrit à une formation de méthodologie quantitative qui a été annulée. *« Après je pense que j'aurais besoin de rappels et de mise à niveau en biostat' par exemple, parce que je ne connais pas tout. » M3*

6.4. Absence d'attente pour se former à la recherche.

Deux professionnels interrogés ne souhaitent pas se former à la recherche.

Le médecin 1 ne souhaite pas se former à la recherche. Comme on l'a vu plus tôt, il est enseignant-chercheur a déjà une formation suffisante sur le sujet. Il aimerait réfléchir à des sujets de la recherche qui ne sont pas la demande des autres professionnels interrogés : l'éthique et l'avenir de la recherche clinique. « *Ou alors s'il y a vraiment des nouveautés, des trucs, mais c'est... Du coup nous on fait ces formations un peu tous les deux ans pour pouvoir être investigateur et c'est des choses que les laboratoires d'essais nous demandent, de justifier de nos formations. Moi j'ai l'impression que tous les deux ans c'est la même chose, donc comme ça je n'ai pas... ou alors si ça se fait sur des thèmes très particuliers sur éthique et recherche clinique, là ça serait intéressant. Quel est l'avenir de la recherche clinique ? Mais plus sur des perspectives... sur : que sera la recherche dans 10 ans. Ça serait des thématiques intéressantes. (...) Je ne sais pas si ça répond à la question, mais sinon je ne serais pas demandeur... » M1*

L'infirmière 2 n'est pas intéressée par la recherche. Comme décrit plus tôt, elle a récemment vécu un échec dans son projet de recherche et ne se projette pas dans cette activité actuellement. « *Je ne sais pas trop... je ne suis pas très branchée par contre là-dessus maintenant, donc... ce n'est pas trop mon truc on va dire. » I2*

DISCUSSION

1. Les résultats principaux et leur implication

1.1. Attentes d'une formation universitaire aux TC/INM

Le manque de temps semblerait être le frein principal à une formation de type DU. La formation pourrait être décomposée en trois modules pour que le professionnel choisisse jusqu'où il veut aller dans sa formation.

Nous avons pu définir trois niveaux de formation :

- Le niveau 1 correspondrait à des informations permettant de comprendre les TC/INM utilisées par les patients. Ce niveau concernerait les médecins et les professionnels paramédicaux. Ainsi les médecins se retrouveraient fréquemment confrontés à des patients qui utilisent ces thérapies et pour lesquelles ils manquent de formation. Ils se sentiraient en difficulté dans les échanges avec leurs patients qui cherchent leur conseil. Ils voudraient des informations pour endosser au mieux leur rôle de conseiller en santé. Les infirmières chercheraient des solutions pour adapter leur pratique à leurs convictions d'accompagnement et de soin au patient. Elles verraient dans les TC/INM une réponse à leur volonté d'adapter leur exercice technique aux besoins du patient.
- Le niveau 2 relèverait d'une démarche plus conceptuelle, avec la présentation des preuves scientifiques, des risques, des bases de construction de ces thérapies. Dans nos entretiens, tous les médecins non formés aux TC/INM l'ont mentionné alors qu'aucune infirmière n'en a parlé.
- Le niveau 3 consisterait en une autonomisation du professionnel. Ce module lui permettrait d'apprendre à trouver des informations fiables par lui-même, à approfondir les thérapies qu'il connaît déjà, à apprendre à prescrire certaines thérapies. Les infirmières ayant déjà reçu une formation à une TC seraient intéressées par l'approfondissement des techniques et l'intégration à leur exercice de soin conventionnel. Le médecin qui connaît bien les TC/INM voudrait se perfectionner sur la prescription d'INM. D'autres médecins « novices » dans ce domaine seraient intéressés pour apprendre à orienter vers les thérapeutes utiles ou prescrire.

1.2. Méthodologie de recherche sur les TC/INM et attentes d'une formation universitaire à la recherche

Les recherches sur les TC/INM seraient ralenties par les réticences à mettre en place les interventions de thérapeutes non conventionnels dans les services hospitaliers. Les professionnels mettent en avant des difficultés de réalisation d'essais contrôlés randomisés, telles que : l'absence de bibliographie compromettant la formulation d'une hypothèse de recherche, l'élaboration d'un critère de jugement, le respect du double aveugle, la reproductibilité de l'intervention étudiée. La méthodologie de recherche sur les TC/INM la plus adaptée semblerait être la recherche qualitative. Celle-ci serait moins reconnue que la recherche quantitative dans le milieu médical.

La recherche sur les thérapies non médicamenteuses représenterait une activité supplémentaire et nouvelle pour les professions paramédicales.

Contrairement à la formation sur les TC/INM, les professionnels de santé ne seraient pas tous intéressés par une formation à la recherche. Cette formation pourrait être proposée aux personnes qui veulent approfondir leur connaissance des TC/INM par la recherche. Elle pourrait être divisée en deux niveaux :

- Le niveau 1 correspondrait à l'apprentissage de la méthodologie de recherche. Ce serait le fondement nécessaire pour entreprendre une recherche. Cependant une méthodologie de recherche validée pour les TC/INM resterait à définir. Ce module de formation pourrait s'adresser aux professionnels qui veulent comprendre comment la problématisation et les protocoles de recherche sont construits. Elle serait destinée à des personnes qui veulent améliorer leur performance en lecture critique des articles ou qui veulent commencer des projets de recherche.
- Le niveau 2 serait une approche pratique de la recherche. Cette partie comprendrait des exercices, des mises en situation, une aide à la mise en place d'un projet de recherche. Ce module de formation permettrait de concrétiser le projet de recherche. Il serait adapté à des personnes qui ont déjà un projet de participation à une étude.

La demande de formation sur les biostatistiques énoncée par deux médecins n'est pas vraiment adaptée à une formation à la recherche sur les TC/INM puisqu'à priori les méthodologies quantitatives se prêtent peu à leur évaluation. Il s'agirait plutôt d'une demande pour améliorer leurs capacités à mener des recherches biomédicales.

Ces données ne sont pas généralisables à l'ensemble des professionnels de santé, car il s'agissait d'une enquête exploratoire. D'autre part, les interviewés ont été sélectionnés sur des critères d'intérêt (recherche TC/INM et intérêt pour le sujet des TC/INM) ce qui rend le groupe étudié non représentatif de l'ensemble des professionnels de santé. Ces résultats permettent une première approche de la demande de formation au sujet des TC/INM pour des professionnels qui sont déjà sensibilisés au sujet.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Forces

Une étude inédite

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les connaissances et le besoin de formation des internes de médecine générale, des médecins généralistes, sur les médecines non conventionnelles. Aucune étude n'interrogeait de professionnels paramédicaux ou de médecins spécialistes avant celle-ci.

C'est la première étude de médecine générale portant sur les spécificités de la recherche sur les TC/INM, alors que le manque de preuves scientifiques et l'appel à des publications de meilleure qualité est une question qui se pose jusque dans les hautes instances en santé.

Méthodologie : une étude qualitative

L'étude des discours des interviewés a permis de découvrir des idées non connues jusqu'à présent. Cette méthode est utile pour interroger les expériences des participants, ici celles vécues en situation de soin ou au cours de la réalisation d'une recherche.

Méthodologie : Les entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés autorisent la personne interviewée à un discours libre, tout en étant guidée par l'investigateur. Ceci garantit aux personnes se prêtant à la recherche de pouvoir faire part de leurs idées tout en répondant à la thématique de recherche.

Méthodologie : Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés pour assurer une retranscription mot à mot. Cela a permis de conserver fidèlement le discours des interviewés et de traiter les informations recueillies sans perte de donnée.

Méthodologie : Recrutement

Le recrutement a été réalisé avec l'objectif de sélectionner des professionnels de santé concernés par cette thématique soit dans leur pratique clinique soit dans leur exercice de recherche. Leurs niveaux de connaissances différaient dans les domaines étudiés pour obtenir des profils variés.

Les domaines d'exercice (médecin, infirmier, spécialités), les âges des participants étaient variés.

Il y avait moins d'infirmières interrogées que de médecins car les infirmiers sont moins nombreux que les médecins à suivre des diplômes universitaires.

Méthodologie : Validité interne

Le guide d'entretien a été testé sur deux médecins de la connaissance de l'investigateur avant de débiter les entretiens, pour limiter le biais d'investigation.

L'analyse a été réalisée selon l'approche de la théorisation ancrée, en suivant les étapes de codage.

2.2. Les points faibles de l'étude

Biais de sélection

Les professionnels de santé ont été choisis par l'investigateur et non tirés au sort, ce qui est à l'origine d'un biais de sélection.

La représentativité n'a pas été recherchée et on remarque qu'il y a 3 infirmières pour 5 médecins, 2 professionnels travaillant en libéral pour 6 professionnels travaillant en milieu hospitalier, 1 participant exerçant en Occitanie pour 7 participants en Pays de la Loire.

Les enquêtés ont été inclus suite à leur décision de participer, ce qui est à l'origine d'un biais d'auto-sélection, et qui a pour conséquence une non représentativité de la population générale. En effet, ceux qui ont répondu au mail de l'investigateur sont ceux pour qui le sujet semble être important.

Il est cependant à noter que ce biais était recherché afin de garantir des réponses riches et nouvelles.

Biais de mémorisation

Le biais de mémorisation est systématique dès lors que le mode de recueil des données est déclaratif, comme c'est le cas au cours des entretiens semi-dirigés.

Ainsi, nous n'avons pas pu vérifier l'exactitude de certaines données recueillies comme la formation initiale à la recherche pour les médecins 2 et 3.

Biais d'investigation

Cette étude est la première expérience de l'investigateur dans le domaine de la recherche qualitative. Ainsi, un processus d'auto-formation a pu survenir, aboutissant à une modification du discours de l'investigateur d'un entretien à l'autre. Ceci a pu avoir influencé les réponses apportées par les interviewés.

Biais externes

Les entretiens se sont déroulés en visioconférence. Les entretiens ont parfois été interrompus, notamment par un appel téléphonique ou quelqu'un qui frappait à la porte. Tout cela a pu engendrer une perte d'éléments de réponse.

Analyse

La triangulation des données a été partiellement réalisée à l'aide de personnes extérieures à l'étude, elles-mêmes médecins ou sociologues. Cela n'a été réalisé que pour deux entretiens ce qui n'est pas suffisant pour être pertinent. Leur contribution a tout de même permis d'enrichir les résultats et la discussion en multipliant et en comparant les interprétations.

3. Comparaison avec les données de la littérature

Nous avons retrouvé des travaux explorant **les connaissances des médecins sur les thérapies non conventionnelles**. Nombre d'entre eux rapportent surtout une méconnaissance du sujet. Celui de Cindia Neves était intéressant puisqu'il explorait les connaissances de médecins généralistes à exercice particulier sur ces thérapies qu'ils avaient choisi d'intégrer à leur pratique de soins. (39)

La thèse de Cindia Neves, réalisée en 2015, s'appuyait sur une étude qualitative auprès de médecins généralistes ayant un diplôme universitaire dans une thérapie complémentaire reconnue par l'Ordre des Médecins. Les médecins, issus d'une formation facultaire conventionnelle, ont mentionné plusieurs utilités à la pratique de ces thérapies : la recherche d'une solution aux échecs de soins conventionnels (symptômes à type de douleur ou effets secondaires de traitements médicamenteux, pathologies fonctionnelles, population pédiatrique), l'épargne médicamenteuse, la prévention, l'amélioration de la relation soignant-soigné, l'approche plus adaptée au patient et globale.

Nos enquêtés n'ont pas mentionné la notion de prévention mais l'un d'eux a qualifié les règles hygiéno-diététiques (exercice physique, alimentation) de traitement non médicamenteux de certaines maladies chroniques. Ces règles hygiéno-diététiques sont classiquement assimilées à de la prévention.

Certains professionnels de santé que nous avons interrogés ont aussi mis en avant l'amélioration de la qualité de vie des patients par un gain en autonomie ou encore l'amélioration de l'organisation des soins (meilleure observance, rapidité des interventions sous hypnose). Cette différence est probablement liée à la population interrogée : les professionnels ayant donné ces idées ont travaillé en structure de soin avec des contraintes d'organisation des soins techniques et de patients plus dépendants qu'en médecine générale.

Sur le plan de **la demande de formation sur ces thérapies**, nous avons sélectionné deux travaux. Le premier, réalisé par Flore Ribeaucourt, permet de comparer les attentes des internes de médecine générale à celles de notre population d'étude. (40)

La thèse de Flore Ribeaucourt, soutenue en 2019, visait à établir une tendance sur la demande de formation des internes en médecine générale sur les thérapies complémentaires. Ce travail original n'était cependant pas statistiquement significatif. Elle a trouvé que la plupart des étudiants interrogés était favorables à une formation, avec pour objectifs la découverte d'options thérapeutiques supplémentaires, l'apprentissage des indications et des limites de ces thérapies pour conseiller les patients, l'apprentissage des principes de base et des fondements de ces thérapies, l'ouverture d'esprit ou encore l'étoffement de l'argumentaire pour déconseiller ces thérapies.

Ces résultats vont dans le sens de notre travail, à l'exception de l'argumentaire pour déconseiller ces thérapies. Même si un des enquêtés de notre étude a demandé à connaître les risques de ces thérapies ce qui pourrait rejoindre cette idée.

La plupart des internes interrogés souhaitaient un enseignement seulement sur les thérapies complémentaires reconnues par le CNOM et une minorité d'étudiants voulait des informations sur les thérapies complémentaires les plus utilisées par les patients. Dans notre travail, cette distinction n'a pas été faite, les participants souhaitaient plutôt entendre parler des thérapies couramment utilisées ; ils n'étaient pas intéressés par les pratiques relevant du mystique.

Les participants de sa thèse ont indiqué sous quel format ils souhaitaient cette formation. Ils ont été nombreux à mentionner un cours/séminaire, un forum d'une journée à la faculté avec des intervenants de différentes thérapies, un stage court chez un médecin pratiquant une thérapie complémentaire. Parmi les internes intéressés par une formation, presque la moitié refusaient de faire un DU de thérapie complémentaire existant déjà (DU hypnose, acupuncture...). Le frein principal était le manque de temps. Ce constat rejoint nos résultats, car les médecins évoquaient principalement un manque de temps pour se former à ces thérapies, et privilégiaient une formation courte.

Le deuxième travail, celui d'Antoine Dermigny, retrouvait des résultats assez similaires à celui de Flore Ribeaucourt. Il offrait l'avantage d'être plus puissant avec une significativité statistique.

La thèse d'Antoine Dermigny, (41) réalisée en 2016, était basée sur une enquête nationale quantitative à type d'analyse d'auto-questionnaires. Elle a été réalisée auprès des internes de médecine générale dans le but d'évaluer la demande en formation sur les médecines alternatives et complémentaires au cours de leurs études. Cette étude assez conséquente s'est basée sur 1893 réponses. L'enquête a montré que presque tous les internes (91,8%) voulaient une formation pendant l'internat. La majorité des internes envisageaient une formation courte obligatoire qui pourrait être suivie d'une formation facultative plus approfondie. Ce résultat conforte notre idée de formation à plusieurs niveaux pour mieux répondre aux attentes individuelles des participants.

Concernant les objectifs de la formation, la majorité des enquêtés voulaient disposer d'options thérapeutiques supplémentaires (75,3%), apprendre les indications et les limites des thérapies complémentaires (82,9%) et comprendre les principes de base et les fondements de ces thérapies. A l'inverse, ils étaient moins d'un quart (22%) à vouloir une formation pour développer des arguments visant à déconseiller les thérapies complémentaires à leurs patients.

Au travers de notre enquête, nous avons découvert une autre motivation à la formation, consistant en l'apprentissage de modalités de prescription ou de techniques thérapeutiques. Cela est probablement dû

au recrutement de professionnels déjà en exercice et qui projettent l'acquisition de compétences dans leur pratique de soin (techniques pour les infirmières et prescriptions pour les médecins).

Nous avons ensuite sélectionné trois travaux qui se rapportent aux **spécificités des recherches sur les interventions en santé**.

D'abord, la thèse de Juliette Gueguen, portant sur les compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses dans l'évaluation des médecines complémentaires (42) :

Ce travail était intéressant pour nous car l'auteur définissait les difficultés rencontrées au cours des recherches sur les thérapies complémentaires. Elle les a constatées suite à sa participation à la réalisation de revues de littérature de l'INSERM sur l'évaluation des thérapies non conventionnelles. Cela nous a permis de comparer ses idées à celles de nos interviewés.

Elle a ensuite conduit trois études : une revue de littérature mixte c'est-à-dire comprenant des études quantitatives et des études qualitatives, sur l'utilisation de l'hypnose pour le travail et l'accouchement, une enquête qualitative sur l'intérêt du qi gong dans la prise en charge de l'anorexie mentale et une exploration des possibilités d'exploitation du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) pour une évaluation des thérapies non conventionnelles. Suite à ses études, elle est parvenue à la conclusion que moyennant certaines adaptations des standards méthodologiques requis par les essais comparatifs randomisés, ces standards restent applicables pour évaluer les thérapies non conventionnelles. Elle souligne le fait que leurs interprétations puissent rester conflictuelles, en raison principalement des adaptations méthodologiques nécessaires.

Ainsi, dans sa thèse, Juliette Gueguen mentionne cinq types de spécificités méthodologiques des essais sur les TC/INM :

- Concernant la randomisation, certains patients refusent le traitement qui leur est proposé une fois la randomisation effectuée. Ainsi, dans une étude sur le jeûne à visée thérapeutique, certains patients ont refusé de suivre cette pratique contraignante. (43) Certaines pratiques peuvent être mal acceptées des patients s'ils n'ont pas une motivation interne forte. Cela n'a pas été mentionné par nos interviewés, qui n'ont peut-être pas rencontré de patients réfractaires au cours des études qu'ils ont mené.
- Le double aveugle est souvent mentionné comme difficile à obtenir dans les études sur les interventions humaines. L'aveugle du côté du praticien est quasiment impossible à obtenir pour les thérapies manuelles ou corps-esprit. Cela a aussi été cité lors de nos entretiens.
- La standardisation de l'intervention peut poser problème, comme rapporté dans notre étude. Cependant Juliette Gueguen l'analyse comme un « faux problème ». Elle souligne le fait que si dans la pratique clinique, les interventions sont personnalisées et non standardisées, alors elles devraient l'être aussi dans les études d'efficacité. L'évaluation de l'intervention se fera « en vie réelle » et il faudra décrire dans le protocole de recherche le cadre théorique auquel on se réfère et les modalités d'adaptation de l'intervention par le praticien.
- La réalisation de méta-analyses a été évoquée au cours des entretiens par la mise en lumière de difficultés à réaliser des revues de littérature sérieuses. De son côté, Juliette Gueguen rapporte que les difficultés en lien avec ces méta-analyses réside dans l'hétérogénéité de qualité des essais, l'hétérogénéité clinique (patients inclus, critères de jugements retenus, interventions évaluées, choix des groupes contrôles, etc.) et l'hétérogénéité statistique.
- L'établissement du critère d'étude et d'interprétation a été cité dans plusieurs entretiens. Dans sa revue de littérature, Juliette Gueguen découvre que les objectifs des études quantitatives

analysées sont différents des thèmes émergents dans les études qualitatives basées sur les expériences des patients. Elle en déduit que les perspectives du médecin et celles du patient divergent. Dans les ECR pour lesquels l'objectif principal est mesurable cela ne pose pas de problème. Mais dans un objectif centré patient, il serait intéressant de questionner le principal intéressé pour définir le critère de jugement principal et les critères secondaires ; cela pourrait être réalisé au moyen d'études qualitatives. En effet les études qualitatives sont plus adaptées pour interroger le ressenti et l'expérience d'une personne.

Les professionnels que nous avons interrogés jugent qu'il y a trop de difficultés à réaliser des ECR pour l'évaluation des TC/INM. Ils privilégieraient donc des études qualitatives plutôt que des ECR. Cependant Vinjar Fonnebo et son équipe estiment que la stratégie de recherche biomédicale conventionnelle n'est pas remise en cause pour l'évaluation des médecines complémentaires. (44) Ils proposent une stratégie en plusieurs étapes qui découle du modèle EBM classique :

- 1- Définir et comprendre l'intervention ; en saisir les indications et les objectifs. Cette étape pourrait utiliser des études qualitatives.
- 2- Évaluer la sécurité de l'intervention, en utilisant les études de cohortes ou les études cas-témoins qui sont des méthodes relevant de la pharmacovigilance.
- 3- Évaluer l'efficacité clinique réelle. Cela peut être réalisé à l'aide d'essais contrôlés randomisés pragmatiques. Les essais pragmatiques sont conduits sur un grand nombre de patients en focalisant le recueil d'information sur les critères correspondant à l'objectif thérapeutique. Le bénéfice clinique repose sur les critères cliniques et sa mesure fait appel à des essais pragmatiques.
- 4- Évaluer l'efficacité des différents composants de l'intervention. Pour cela, l'équipe suggère d'utiliser des essais contrôlés randomisés avec un bras contrôle différant du bras intervention sur une seule composante (ainsi l'acupuncture sur faux points versus acupuncture sur points réels visant à évaluer l'effet des points, sans que cela permette d'évaluer l'effet complet de l'acupuncture, qui inclurait d'autres composantes telles que l'anamnèse et l'examen clinique, le type de piqûre, ...)
- 5- Étudier les mécanismes d'action biologiques.

Une deuxième thèse a porté sur des méthodologies de recherche différentes pour aborder les situations complexes d'évaluation d'intervention en santé. Dans sa thèse, Fatoumata Fofana présente une manière d'utiliser l'étude qualitative pour définir un critère de jugement objectif en suivant les attentes des patients. Puis elle étudie l'intérêt d'une analyse quantitative pour évaluer et aboutir à la saturation des données de deux enquêtes qualitatives et conclue à une efficacité de cette méthode mixte. (45)

L'accroissement des maladies chroniques est une réalité à laquelle la recherche en santé doit faire face. Cet accroissement représente autant de personnes qui doivent vivre avec leur maladie et symptômes. Cela pose la question de leur satisfaction vis-à-vis des traitements qui leur sont proposés et avec lesquels ils composent au quotidien. C'est en ce sens que l'exploration des données issues de la perception des patients ou patient-reported outcomes (PRO) a pris une place importante dans le processus d'évaluation des interventions en santé, y compris dans l'évaluation des médicaments. Les PRO sont des outils constituant la perception directe des patients sur leur état de santé. Ils sont en règle générale mesurés à l'aide de questionnaires d'évaluation du patient. Ces questionnaires peuvent être auto-administrés

génériques (par exemple évaluant la qualité de vie *Medical Outcome Survey MOS – Short Form-36 items*) ou spécifiques (par exemple le *Treatment Satisfaction questionnaire for Crohn's disease TSQ-C*). Ils servent à quantifier précisément le bénéfice du traitement du point de vue du patient et sont utilisés dans des essais cliniques. La validité de contenu de l'outil PRO est définie par le degré pour lequel cet instrument mesure de manière précise et exhaustive le concept d'intérêt. Les outils PRO sont développés grâce à une recherche qualitative interrogeant directement les patients. Les propriétés de mesure de l'instrument PRO sont ensuite vérifiées par une recherche quantitative. La validité de contenu et sa documentation sont exigées par des agences réglementaires telles que la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis. C'est ainsi que les agences de réglementation ont récemment contribué à l'utilisation de méthodes de recherche mixtes.

L'analyse de Fatoumata Fofana démontre que l'application de recherches mixtes qualitatives-quantitatives permet une évaluation plus complète des thérapies basées sur une intervention humaine comme c'est le cas dans de nombreuses TC/INM. Les professionnels que nous avons interrogés jugent qu'il y a trop de difficultés à réaliser des essais comparatifs randomisés pour l'évaluation des TC/INM. Ils privilégieraient donc à la place des études qualitatives mais se questionnent sur leur validité scientifique. C'est en quelque sorte la question que se posait également Fatoumata Fofana en mettant en cause la capacité de l'investigateur d'une recherche qualitative à aboutir à la saturation des données par son seul jugement. Elle a pu montrer par des formules statistiques que la saturation n'était pas obtenue à l'opposé de ce qu'annonçait l'investigateur de l'étude. Parmi nos interviewés, ceux qui avaient une activité de recherche biomédicale quantitative estimaient manquer d'expertise en biostatistiques et étaient d'ailleurs intéressés par une formation à ce sujet. Si des méthodes mixtes venaient à être recommandées pour l'évaluation de ces thérapies, il faudrait probablement constituer des équipes de recherche mixtes avec des cliniciens pour mener des recherches qualitatives et des statisticiens pour la validation statistique.

Nous n'avons pas trouvé de travaux sur la demande de formation en recherche par les médecins. Cela conforte l'originalité de notre enquête et aboutit à de nouvelles propositions.

Enfin, nous trouvons important d'interroger le point de vue des infirmiers. Le métier infirmier est en cours de transformation suite à l'arrivée de la spécialisation en pratique avancée.

Certains professionnels paramédicaux interrogés sembleraient heureux de pouvoir développer leurs compétences dans le champ de la recherche. De plus, certains rapportent le besoin de s'émanciper de la prescription médicale et de gagner en autonomie. Ainsi, la nouvelle profession d'infirmier en pratique avancée a rencontré un grand succès auprès des infirmiers travaillant auprès de patients atteints de maladies chroniques. Cette spécialisation est accessible après trois ans d'expérience clinique infirmière et une formation universitaire de deux ans. Elle permet aux infirmiers d'occuper un rôle de coordination des soins ville-hôpital et interprofessionnels, de pratiquer des activités d'orientation, de prévention, de dépistage, des actes d'évaluation clinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. (46) Grâce à la formation également axée sur la recherche, l'infirmier en pratique avancée pourra participer à l'élaboration de projets de recherche en santé. D'après le Ministère des solidarités et de la santé, 400 étudiants étaient en formation en 2018 et l'objectif pour 2023 est d'en former 5000.

4. Perspectives

À la lumière de notre recherche, et en tenant compte de ses limites, il serait intéressant de développer une formation universitaire modulable, nationale, sur les thérapies complémentaires et les interventions non médicamenteuses ainsi que sur les méthodologies de recherche.

Il pourrait s'agir d'une offre modulable car les professionnels de santé craindraient de s'engager dans une formation chronophage. Ils ne seraient pas tant intéressés par l'obtention d'un diplôme sur le sujet que par des informations vérifiées et sûres sur des thérapies qui leur paraissent obscures.

Suivant le principe de la décision médicale basée sur les preuves, l'accent devrait être mis sur des pratiques ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité. L'objectif de former des professionnels réflexifs devrait être recherché et il pourrait être proposé une session de controverse aux TC/INM pour développer le discours critique des professionnels.

La formation à la recherche pourrait être intégrée dans les derniers modules de la formation car les professionnels ne sembleraient pas tous volontaires pour cet enseignement qui peut leur paraître déconnecté de la pratique clinique. Pour ceux souhaitant augmenter leur capacité de lecture critique d'articles, un enseignement de la méthodologie de recherche serait à proposer. Pour ceux qui voudraient ensuite initier des recherches sur des interventions en santé, un deuxième module axé sur une formation pratique et des exercices semblerait approprié. Cette offre singulière est justifiée par le manque de temps des professionnels exerçant en pratique clinique et un rejet de formations longues type DU. Or, il nous semble que pour réaliser des études applicables à la clinique, il est préférable qu'un praticien de terrain soit au moins impliqué voire qu'il soit un investigateur.

CONCLUSION

L'offre de thérapies non conventionnelles est mal connue des professionnels de santé. Il existe un débat entre professionnels de santé sur leur place dans le domaine du soin. De nombreux patients y ont recours bien qu'ils ne sollicitent pas toujours leur médecin à ce sujet. Quand ils demandent conseil, les médecins se trouvent en difficulté pour leur répondre, manquant de connaissances du fait de l'absence de formation universitaire à ce sujet. Des infirmières sont confrontées aux difficultés de prise en charge des patients qui réclament des soins moins invasifs et moins pénibles. Elles s'interrogent sur les thérapies non médicamenteuses, non soumises à la prescription médicale. Elles se demandent si ces thérapies pourraient les aider à donner des soins plus en accord avec les besoins des patients. L'information sur ces thérapies reste néanmoins difficile d'accès.

Une formation pour les étudiants en médecine vient d'être inscrite au programme du deuxième cycle. Elle porte sur la présentation des thérapies complémentaires qui ont démontré une efficacité dans certaines indications. Pour les professionnels exerçant déjà, l'offre de formation continue consiste en des DU, DIU ou la capacité d'acupuncture permettant l'exercice des thérapies complémentaires qui y sont enseignées. Cependant comme on l'a découvert au travers des entretiens, cela ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble sur ces thérapies.

Si ces thérapies suscitent les interrogations des professionnels de santé, ils restent toutefois prudents sur l'utilisation que l'on peut en avoir. Ils les considèrent comme secondaires à la médecine conventionnelle et les réservent aux symptomatologies fonctionnelles ou pour lesquelles il n'existe pas de traitement médicamenteux efficace.

Une formation universitaire modulable, nationale, permettrait d'augmenter les connaissances des professionnels et d'amener une réflexion plus aboutie que le « pour ou contre ». L'objectif des études universitaires est de former des professionnels réflexifs. Leur esprit critique est utile pour apporter à leurs patients une aide à la décision dans le contexte de la prise en charge centrée sur le patient.

Une évaluation scientifique de nombreuses thérapies complémentaires et interventions non médicamenteuses reste nécessaire. Contrairement à la recherche sur les médicaments qui a pu bénéficier du financement des laboratoires pharmaceutiques, la recherche sur ces thérapies non médicamenteuses repose sur les praticiens et les professionnels de santé. Cette étape nécessaire est rendue difficile par les conditions de validation scientifique des traitements qui ne sont pas strictement applicables à ces thérapies. S'il existe des pistes pour améliorer la qualité des recherches, il faudrait que les instances se prononcent sur des mesures de bonne pratique afin de fluidifier le processus d'évaluation.

ANNEXES

Annexe 1 : Information et demande de participation à la thèse.

« Bonjour,

Je suis étudiante en médecine en fin d'internat de médecine générale à Nantes et je débute mon travail de thèse.

Le travail de thèse consistera en une analyse des attentes des professionnels de santé sur une formation inter-universitaire aux thérapies complémentaires, interventions non médicamenteuses et la méthodologie des recherches associées.

Je collecterai mes données de travail de thèse par le biais d'entretiens semi-dirigés de professionnels de santé. Les entretiens se feront par Zoom dans le contexte sanitaire actuel. Ils dureront environ une heure et seront anonymisés avant analyse.

Seriez-vous intéressée par une participation à mon étude ?

Sachez que votre participation est facultative et que vous conservez le droit de vous retirer à tout moment de cette étude, et ce, sans préjudice. Je reste à votre disposition si vous souhaitez de plus amples informations.

Cordialement,

Margot Desgurse »

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Généralités et représentations sur les thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses
 - Que savez-vous des thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses ? Quelle définition en avez-vous ?
 - Quelles sont celles que vous connaissez ?
 - Comment avez-vous connu ces thérapies ?
 - Quelles informations à ce sujet avez-vous eu durant votre formation initiale ?
 - Pratiquez-vous ou êtes-vous intéressé par la pratique d'une TC/INM ?
 - Que voudriez-vous savoir au sujet des TC/INM ?
 - Sur lesquelles voudriez-vous avoir plus d'informations ?
 - Comment se passent vos échanges avec les patients sur ce sujet ?

Relances : qui initie le sujet, les patients vous demandent-ils des conseils, que leur répondez-vous

- Selon vous, qu'est ce qui fait qu'un praticien de TC/INM est un charlatan ou un professionnel recommandable ?
- S'il vous arrive dans votre pratique de recommander un praticien de TC/INM à un patient pour quelles raisons le faites-vous ?

2. Recherche en thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses

- De quelle formation à la recherche clinique avez-vous bénéficié durant votre formation professionnalisante ou après ?
- Si vous participiez à une formation à la recherche, qu'en attendriez-vous ?
- Selon vous, quelles sont les spécificités liées à la recherche sur les TC/INM ?

Relances : pouvez-vous me donner des exemples ?

- Avez-vous un projet de participation à des recherches sur les TC/INM ? Si oui, quelles sont vos motivations ? Si non, pour quelles raisons ?

3. Caractéristiques des professionnels de santé rencontrés

- Quelle est votre profession ?
- Dans quelle structure travaillez-vous ? (Libéral seul, maison de santé, hôpital)
- Depuis combien de temps pratiquez-vous ?
- Avez-vous une spécificité d'exercice ? (DU, capacité, travail à temps partiel, enseignement, agrément)
- Pratiquez-vous une thérapie complémentaire/intervention non médicamenteuse ?
- Avez-vous participé à la réalisation d'études sur les TC/INM ? Si oui, combien de projets ont été menés à leur terme ?

4. Pour finir, ouverture

Qu'aimeriez-vous ajouter à cet entretien ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut de sondages français Ipsos. Global views on healthcare. 2018 [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-07/global_views_on_healthcare_2018_-_graphic_report_0.pdf
2. Institut français d'opinion publique. Les Français et les médecines naturelles. 2007 [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/medecinesnaturelles.pdf>
3. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
4. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.
5. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. 2018 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
6. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboussset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. Bull Académie Natl Médecine. mars 2013;197(3):717-57.
7. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. 2011 [cité 18 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
8. Ninot G. Guide professionnel des Interventions Non Médicamenteuses. Dunod. 2019. 234 p.
9. Péliissier-Simard L, Xhignesse M. Qu'est-ce que la médecine intégrative ? Médecin Qué [Internet]. janv 2008 [cité 26 avr 2021];43(1). Disponible sur: <https://lemedecinquebec.org/Media/99004/021-022Capsule0108.pdf>
10. Organisation mondiale de la santé. Constitution, adoptée le 22 juillet 1946. [Internet]. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
11. Code de la santé publique. Chapitre Ier : Exercice illégal. (Articles L4161-1 à L4161-6) - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038886735/2019-07-27/>
12. Collège des enseignants francophone d'acupuncture médicale – Site FAFORMEC [Internet]. 2018 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://acupuncture-medic.fr/college-des-enseignants/>
13. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001/2020-10-08/>
14. Centre d'analyse stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? 2012 [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-10-02-_medecinesnonconventionnelles-na290_0.pdf

15. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. 17 janv 2014;212.
16. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. juin 2015;213.
17. Barry et Falissard - Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ost.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf
18. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. 9 juin 2010;59.
19. Commission de la transparence HAS. Evaluation des médicaments homéopathiques soumis à la procédure d'enregistrement prévue à l'article L.5121-13 du CSP. Juin 2019 [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/homeopathie_pic_avis3_cteval415.pdf
20. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. Clin Psychol Rev. 1 août 2013;33(6):763-71.
21. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2016;45(1):5-31.
22. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. 2013 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
23. Trager S, Intégration des thérapies complémentaires dans la médecine conventionnelle : rôle des soins de support? Le nouveau cancérologue. Novembre 2014. [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://lenouveaucancerologue.com/wp-content/uploads/2018/06/Int%C3%A9gration-des-th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires-dans-la-m%C3%A9decine-conventionnelle-r%C3%B4le-des-soins-de-support-.pdf>
24. Wardle J (Jon) L, Adams J. Indirect and non-health risks associated with complementary and alternative medicine use: An integrative review. Eur J Integr Med. 1 août 2014;6(4):409-22.
25. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Guide santé et dérives sectaires [Internet]. 2012 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.derives-sectes.gouv.fr/publications-de-la-miviludes/guides>
26. Ordre des médecins. Webzine n°3 [Internet]. 2015 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro>
27. Fagon J-Y, Viens-Bitker Catherine. Rapport Médecines Complémentaires à l'AP-HP. Mai 2012 [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
28. Guillaud A, Allenet B, Pinsault N. Does dissatisfaction with physicians lead patients to alternative practitioners? Complement Ther Clin Pract. 1 mai 2020;39:101109.

29. Akpunar D, Bebis H, Yavan T. Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Gynecologic Cancer: a Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2015;16(17):7847-52.
30. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 1 mai 2019;35:33-47.
31. Montbriand MJ. Abandoning biomedicine for alternate therapies: oncology patients' stories. *Cancer Nurs*. févr 1998;21(1):36-45.
32. Langin H. Prévalence et connaissances sur l'usage de la phytothérapie chez les patientes en cours de chimiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée, pour un cancer sénologique ou gynécologique: étude déclarative sur 114 questionnaires [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
33. Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S. Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review. *The Oncologist*. 2012;17(11):1475-81.
34. Roter DL, Yost KJ, O'Byrne T, Branda M, Leppin A, Kimball B, et al. Communication predictors and consequences of Complementary and Alternative Medicine (CAM) discussions in oncology visits. *Patient Educ Couns*. 2016;99(9):1519-25.
35. 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 Jules Verne; 2012.
36. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. 2016. 430 p.
37. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin. 2015. 126 p.
38. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2ème. De Boeck supérieur; 2019. 160 p.
39. Neves C. Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle (MNC): étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 praticiens. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
40. Ribeaucourt F. État des lieux et perspectives de formation des étudiants en médecine sur les thérapies complémentaires : revue de la littérature et étude quantitative auprès des internes de médecine générale de Rouen [Internet]. 2019 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02179936>
41. Dermigny A. Internes de médecine générale et médecines alternatives et complémentaires: enquête nationale quantitative sur leurs connaissances, perceptions et attentes de formation au cours du troisième cycle [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
42. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? [Thèse de doctorat]. [2015-2019, France]: Université Paris-Saclay; 2017.
43. Gueguen J, Dufaure I, Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique du jeûne comme pratique à visée préventive ou thérapeutique. 2014;114.

44. Fønnebø V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, et al. Researching complementary and alternative treatments--the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol*. 11 févr 2007;7:7.
45. Fofana F. Application des méthodes mixtes dans le cadre de la recherche sur les résultats des interventions de santé: utilisation du schéma mixte par conversion de données qualitatives [Thèse de doctorat]. [1962-....., France]: Université de Nantes; 2015.
46. DGOS. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

NAME : DESGURSE

SURNAME : MARGOT

THESIS TITLE :

Health workers expectations regarding university training in complementary therapies/non-pharmacological interventions and in the methodology of associated research

Qualitative exploratory study by semi-structured interviews

SUMMARY

Background: Patients and health professionals are interested in unconventional therapies although they are unaware of the extent of this field. There is no standardization of academic discourse on this subject. In order to prevent abuses, particularly with unregulated professions, a scientific assessment of their effectiveness and their risks is necessary. However, the methodological quality of trials on complementary therapies is often criticized.

Objectives: The main objective was to determine the expectations of health workers for university training in complementary therapies, non-pharmacological interventions and in the methodology of associated research. Secondary objectives were to assess their knowledge of these therapies and their representations of the specificities of research on these therapies.

Material and methodology: An exploratory qualitative study was conducted amongst eight (8) health workers selected in order to obtain responses from professionals with an interest in this subject and who have participated in clinical research. Data was collected through semi-structured interviews which were voice recorded, then transcribed and anonymised. They have been analysed using the grounded theory approach.

Results: Health workers were interested in complementary therapies training. They were lacking time for a long course and thought they could not train in all the existing therapies. They favoured training in therapies commonly used by patients. They wanted general information but also to know the basis on which they are built, their scientific evidence, their indications and potential dangers. Some were considering going a step further and train themselves to the practice or prescription of therapies. Most were unfamiliar with these therapies, which are described as “secondary” in the therapeutical arsenal. They were not all seeking research training. They favoured training in methodology and practical training. They believed that the qualitative study methodology is more suited to the evaluation of these therapies in front of the difficulties of performing randomized controlled trials.

Conclusion: It would be interesting to develop a national university training addressed to health professionals on complementary therapies and non-pharmacological interventions and research methodology. Taking into account their lack of time, preference should be given to flexible training, by level. Research training should be integrated into end-of-course modules in order to reach those who would invest in it. In addition, research methodology lacks a consensus, and a model remains to be developed.

KEYWORDS

Complementary therapies, non-pharmacological interventions, training, clinical investigation

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale JOLLIET

NOM : DESGURSE

PRENOM : MARGOT

TITRE DE THÈSE :

Attentes des professionnels de santé sur une formation universitaire aux thérapies complémentaires/interventions non médicamenteuses et à la méthodologie des recherches associées

Étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés

RÉSUMÉ

Contexte : Les patients et les professionnels de santé, bien que souvent intéressés par les thérapies non conventionnelles, connaissent mal l'étendue de ce domaine. Il n'existe pas d'uniformisation du discours universitaire à ce sujet. Afin de prévenir les dérives, notamment avec les professions non réglementées, une évaluation scientifique de leur efficacité et de leurs risques est nécessaire. Pourtant, la qualité méthodologique des essais sur les thérapies complémentaires reste souvent critiquée.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail était de déterminer les attentes des professionnels de santé sur une formation universitaire aux thérapies complémentaires, aux interventions non médicamenteuses et à la méthodologie des recherches associées. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs connaissances sur ces thérapies et leurs représentations des spécificités de recherche sur ces thérapies.

Matériel et méthode : Une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de 8 professionnels de santé sélectionnés dans le but d'obtenir des réponses de professionnels ayant un intérêt pour ce sujet et ayant participé à de la recherche clinique. Les données ont été recueillies par entretiens semi-dirigés qui ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits et anonymisés. Elles ont été analysées en suivant la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les professionnels de santé étaient intéressés par une formation sur les thérapies complémentaires ; ils manquaient de temps pour une formation longue et pensaient ne pas pouvoir se former à toutes les thérapies existantes. Ils privilégiaient une formation sur les thérapies utilisées couramment par les patients. Ils souhaitaient des informations générales, connaître les bases sur lesquelles elles sont construites, leurs preuves scientifiques, leurs indications et dangers potentiels. Certains envisageaient d'aller plus loin et de se former à la pratique ou la prescription de thérapies. La plupart connaissait mal ces thérapies qui sont décrites comme « secondaires » dans l'arsenal thérapeutique. Ils n'étaient pas tous demandeurs d'une formation à la recherche. Ils privilégiaient une formation à la méthodologie et une formation pratique. Ils estimaient que la méthodologie de recherche qualitative est plus adaptée à l'évaluation de ces thérapies devant les difficultés à réaliser des essais contrôlés randomisés.

Conclusion : Il serait intéressant de développer une formation universitaire nationale adressée aux professionnels de santé, sur les thérapies complémentaires et interventions non médicamenteuses et la méthodologie des recherches adaptées. Devant leur manque de temps, il faudrait privilégier une formation modulable, par niveaux. La formation à la recherche devrait être intégrée dans les modules de fin de cursus pour toucher ceux qui s'y investiraient. Par ailleurs, la méthodologie de recherche ne fait pas consensus et un modèle reste à développer.

MOTS-CLÉS

Thérapies complémentaires, interventions non médicamenteuses, formation, recherche clinique