

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
le 2 septembre 2022
Par Florence COUILLARD

**Etude ALTER-MAI : Prévalence de l'utilisation des Médecines
Alternatives et Complémentaires chez des patients suivis pour une
maladie auto-immune dans le service de Médecine Interne
du CHU de Limoges.**

Thèse dirigée par Dr Guillaume GONDRAN

Examineurs :

M. Kim Heang LY, PU-PH CHU de Limoges	Président
Mme Anne-Laure FAUCHAIS, PU-PH CHU de Limoges	Juge
Mme Marie-Odile JAUBERTEAU, PU-PH CHU de Limoges	Juge
Mme Marion MILLOT, MCU-HDR faculté de pharmacie de Limoges	Juge
M. Guillaume GONDRAN, PH CHU de Limoges	Directeur



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
le 2 septembre 2022
Par Florence COUILLARD

**Etude ALTER-MAI : Prévalence de l'utilisation des Médecines
Alternatives et Complémentaires chez des patients suivis pour une
maladie auto-immune dans le service de Médecine Interne
du CHU de Limoges.**

Thèse dirigée par Dr Guillaume GONDRAN

Examineurs :

M. Kim Heang LY, PU-PH CHU de Limoges	Président
Mme Anne-Laure FAUCHAIS, PU-PH CHU de Limoges	Juge
Mme Marie-Odile JAUBERTEAU, PU-PH CHU de Limoges	Juge
Mme Marion MILLOT, MCU-HDR faculté de pharmacie de Limoges	Juge
M. Guillaume GONDRAN, PH CHU de Limoges	Directeur

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET
STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESSAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine Générale)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan

(du 01-09-2019 au 31-08-2022)

LAUCHET Nadège

(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa

(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul

du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude

du 01.09.2018 au 31.08.2021

BESSEDE Jean-Pierre

du 01-09-2018 au 31-08-2021

BUCHON Daniel

du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure

du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude

du 01-09-2020 au 31-08-2022

MERLE Louis

du 01.09.2017 au 31.08.2022

MOREAU Jean-Jacques

du 01-09-2019 au 31-08-2021

TREVES Richard

du 01-09-2020 au 31-08-2022

TUBIANA-MATHIEU Nicole

du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2019 au 31.08.2022

VIROT Patrice

du 01.09.2018 au 31.08.2022

Le 30 novembre 2021

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESSEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

La beauté de la vie dépend de ton regard,

porte en bois à Mennetou sur Cher

Remerciements

Au président et membres du jury,

Au **Professeur Kim LY**, qui a la sagesse d'un grand maître et nous prouve qu'on peut marcher sur la lune. La formation universitaire et la médecine clinique au lit du patient ont encore un bel avenir à vos côtés. C'est un grand honneur d'avoir pu suivre vos traces, de la région parisienne jusqu'à Limoges en passant par la Réunion. Merci de m'avoir guidé depuis le début pour m'aider suivre ma route et trouver ce que je ferai quand je serai grande.

Au **Professeur Anne-Laure FAUCHAIS**, j'ai une immense admiration pour votre savoir inépuisable, votre esprit vif autant que votre humanité mis au profit des patients. Vous incarnez l'assurance, le goût de la vie et la réussite dans tous les domaines. Merci de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours, de m'avoir donné l'opportunité de partir, de m'épanouir et finalement de revenir à vos côtés dans le service de Médecine Interne à Limoges et Saint-Junien.

Au **Docteur Guillaume GONDRAN**, mon directeur de thèse, qui a toujours fait preuve d'une merveilleuse gentillesse, d'une patience sans limite et d'une détermination dévouée pour le bien des patients, des internes et de tout le service. J'ai débuté la médecine interne avec toi, merci de m'avoir confié ce sujet de thèse qui m'a mis sur la voie d'une médecine plus ouverte et plus humaine.

Au **Professeur Marie-Odile JAUBERTEAU**, je vous remercie vivement de m'avoir ouvert aux vastes mondes de l'immunologie et de la recherche. J'ai beaucoup appris à vos côtés sur la rigueur et la réflexion scientifique appliquée au travail en laboratoire. Merci m'avoir accompagnée avec bienveillance lors de mon année recherche et d'être présente dans mon jury de thèse.

Au **Docteur Marion MILLOT**, je suis ravie d'avoir suivi la formation universitaire en phytothérapie et aromathérapie que vous supervisez et qui témoigne des riches possibilités des pratiques médicales. Vos connaissances en pharmacologie et dans les plantes médicinales seront de précieuses aides et c'est un plaisir de vous compter dans mon jury.

A tous mes chefs et mes co-internes : ceux devenus chefs et les plus jeunes

Je tiens à remercier tout le *service de médecine interne* : Le Dr **Holly Bezanahary** pour sa rigueur clinique infaillible, le Dr **Sylvie Nadalon** pour sa bienveillance, le Dr **Sylvain Palat** pour son professionnalisme dans la bonne humeur, le Dr **Eric Liozon** pour son expérience et sa sagesse, ainsi que tous mes ex-co-internes avec qui j'ai partagé les stages, les congrès et les soirées : la reine **Natella, Nina, Blandine, Magalie, Claire, Simon, Edouard, Xavier, Josselin**, notre trio de promo avec **Bastien** et **Rémy** et notre team MIA-poly avec **Samsam** toujours sur la lune et **MC** dans les étoiles, **Romain, Nolwenn**...

Un grand merci à toute l'équipe paramédicale qui accueille les internes et les accompagne : **Michèle, Dany, Noémie, Nolga, Valérie, Laëtitia**... et **Stéphanie Dumonteil**, tu es le pilier de toutes les thèses de Médecine Interne, on te doit énormément pour le travail de méthodologie, suivi des études et statistique que tu fais avec amabilité et humilité.

J'ai eu un long parcours mais je remercie tous ceux que j'ai croisé sur ma route :
J'ai eu la chance de débiter mon internat à *Tulle* en initiation cocooning auprès du Dr **Gameiro**, puis en *néphrologie* sous la compétence des Dr **Julien Allard**, et **Jean-Philippe Rerolle, Yusuf**. L'accueil en *hématologie* a été extrêmement bienveillant grâce aux Dr **Julie Abraham, Dr Céline Kennel, Pr Jaccard** et Dr **Stéphane Girault** et **Moreau**. J'ai eu le plaisir de retrouver le Dr **Liliane Remenieras**, d'une adorable douceur, sur le chemin de la découverte de la médecine des plantes. J'ai ensuite eu la chance d'approfondir la *neurologie* avec les grands Pr **Vallat, Pr Couratier** et Pr **Laurent Magy**, avec les Dr **Laeticia Gimenez, Dr Fransisco Macian** et Dr **Alexis Montcuquet**, avec **Marie, Claire, Teddy et Sonia**. Puis en *rhumatologie* avec les néo-Dr **Lucie Guillain, Arthur** et **Lilian**.

J'ai eu l'opportunité de partir à la découverte de nouveaux horizons :
Au CH de *Saint-Paul à la Réunion*, merci au Dr **Céline Roussin** pour ta méthode de travail rigoureuse, au Dr **Claire François** pour ta curiosité extravagante, au Dr **Christophe Vanhecke** pour ton pragmatisme et Dr **Julia Gossens** pour ta bonne humeur.
Et jusqu'au CH de *Saint-Laurent du Maroni en Guyane*, où on a partagé les richesses culturelles et médicales des patients du fleuves en famille : Dr **Samou Fantcho** le tonton, Dr **Camille Thorey** la maman, Dr **Bill le Baron, Dr Olivier Collinet** le petit dernier, le Dr **Amina Hajjem** la douce et jolie fleur et le Dr Clovis **Adimou** le livre de référence.

En passant par une année recherche : Merci à tous mes camarades du master à Poitiers et à toute l'équipe de mon stage en laboratoire qui m'a accueilli dans le monde de la science, en particulier les Pr **MOJ, François Gallet** et tous les thésards : **Marine, Aude, Camille, Léa, May, Elodie, Céline, Éric, Axel, Tarek** et **Clément**.

Et en terminant par mon stage en *réanimation à Brive* : Merci au Dr **Nicolas Pichon** de gérer ce petit monde avec sympathie, Dr **Aubin Evezard** pour son énergie conductrice, Doc **Cédric Barucchi** pour ces récits d'athlète, Dr **Sandrine Mons** pour son ouverture d'esprit, Dr **Antoine Molina** et **Laurence** pour leur calme hypnotisant, Dr **Elias Karam** pour sa gentillesse, Dr **Fabrice Raymond** fier représentant du Limousin et mes derniers co-internes: **Jade** la tartine, **Jérémie** peuchère, **Lise Marie** la vieille Huguette et Gar... **Menfild**

Un immense merci à **Cyril Kahfujian** qui mérite une médaille pour ses services rendus à la faculté de médecine et son efficacité à aider les internes dans le dédale administratif.

A toute la famille,

A **mon Papa**, héritier d'une famille de voyageurs extraordinaires, modèle de sérénité et de solidité, tu as su prendre soin de ta famille avec bonté et dévouement et je te suis reconnaissante d'avoir toujours veillé sur nous tous. Merci de m'avoir toujours soutenue (et supportée) dans mes études qui touchent à leur fin. De belles journées dans la montagne nous attendent pour (re)découvrir le Vercors à tes côtés.

A **mon François**, le grand-frère, si peu d'année d'écart mais une galaxie qui nous sépare... tu es sur une autre planète mais tu as raison, reste-y, on vient te rejoindre. Garde ton énergie, ta gentillesse et ton intégrité. Merci de prendre soins de nous et de partager tes talents de cuistot.

A **mon Jilou**, mon petit sucre, le petit frère, le petit rigolo, le petit *... tant de complicité, de partage, de Hellfest. Garde ta joie de vivre, ta générosité et ton humour. Merci d'être l'informaticien de la famille, à l'occasion tu mettras un petit coup de polish sur mon ordi ?

A toute la **famille Guillery** : Alain et Jenny, les cousins Pierre et Paul, merci pour toutes ces fêtes qui nous ont toujours réunis, ces souvenirs chaleureux de feux d'artifices, majorettes et d'auto-tamponneuse à Beaumont. Pour toutes ces joies partagées autour de bon repas, jeux et des événements à venir.

A la **famille Couillard** : Yves et Marie-Claude, Caroline et Anne Claire qui ont pris la route du soleil.

A la **famille Lopez**, voisins de jardin et amis de cœur : Claire, Camille, Guillaume, Michèle et Noël qui vivent au même rythme que nous, en harmonie depuis tant d'année, merci de votre bienveillance.

Et à nos racines, ceux qui ne sont plus là mais qui veillent sur nous éternellement : **Papi Daniel, Mamie Jeannine, Grand-mère Françoise et Grand-père Jean.**

Et si je ne devais remercier qu'une seule personne, je dédierai tout à ma **Maman, la belle Hélène**. Je te dois le goût de l'apprentissage et de la curiosité, je te dois la croyance du meilleur, l'ouverture d'esprit, ma liberté, ton sourire... Merci d'avoir donné à tes enfants l'amour inconditionnel et transmis ta force de vivre.

A tous mes copains d'enfance,

Claire, ma sœur d'âme, notre amitié a débuté au berceau, s'est méritée en franchissant le grillage du jardin, s'est consolidée avec nos innombrables fous rires, nos folles aventures et s'est toujours rejoint dans nos chemins spirituels... jusqu'à notre maison de santé du bonheur en Bretagne ! Tes 3 mots : hypersensible, généreuse et grimpante ! Je suis heureuse que tu poursuives ta route aux cotés de Jérémy.

Les iuiutes,

Re-Claire ma sœur kiné, **Caro** ma petite blonde architecte de sa vie, **Camille** la danseuse professeur des écoles sexy, merci pour toutes ces soirées et vacances annuelles dans notre jeunesse insouciante, et on continue la fiesta au club du 3ème âge !!

La team 12 à la fraise,

C'est un honneur d'avoir grandi à l'école de la piraterie detox/retox !!!

Mémé le meilleur conseiller et peut être un mariage au kazak à 40 ans ? ça ferait sens... **Jules** notre coach de vie et gourou, **Ilan** l'aventurier contre tout guerrier, éleveur de pingouin, **Lafouf** notre mascotte, notre macaque ouhouhou, **Pipo** le tigrou tout fou, t'es un frère pour moi, cœur sur Claudia et bébé Charles, **Hugo** carrot bearb notre fidèle capitaine épaulé par Ophélie et de votre princesse Rose, **Kuku** notre guide de montagne encordé à Elodie.

Vitalité **Sid Marcus**, met ton short on va faire un tennis pour mériter une DOUCHE.

Théodule notre batman et fervant cinéaste qu'a pas vu les tuches

Yass notre philosophe bohème et druide des spiritueux, **Aline** et **laure** le duo de gwadada

Sano notre nénuphar et touche d'exotisme qui a trouvé son Cédric, **Laurette**, lolo notre généreuse infirmière, **Jess** notre machine à croq, **Martin** notre sista

Benji notre homme d'affaire la classe à Dallas, aux bras de la douce Alicia,

Guizmo notre mathématicien chercheur breakdanseur, **Joe** notre nounours en sucre et sa souriante Jenny, **Briçou** notre papa portugais et louisou, **Dédé** la vitalité, **Esla** la jolie fleur

Seb note grincheux au cœur tendre, **Polo** notre motivateur de groupe à la crème, qui a la médaille du train-trotter, abonné au wagon bar avec Amélie et Flaubert

Irina ta grandeur d'âme t'appelle au meilleur, nous sommes liées d'une amitié éternelle.

La box de Créteil,

Sam merci pour tes attentions et ta générosité fraternelle, Pr **Antoine** le brillant et humble génie, folles lubies, **Damien** l'agence de voyage de luxe, **Quentin** la fraîcheur des îles, **Charles** l'Ironman charitable

et les demoiselles **Margaux** la pétillante, **Carlotta** caliente et la charmante **Hélène**

Et à tous les cristoliens qui ont fait de cet externat une éclate totale.

Les Tullistes, soyez sûrs, j'en suis fière j'ai la Corrèze et le jus d'ananas en cathéter
Mes 2 commères avec qui on a partagé l'internat puis la ville dans notre coloc du propre :
Une si petite **Marie** pour une si grande source d'énergie solaire ! Tu as toujours su écouter et conseiller. J'adore ton esprit créatif, festif et altruiste qui rassemble tant d'amis autour de toi... et tant de bonheur avec Simon et Sasha. Dédicace aux pandas du marais.
Ma **Caro**, aussi sensible que courageuse, autant before que after de folie. Véritable coup de cœur d'amitié, étoile polaire, je sais qu'on sera toujours là l'une pour l'autre. J'admire ton style, visionnaire d'une mode futuriste, j'annonce DJ blue cat, en heureuse tournée avec Raph !

Notre couple internat-story : **Marion** garde ta douceur et ta bienveillance pour t'occuper des petits et grands enfants à la maison, **Vincent** garde ta délicatesse, et ton sens de l'humour, on se sent toujours si bien accueilli chez vous depuis les premiers moments d'internat.

Pierre tu débordes de bonnes ondes et d'espièglerie avec ta moitié **Sylvain** la malice, continuons de vibrer aux sons électro sous la pluie et gardons cette chaleur des îles qui nous Réuni -on.

Marie-Lys, une si folie fleur, quel réconfort de te savoir si attentionnée pour ton entourage et le bien de notre planète verte, et si épanouie aux côtés de ton **Florian**.

Romain et Popo après les soirées inondées de bières, bientôt la champagne shower !

Nos fiers bordelais **Florent** et nordiste **Solène**, la plus douce et la plus sage des femmes.

Armand, un mec en or, mon gas sur, notre pilote de soirée, tu as dans le cœur toutes les valeurs pour être le meilleur. L'amitié sincère c'est comme l'augmentin, ça mange pas de pain et il y en a pour tout le monde.

Et à notre compagnon de route qu'on n'oublie pas, pour le meilleur et pour le rire **Thilbault#T4E**
<3

Les Limougeauds,

Marie ma fidèle compagne de lecture, sortie nature et voyages futurs et **Lucie** l'éclat lumineux d'énergie et de bonne humeur.

Alix et Ben, Platek, (et non pas Ben affleck), **PA** et **Tiffany, Amaury, Hugo...**

Sonia copine d'avant coloc de maintenant pour finir à *Brive la Gaillarde* !

Les réunionnais,

Chloé la plus belle des plantes, j'aime ta liberté de papillonnes d'îles et îles, **Elise** si calme, **Stan**, **Agnès** tellement maman, **Dimitri**, vivons notre vie comme si c'était un interchu !!

L'histoire de la coloc ravine à bonheur Climax avec **Louis** notre artiste compris, râpeur et voyageur de l'espace, **Camille** la sulfureuse et généreuse pâtissière de cookies magiques, **Ben** l'ergonome de notre harmonieuse vie de confinement, **Antoine** le baton de berger de l'extrême... qui a un beau jour fusionnée à la coloc-heim avec **Alix** amie d'une amie qui est devenue mon amie, toujours partante pour exploits sportifs ou festifs avec **Martin, Samir, Guillaume, David** et **JB**, le flow dans la pow.

Les poitevins,

La coloctober'fest ne serait rien sans **Papy** un philanthrope, un aventurier des mots et un robin des bois en vélo, **Margot** ma pouliche aux milles ressources, l'illustre Armand, Thibaut le rêveur indien.

J'ai été émerveillée de rencontrer la communauté unique de bois vert et de la Gob avec **Mich** le plus beau moustachu, Zozette et Paul, Adri et Rose.

Le BR c'est le S,

L'auberge réunionnaise, terre d'accueil des passagers du monde :

Mathieu c'est le feu, el patron en action, notre atout multifacette : coach spécial body balance bord de vienne, jardinier spécial tomate, pisciniste spécial canard 31°, menuisier spécial palette : VP tournesol

Emilie jolie, la patronne qui contient tant d'harmonie et de sympathie dans ce summer body, on a encore bien des folies et délires à partager... mais attention UV dans l'air : VP protection solaire

Héla elle a ce don du ciel qui la rend belle, remplie d'énergie, toujours prête à donner, partager, cuisiner, rigoler... tellement d'attention, avec toi on est tous comme à la maison : VP réunification

Céline, ça devrait rimer avec sourire et rire, ça évoque aussi brunch et farandole de brioche ! avec toi la maison est vivante et trompe l'ennuie : VP puzzle

Alex, le pichon qui en dit long, à ces nombreuses conversations de pilier de bar dans la cuisine : VP spontanéité

Olivier : symbole de paix et tranquillité, tu sais te révéler pour les amitiés et les soirées mousses : VP bulle

Cricri, notre tati, notre concierge du premier, garde la patate, la banane, la pêche pour tous les conseils diet de la coloc du sport : VP karaoké

Freddy, notre homme d'affaire qui allie volonté et bonté, notre chocolat qui fond/t avec Manon la dame blanche et Dune la petite chouquette : les VP desserts

Kim, avec un cerveau high-tech en connexion 6G permanente à sa mie Julie : VP crêpe

Arnaud, tu n'es pas un z'oreille mais tu as eu la vocation d'être ORL, tes idées de voyages font rêver : VP sans frontière

Jéjé, tu as toujours classe même en combi de vélo, tu as la vitesse et la délicatesse : VP tornado

Robin, t'es beau, t'es solide, ça c'est mon sisssssouuuuu !! mais toujours en couleur et motifs anonymes : VP chemise

Lilouuu, 2 colocs 2 ambiances... mais toujours autant d'éclate, de dudule, de chemise de nuit orange, de coussins farfelus et de protéine végétale : VP potager

Et l'hermite de la cave : **Youyouuuuu**, le plus ancien, le plus beau, le plus sportif virtuel, le plus pizza/gnocchi : le VP veilleur de nuit

Sans oublier **Paulette** qui fait briller notre guinguette : VP serviette

Les Saint-laurentais, Ni trop haut, Ni trop bas, Ni trop loin, là c'est très bien

Ma **Théo** ma chipo, mon prolo en caravane, fédérateur d'évènements et de lien social, j'espère rester ta megabeauf n°1 et te souhaite une bonne route avec ta Marie

Louise notre arc en ciel illuminé d'une joie si naïve et si attendrissante

Sophie la bobo qui a défié les lois des intra-muros en allant explorer les fins fonds de Guyane... jusqu'au camp d'orpaillage où on y trouverai une autre **Sophie**, notre pépite au cœur d'or et riche des ressources de la forêt

Charles tel un 007 ou un oss, la star de la salle, des jeux de carte et de la moustache

Camille la vahiné des carbet, toujours présente pour la descente du Maroni et des 1/2/3 Ti punch ! **AB** : booooo, c'est-à-dire que... il cache un mystérieux conteur

Olive en un seul mot : charboooo ! sans oublier nos fidèles Saül, gardiens de notre galaxie.

Et **Olivier** fils adoptif de l'Afrique, plus qu'un chef, un joueur de foot, un amoureux languit et un fin plaisantin.

Et à toutes ces autres incroyables rencontres : Tomas, Arnaud et Marianna, Seb, tous le pkouchnok avec Val notre chef culinaire, les adorables Suyinie et Augustin, Ines et Vincent, Carole, Ilario, Jocelyn la Fleur des champs, Alex le douanier et Céline, Noémie raconte nous une histoire, Louis, Rachel/Florian/Etienne/Julie et les pripri de yi yi, Anissa, Léa et JOhan, Marie de Créteil et Teddy de Saint-Junien, Margot et Pierrot Clauteaux de la grande savane vénézuélienne, Olivier le chocolatier...

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ALTER-MAI : étude sur les médecines ALTERnative dans les Maladies Auto-Immunes

ACR/EULAR : american college of rheumatology/european league against rheumatism

ECR : essai contrôlé randomisé

CAM : complementary and alternative medicine

CEPS : comité économique des produits de santé

CGSP : centrale générale des services publics

DU : diplôme universitaire et DIU : diplôme interuniversitaire

HTAP : hypertension artérielle pulmonaire

INF : interferon

INM : intervention non médicamenteuse

INSERM : institut national de la santé et recherche médicale

LES : lupus érythémateux systémique

MAC : médecine alternative et complémentaire

MAI : maladie auto-immune

MIVILUDES : mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

MT/MC : médecine traditionnelle / médecine conventionnelle

NCCIH : national center for complementary and integrative health

OMS : organisme mondial de la santé

PSNC : pratique de soins non conventionnels

SGSp : syndrome de Gougerot-Sjögren primitif

SLEDAI : systemic lupus erythematosus disease activity index

SLICC : systemic lupus international collaborating clinics

SS : Sclérodémie systémique

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TNF : tumor necrosis factor

Table des matières

INTRODUCTION	24
I. Unes ou des médecine (s).....	24
I.1. Terminologie complexe et vastes définitions.....	24
I.1.1. La médecine conventionnelle	24
I.1.1.1. La médecine prouvée par la science : mais qu'est-ce que la science ?.....	24
I.1.1.2. La démarche médicale.....	25
I.1.2. Les médecines "non conventionnelles"	25
I.1.2.1. Des ébauches de concepts	26
I.1.2.2. Classification	26
I.2. Une brève histoire de la médecine : un enchevêtrement de multiples pratiques	26
I.2.1. Un raisonnement scientifique en marche.....	27
I.2.2. Epoque moderne et persistance des pratiques multiples.....	28
I.2.3. La médecine interne : art du diagnostic et du tout.....	28
I.3. Effort de législation et encadrement	29
I.3.1. Encore un peu d'Histoire	29
I.3.2. Demande de reconnaissance	30
I.3.2.1. Les formations	30
I.3.2.2. Les regroupements	31
I.4. Les Limites scientifiques de l'utilisation des MAC.....	31
I.4.1. Mécanismes physio-thérapeutiques ?	31
I.4.2. Efficacité ?.....	32
I.4.3. Dérives et dangers ?	32
I.5. Relation triangulaire patient – médecin – praticien.....	33
I.5.1. Le patient et ses motivations	33
I.5.2. Les thérapeutes des médecines alternatives	34
I.5.3. Le médecin.....	34
I.6. Enjeux au cœur de l'actualité mondiale	35
I.6.1. En quelques chiffres.....	35
II. Le Limousin.....	36
II.1. Aménagement territorial	36
II.1.1. Géographie.....	36
II.1.2. Démographie	36
II.1.3. Économie et activité	36
II.2. La médecine dans le Limousin.....	37
II.2.1. Démographie médicale actuelle.....	37
II.2.2. Enseignement médical	37
II.2.3. La particularité des guérisseurs	37
III. Les maladies auto-immunes en Médecine Interne.....	39
III.1. Les maladies auto-immunes	39
III.1.1. Le lupus érythémateux systémique	39
III.1.2. Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif	40
III.1.3. La sclérodémie systémique	40

III.2. Caractéristiques communes de ces maladies auto-immunes	41
III.2.1. Maladies auto-immunes et troubles psychosomatiques : cause/conséquence ?.....	42
III.2.1.1. Stress comme facteur déclenchant	42
III.2.1.2. Manifestations neurologiques	42
III.2.1.3. Profils neuropsychologiques et troubles de personnalité	43
III.2.1.4. Association à des maladies psychiatriques.....	43
III.2.1.5. Conséquences sur l'altération qualité de vie	44
III.2.2. Traitements et soins de support	44
IV. L'utilisation des MAC en Médecine Interne	45
IV.1. Quels sont les effets clinico-biologiques des MAC dans les MAI ?.....	45
IV.1.1. L'approche du corps : santé physique.....	45
IV.1.1.1. Exercices et activités sportives.....	45
IV.1.1.2. Techniques de manipulations	45
IV.1.1.3. Alimentation, suppléments et plantes	46
IV.1.2. L'approche psychique : santé mentale	47
IV.1.3. L'intérêt d'une vision holistique	47
IV.2. Où en sont les preuves d'efficacité dans les connectivites ?	47
IV.2.1. Dans le lupus érythémateux systémique	48
IV.2.2. Dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif	48
IV.2.3. Dans la sclérodémie systémique	48
V. Conclusion de l'introduction	49
V.1. Objectifs	49
IV.2 Enjeux	49
ARTICLE	50
DISCUSSION.....	60
I. Vers une Médecine Intégrative ?.....	60
II. Quelle est la place de ces médecines intégratives en pratique ?	61
III. Quelle est la médecine de demain ?	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
Serment d'Hippocrate.....	79

Table des figures

Figure 1 : cartographie du limousin	36
Figure 2 : caractéristiques du territoire :	37
Figure 3 : patrimoine culturel du Limousin	38
Figure 4 : atteintes cliniques des maladies auto-immunes :	41
Figure 5 : répartition de l'utilisation des MAC selon leur proportion	53
Figure 6 : nombre de pratiques de MAC en fonction de plusieurs caractéristiques et modes d'utilisation	54
Figure 7 : nombre de pratiques de MAC en fonction de plusieurs motifs et raisons pour toutes les pratiques confondues puis détaillées pour chaque type de MAC	55
Figure 8 : nombre de pratiques de MAC en fonction du ressenti physique et mental, pour toutes les pratiques confondues puis détaillées pour chaque type de MAC.	56
Figure 9 : classification des catégories d'INM selon la Plateforme CEPS (2020)	61

Table des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques de notre population d'étude.....	52
Tableau 2 : caractéristiques des pratiques des guérisseurs et magnétiseurs.....	57
Tableau 3 : facteurs d'association de l'utilisation des MAC.....	57

INTRODUCTION

I. UNE ou DES médecine (s)

I.1. Terminologie complexe et vastes définitions

La première étape de ce travail est la tâche complexe d'en définir le sujet principal : la médecine et ses différentes approches. Il est assez important de développer le fondement de chaque terme pour mieux comprendre les immenses voies de réflexions dans lesquelles on peut se perdre.

La médecine, selon la définition du dictionnaire Larousse, est "l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tout ordre mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, des blessures ou infirmités" et du Robert la "science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé".

Il existe plusieurs termes que l'on peut essayer d'expliquer selon les définitions du Larousse, mais aucun ne convient parfaitement et on se heurte à la dichotomie constante de l'opposition de 2 médecines.

I.1.1. La médecine conventionnelle

-conventionnelle : "qui résulte d'une règle tacite ou explicite acceptée par tous, arbitraire, admis en vertu des conventions sociales, qui manque de naturel, de vérité".

-classique : "se dit des langues, écritures et arts d'une certaine époque, souvent inspirés de l'antiquité gréco-latine, enseignés dans les classes et appartenant à une culture générale et une grande tradition qui, par opposition à ce qui est marginal, est conforme aux habitudes et sans nouveauté".

-moderne : "qui appartient à une époque récente, bénéficie des progrès et s'adapte aux innovations de son temps. Dans les langues et les arts, s'oppose aux époques classiques".

Ces définitions montrent déjà la complexité de définir une médecine en même temps conforme aux usages établis, qui s'est construite sur des connaissances d'époques anciennes mais qui se veut également novatrice et à la pointe de la technologie.

La direction de l'information légale et administrative publie une note en 2016, remise à jour en décembre 2021 pour définir la médecine conventionnelle comme "enseignée dans les facultés de médecine et débouche sur un diplôme de docteur en médecine au niveau national : elle est dite factuelle, fondée sur des preuves. Les thérapies proposées ont obtenu une validation scientifique soit pas des essais cliniques (soumis à des autorisations et à des contrôles stricts sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique) soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort acquis après plusieurs années avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine conventionnelle est prouvée" (1).

I.1.1.1. La médecine prouvée par la science : mais qu'est-ce que la science ?

Le Larousse définit LA science comme " un ensemble cohérent de connaissances relatives à certaines catégories de faits, d'objets ou de phénomènes obéissants à des lois et/ou vérités par les méthodes expérimentales" et LES sciences comme " chacune des branches de la connaissance, du savoir".

La méthode scientifique s'applique dans les domaines variés des mathématiques, de la physique-chimie, de la biologie et de la médecine autant que la philosophie.

Elle a été étudiée par de grands hommes comme Aristote, Descartes, Kant, Popper... et se base sur un raisonnement partant d'axiomes et théories considérées comme validées et immuables, auquel on ajoute de nouvelles observations, mesures, calculs, réflexions et une touche de hasard pour émettre de nouvelles hypothèses qui seront à valider par des expérimentations reproductibles pour enfin proposer une nouvelle théorie qui doit être finalement validée par les pairs. Les sciences ont toujours évolué par de petites avancées, de nombreux détours et de grands retours en arrière ; et regorgent d'erreurs qui ont dû être corrigées par d'autres scientifiques qui se sont reposés des questions sur la véracité des fondements déjà établis (2).

“La science est infaillible ; mais les savants se trompent toujours.” Anatole France

I.1.1.2. La démarche médicale

Il faudra quand même noter à un moment, et cela sera fait ici, que la médecine conventionnelle, si solide et prouvée soit-elle, a déjà été au cœur de scandales sanitaires qui ont participé au manque de confiance dans ce système de soin, pour ne citer que : «les bébés thalidomides» dans les années 1950, les enfants traités par hormones de croissance entre 1983 et 1985 et morts de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, les transfusions contaminées par le VIH en 1991, les «filles distilbène » chez les mamans traitées dans les années 1950, et plus récemment les maladies cardiaques provoquées par le médiateur commercialisé de 1979 à 2009, les prothèses mammaires défectueuses en 2010 ; et enfin mais pas des moindres, en 2020 la précipitation des prescriptions de plaquenil dans le traitement du COVID sans étude scientifique de haut niveau de preuve ni validation de la majorité de la communauté scientifique (3).

Néanmoins, retenons que la démarche scientifique est à ce jour admise pour être la plus valide, autant pour l'enseignement de la médecine, que le raisonnement clinique et la recherche médicale et pharmacologique.

“L'empirisme peut servir à accumuler les faits mais il ne saurait jamais édifier la science.

L'expérimentateur qui ne sait pas ce qu'il cherche ne comprend pas ce qu'il trouve.”

Claude Bernard.

En pratique courante, le raisonnement médical est souvent défini par « l'evidence based medicine », concept apparu dans les années 1980 au Canada, qui décrit une médecine fondée sur les faits, des preuves, une méthodologie rigoureuse et validée par la communauté scientifique (4). La prise de décision repose sur 3 piliers conjuguant les données de la recherche, l'expérience du clinicien et les préférences du patient (5).

I.1.2. Les médecines “non conventionnelles”

-alternative : “qui propose un choix entre deux solutions, de concevoir autrement un système, qui constitue une solution de remplacement” ou *parallèles* : “droite de plan sans point commun confondu, dans la même direction qu'autre chose, se dit d'activités qui se développent en marge d'un cadre officiel comme les marchés illégaux”. Cela suppose une substitution, une autre voie complètement distincte des thérapeutiques classiques.

-complémentaire : “qui vient s'ajouter à d'autres choses de même nature pour les compléter”. Cela sous-entend que la médecine conventionnelle ne serait pas suffisante en elle-même.

-traditionnelle : “qui est fondé sur la tradition, sur un long usage”. On peut préciser que la tradition est ancrée dans les mœurs de chaque pays, unique et propre à chaque culture.

-douce : “qui produit une sensation agréable au toucher, ou tendre, non violente”

-naturelle : “qui est issu de la nature, du monde physique, à partir d’un produit brut, n’est pas le travail de l’homme ou issu de mélanges et modifications, qui est conforme à l’ordre normal des choses”

-holistique : “relatif à la doctrine qui ramène la connaissance du particulier à celle de l’ensemble, du tout dans lequel il s’inscrit”. Ces définitions insinuent que la médecine conventionnelle est dure, artificielle et ne considère pas le patient dans sa globalité.

I.1.2.1. Des ébauches de concepts

Il y a eu dans de nombreux pays des commissions pour tenter de nommer et délimiter plus justement ces médecines non conventionnelles, en intégrant plusieurs notions.

Le rapport de la commission européenne sur l’environnement, la santé publique et la protection des consommateurs datant de 1997 choisit le terme de médecine “*non conventionnelle*” (6).

Le conseil de l’ordre des médecins reprend le terme du national center for complementary and integrative health (NCCIH) avec l’appellation “*complementary and alternative medicine*” (7) ou *médecine alternative et complémentaire* (MAC), que nous retiendrons pour la suite.

En 2013, l’académie nationale de médecine les nomme “*thérapies complémentaires*”. (8)

Le ministère de la santé en France parle de “*pratiques de soins non conventionnelles*” (PSNC). L’organisme mondial de la santé (OMS) définit en 2013 la médecine traditionnelle comme “la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu’elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l’amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.” Les termes médecines complémentaires ou alternatives 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. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme médecine traditionnelle”(9).

Le ministère de la santé explique que ce sont des “pratiques diverses, tant par les techniques qu’elles emploient que par les fondements théoriques qu’elles invoquent, qui se développent parallèlement à la médecine “conventionnelle”, en France et partout dans le monde. Elles sont également en progression dans le champ du bien-être, de la nutrition et de l’apparence esthétique. Leur point commun est qu’elles ne sont ni reconnues sur le plan scientifique par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé.” (1).

I.1.2.2. Classification

Il existe de multiples MAC, dont l’OMS et l’institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) propose une classification en quatre familles :

-biologique : à bases de plantes ou extraits naturels : naturopathie, phytothérapie, aromathérapie

-manuelle : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, médecines thermales...

-approche corps-esprit : physique et psychique basée sur des médecines traditionnelles et spirituelle : yoga, tai chi, qi-gong, médecine chinoise, médecine ayurvédique...

-système fondé sur des théories propres : homéopathie

I.2. Une brève histoire de la médecine : un enchevêtrement de multiples pratiques

Pour mieux comprendre ce besoin de différencier ces deux médecines se côtoyant depuis toujours avec des limites floues, il faut reprendre brièvement l’histoire médicale.

La médecine a évolué à différentes vitesses selon les époques, les régions du monde, les peuples et leur culture. Elle a très longtemps mêlé mythe, religion et magie avant de tenter les prémices d'une démarche scientifique qui donnera les médecines empiriques fondées sur l'expérience, l'observation puis les médecines rationnelles basées sur des preuves.

I.2.1. Un raisonnement scientifique en marche

Depuis des millénaires, les premières sociétés humaines avaient recours à des croyances pour expliquer la naissance, la mort, la maladie. Les méthodes de guérison sont pratiquées par les sorciers ou prêtresses en rapport avec la magie, le chamanisme, le monde des esprits et les plantes.

Lors de l'Antiquité gréco-romaine, au V^e siècle avant JC, les écoles d'Asclépios se détachent peu à peu de la religion en utilisant des techniques plus élaborées de régimes et médicaments. On doit à Hippocrate (460-377 avant JC), considéré comme le père de la médecine occidentale moderne, les fondements du raisonnement expérimental, en s'émancipant du sacré pour rechercher des causes naturelles à l'aide de divers procédés : palpation, percussion, observation ; mais également sa théorie des humeurs qui restera ancrée plusieurs siècles avant de devenir désuète. Plus tard, à Rome se constitue un corps médical rattaché à des familles, à l'armée, ambulante ou exerçant en cabinet. Les premiers hôpitaux connus sont construits pour les vétérans de guerre. Galien (131-201) rédige une œuvre d'anatomie qui synthétise le savoir antique. Plus à l'est, la médecine et la chirurgie se développent en Inde et la Chine utilise l'acupuncture pour équilibrer les deux forces du yin et du yang.

Au Moyen Âge, les Arabes et Byzantins perpétuent la médecine de l'antiquité alors que dans l'occident chrétien, la chute de l'empire romain au V^e siècle inaugure l'apogée de l'Eglise catholique et une période de stagnation dans les sciences. A partir du XI^e, la médecine est entre les mains de l'Eglise qui attribue les maladies à des forces maléfiques qu'il faut combattre par la prière et voit d'un mauvais œil cette médecine humaine prenant la place de la décision divine. Un renouveau s'amorce au XII^e avec la volonté de l'enseignement d'un savoir validé avec la création des écoles de médecine : à Salerne en Italie, puis l'école de Montpellier en 1137 et les universités de Bologne, Oxford, Paris et Padoue. Le médecin et philosophe iranien Avicenne (980-1037) exerça une influence considérable sur la pensée médiévale. On constate alors une scission entre les médecins et les chirurgiens issus d'une école reconnue et des guérisseurs qui exercent sans formation (10).

L'époque de la Renaissance au XVIII^e porte les fondements de la médecine moderne avec des grands noms de médecins : Vésale (1514-1564) remet à jour la dissection interdite par l'Eglise, rectifie des erreurs perpétuées depuis l'antiquité, Fracastoro (1483-1553) étudie les maladies contagieuses comme la syphilis, Paracelse (1493-1541) ouvre la voie à la thérapeutique chimique, Ambroise Paré (1509-1590) développe la chirurgie.

Au XVII^e et XVIII^e la physiologie prend place avec Harvey (1578-1657) découvrant la circulation sanguine, Malpighi (1628-1694) fondateur de l'histologie et Morgagni (1628-1771) développant l'autopsie. La médecine préventive apparaît avec Jenner (1749-1823) qui met au point la vaccination antivariolique.

Mais il faut attendre le XIX^e pour qu'une médecine scientifique naisse. L'école française de médecine représentée par Laennec, Bretonneau et Brousseau, établit une méthode anatomo-clinique pour mieux comprendre les mécanismes de la maladie. Les progrès en pharmacologie permettent d'obtenir des médicaments comme la morphine, la quinine et développer l'anesthésie générale.

Claude Bernard (1813-1878), fixe dans son *Introduction à la médecine expérimentale* (1865) les règles de la médecine expérimentale. Au niveau infectieux, Pasteur (1822-1895) montre que les micro-organismes sont responsables des maladies contagieuses et développe le vaccin contre la grippe, Kock (1843-1910) découvre le bacille de la tuberculose et Fleming (1881-1955) la pénicilline qui va révolutionner les traitements des maladies infectieuses.

Le XX^e est marqué par l'utilisation de méthodes complémentaires en tant que moyen diagnostic, pronostic et thérapeutique à travers les techniques de biologie, d'imagerie, d'électrophysiologie et autres investigations. C'est également le moment de la multiplication des antibiotiques, vaccins et mesures prophylactiques (11).

I.2.2. Epoque moderne et persistance des pratiques multiples

La médecine moderne comme on l'entend actuellement, "evidence based medicine", basée sur des preuves expérimentales apparaît à la fin du XIX^e et s'impose comme une science validée, fiable et sécurisée.

Néanmoins les autres pratiques qui existent depuis toujours n'ont pas pour autant disparues et au contraire se sont développées et ont traversé les frontières.

On peut en citer quelques exemples : fin XVII^e, Willen ten Rhijne apporte l'acupuncture en s'inspirant de la médecine japonaise, fin XVIII^e Samuel Hahnemann fonde l'homéopathie, au XIX^e le mesmérisme devient populaire et la naturopathie naît en Allemagne. Au début du XX^e siècle apparaît, l'ostéopathie et la chiropraxie aux Etats-Unis, l'aromathérapie en France. L'hypnose, est utilisée par James Essaié dans un hôpital en Inde pour diminuer les douleurs lors des opérations chirurgicales avant l'apparition des premiers produits anesthésiant en 1848. Il y a une véritable influence des médecines ancestrales asiatiques (chinoise, japonaise, ayurvédique) qui deviennent populaires en Europe.

L'avancée des médecines dans le monde est inégale, par exemple aux Etats-Unis au XIX^e, le rapport Abraham Flexner mettait en évidence un écart de santé entre les américains qui avait surtout recours aux médecines non conventionnelles et les européens qui bénéficiaient de médicaments comme la pénicilline. L'apport des médecines européennes a conduit les américains à un délaissement de leurs anciennes pratiques (12).

I.2.3. La médecine interne : art du diagnostic et du tout

La médecine, très tôt dissociée de la chirurgie, est restée très générale avant de connaître ensuite une expansion rapide des connaissances vers la fin du XIX^e siècle justifiant l'apparition de spécialité d'organes, d'âges (pédiatrie, gériatrie...) ou de techniques (radiologies, anatomopathologie...). La dénomination de « médecine interne » est apparue en Allemagne au XIX^e siècle en référence à un art diagnostique basé sur des symptômes « internes » aux corps, en opposition aux signes extériorisés, et fondé sur des domaines en pleine évolution comme la physiologie, la biochimie, l'infectiologie...

Cette spécialité s'est développée en réponse à une sur-spécialisation médicale. Un retour à une médecine prenant en globalité le patient est devenu nécessaire. Pierre Godeau, un des pères fondateurs de la Médecine Interne française, cite Blaise Pascal dans son livre, *Les héritiers d'Hippocrate* : "*Puisqu'on ne peut être universel et savoir tout ce qui peut se savoir, il faut savoir un peu de tout. Car il est plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose ; cette universalité est la plus belle*".

Dans les années 1970 des services de Médecine Interne apparaissent aux Etats-Unis (formation de la society of general internal medicine en 1977 et naissance du journal du même nom en 1986), au Canada puis en Europe (13). En France, en 1975 la création du syndicat national des médecins de médecine interne (SNSMI) puis de la société nationale française de médecine interne (SNFMI) en 1979, joue un rôle dans la reconnaissance de cette spécialité (14).

Presque exclusivement présent en milieu hospitalier, le médecin interniste se positionne en relai de la médecine générale, pédiatrique et gériatrique entre les spécialités d'urgence, d'organe et des techniques de pointe, il centralise la prise en charge d'affections sévères et multiviscérales, et notamment des maladies rares, systémiques, inflammatoires, dysimmunitaires et génétiques (15).

I.3. Effort de législation et encadrement

I.3.1. Encore un peu d'Histoire

Les autorités ont depuis longtemps essayé de définir un cadre légal d'exercice des soins. En Mésopotamie, on sait qu'il existait déjà une législation médico-sociale par le code d'Hammourabi (1750 avant JC). Un des premiers textes législatifs est l'Edit du Roy, rédigé par le roi de France Louis XIV, (1638-1715), paru en mars 1707 : l'alinéa XXVI rend alors l'exercice de la médecine licenciée obligatoire, après une formation de trois ans, dispensée par une faculté de médecine (16).

A la suite de la Révolution française, les multiples réformes dans les lois suppriment les corporations et écoles médicales aboutissant à un essor de soignants libres et de charlatans. Pour réagir aux débords sanitaires qui ont suivi, trois écoles de santé nationales sont créées à Paris, Strasbourg et Montpellier en 1794 (17). Pendant la période du Consulat, la loi du 10 mars 1803 encadre la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé et redéfinit l'exercice illégal de la médecine (18). Au XIX^e il y a plusieurs thérapeutes qui vont se côtoyer dans leur exercice : les docteurs en médecine diplômés de l'école de santé aux cotés des officiers de santé (non diplômés mais qui doivent valider une formation), des matrones accoucheuses, des religieuses, et des guérisseurs qui gardent un rôle central dans les milieux ruraux et classes populaires (19). En 1892 le parlement finit par voter la loi Chevandier qui abolit ce statut d'officier de santé et unifie la profession de santé réservée aux docteurs en médecine (20). Au XX^e, le Conseil de l'Ordre des Médecins voit ensuite le jour sous sa forme actuelle en 1945 (21).

De nos jours, le ministère de la santé, sur sa dernière mise à jour de 2017, rappelle le cadre législatif et propose un encadrement très strict des pratiques médicales : L'exercice des professions médicales et d'auxiliaires médicaux est encadré par le code de la santé publique. Les professionnels de santé sont titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné dans le même code qui sanctionne des études dont le programme est validé par le ministère de la santé et/ou le ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Tous les professionnels de santé doivent être inscrits au registre partagé des professionnels de santé (RPPS) pour les professions médicales ou au fichier ADELI pour les autres professions. L'exercice de la médecine est réservé aux seuls médecins. Ceux-ci doivent être inscrits au tableau du conseil de l'ordre des médecins. Le public peut vérifier cette inscription sur le site du conseil national de l'ordre des médecins. Les chirurgiens-dentistes et les sage-femmes exercent une profession médicale à compétence limitée. Ils sont inscrits auprès de leurs ordres respectifs. (*article L.4111-1 et L.4112-1 du code de la santé publique*).

Toute personne qui, sans être médecin- ou hors de leur sphère de compétences pour les chirurgiens-dentistes, les sage-femmes et les biologistes-médicaux - prend part à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement de maladies, réelles ou supposées, par acte personnel, consultations verbales ou écrites, exerce illégalement la médecine. Des sanctions (2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende) sont encourues pour l'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de biologiste-médical. (*article L.4161-1 et L.4161-5 du code de la santé publique*)

Depuis 2010, la direction générale de la santé finance un programme pluriannuel d'évaluation des Pratiques de soins non conventionnelles (PSNC). Elle confie ainsi à l'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 demande ensuite un avis complémentaire la Haute autorité de santé (HAS) ou au Haut conseil de la santé publique(HCSP) (1).

Il existe de nombreux organismes vers lesquels se tourner en cas de litige avec un praticien de PSNC : l'ordre de la pratique concernée, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), la Miviludes (mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) créée en 2002, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (*article L.5122-15 du CSP*) etc.

Ainsi que des associations de patients : Le collectif interassociatif sur la santé (CISS), le centre contre les manipulations mentales (CMM) etc. (1).

I.3.2. Demande de reconnaissance

Paradoxalement, face à ces médecines non conventionnelles qui ont évolué de manière marginale et souvent secrète, il y a une réelle demande d'encadrement de la part des patients qui souhaitent d'autres options thérapeutiques et surtout de la part des praticiens pour faire valoir leur savoir-faire de manière légitime. La validation scientifique de ces pratiques divise le corps médical à cause du manque de preuves solides.

L'ordre des médecins a reconnu 4 de ces pratiques : l'homéopathie (1997), l'ostéopathie (2002), l'acupuncture (2002) et la mésothérapie (2003). De plus sont autorisées comme pratique médicales légales d'après la loi du 4 mars 2002 (commission Nicolas) l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie et la chiropraxie (1).

Néanmoins, le cadre législatif étant en perpétuel remise en question en fonction des nouvelles données scientifiques, un arrêté a fixé le déremboursement progressif de l'homéopathie qui est complet à partir du 1^{er} janvier 2021 devant le manque de preuves d'efficacité et mêmes plusieurs universités, Lille par exemple, ont fait le choix de suspendre cet enseignement au sein des DU. L'Ordre national des médecins a décidé en 2019 de mettre fin aux conditions du droit au titre vis à vis de l'homéopathie (22).

I.3.2.1. Les formations

Les médecines non conventionnelles ne sont pas du tout abordées dans les études médicales européennes alors que les étudiants y sembleraient plutôt favorables (23).

Il faut attendre le troisième cycle pour que l'enseignement de certaines pratiques donne lieu à des certifications : seule l'acupuncture peut aboutir à un diplôme d'état. Les autres formations délivrent des diplômes d'université (DU) et diplômes interuniversitaires (DIU) (phytothérapie,

hypnose, homéopathie, médecine chinoise) seulement ouverts au cursus médical et paramédical ou diplôme spécifique délivré après une formation (ostéopathie, chiropraxie). Le ministère de la santé précise qu'il sont "placés sous la seule responsabilité d'une ou de plusieurs universités. Ces diplômes ne signifient pas, ipso facto, que l'efficacité et l'innocuité de la technique sont prouvées. Ce sont des diplômes complémentaires qui, à eux seuls, ne donnent pas le droit à l'exercice d'une profession de santé."

Il existe des écoles ou des formations délivrées par des organismes privés dont on peut citer quelques exemples, mais ils sont "sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu, et sans reconnaissance par l'Etat des diplômes délivrés" (1).

-l'institut psynapse héritage qui propose des formations rebouteux, magnétiseurs, shia-tsu et reiki (24).

-l'école française de magnétisme ou l'académie européenne d'hypnose (25).

-L'école française des médecines douces qui est "le fruit de l'union d'enseignants et de praticiens passionnés des métiers du bien-être, désireux de partager leurs savoirs et compétences. » et proposent des formations en hypnose, sophrologie, phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie, lithothérapie...(26)

I.3.2.2. Les regroupements

Afin de se donner du poids, de très nombreuses associations et syndicats ont été fondées, parmi lesquels :

-GNOMA (groupement national organisation médecine alternatives), crée en 1951, par le Dr chirurgien Charles Claoue et le magnétiseur Charles de Saint Savin (27)

-syndicat national des magnétiseurs et praticiens en méthodes naturelles et traditionnelles (SNAMAP) est en activité depuis 1997

-RITMA, le regroupement des intervenants et thérapeutes en médecine alternative et complémentaire a été créée en 2004 pour « promouvoir les médecines alternatives, accompagner les patients en leur garantissant des services professionnels de qualité et assurant une crédibilité aux thérapeutes »(28)

-Terre ALTERNATIVE, fondée en 2013, a pour objectifs de « développer un réseau de professionnels travaillant en complémentarité pour faire connaître la diversité de leurs pratiques dans la relation d'aide, le bien-être et le développement de la personne » (29)

I.4. Les Limites scientifiques de l'utilisation des MAC

I.4.1. Mécanismes physio-thérapeutiques ?

Un des forts obstacles à la reconnaissance des médecines alternatives auprès des scientifiques est le manque de donnée sur les mécanismes d'actions, alors que sont souvent évoqué des raisons spirituelles, magiques, de flux d'ondes ou énergies, d'équilibre entre le bien et le mal...

Néanmoins, il existe de plus en plus d'études qui s'intéressent à leur fonctionnement. Il peut s'agir d'explications à l'échelle biocellulaire, biochimique, moléculaire (voies de signalisation, communication intercellulaire, sécrétion hormonale...) ou épigénétique. Par exemple dans le jeûne, les modifications des voies métaboliques auraient, outre l'amélioration des taux de cholestérol et lipides, des effets bénéfiques sur l'inflammation, les phénomènes oxydatifs, la régénération et le vieillissement cellulaire (30).

I.4.2. Efficacité ?

L'autre obstacle est l'obtention de preuve d'efficacité : Certaines études ne rapportent pas de bénéfice, beaucoup arrivent à montrer des améliorations significatives par rapport aux contrôles ou placebo, mais les résultats sont difficilement interprétables car elles sont réalisées sur de petits effectifs et avec des lacunes dans la méthodologie ; à ce jour aucune n'a pu affirmer leur efficacité avec un haut niveau de preuve.

Dans les domaines des douleurs chroniques (31,32) ou en oncologie (33), les thérapies de manipulations (massages, acupuncture) et gymnastique douce (Yoga, Tai-chi, Qi-gong) permettraient d'amoinrir de nombreux symptômes : douleurs (musculo-squelettiques, mécaniques et neuropathique), fatigue, troubles psychiques (anxiété, dépression, insomnie) et ainsi améliorer la qualité de vie des patients.

Les préparations à base de plantes et les compléments alimentaires, toutefois à manier avec prudence aux vues des risques de surdosage et interaction, sembleraient utiles : le millepertuis pour la dépression, l'extrait de Ginkgo biloba pour la démence et la supplémentation en probiotiques qui peut réduire considérablement les diarrhées secondaires aux antibiotiques (34).

I.4.3. Dérives et dangers ?

Plusieurs pratiques ne sont pas encadrées par des professionnels de santé et exposent le patient à des risques :

-erreur ou retard diagnostic et thérapeutique

-dérive thérapeutique sans respect des indications ou contre-indications, comme des régimes drastiques, des manipulations dangereuses, ou encore l'utilisation de produits non sécurisés. Par exemple, des dissections artérielles sont rapportées dans les suites de manipulations cervicales (35), la survenue de pneumothorax suite à une mauvaise piqûre en acupuncture n'est pas si rare (36). Diverses analyses sur des échantillons de plantes médicinales traditionnelles chinoises ont mis en évidence la présence anormale de métaux lourds, de plantes toxiques et même d'espèces animales menacées (37). En Asie il est fréquent d'utiliser des herbes pour réduire les effets des chimiothérapies mais il manque des données pharmacologiques pour s'assurer de l'absence d'effets secondaires sur des patients avec des insuffisances rénales et hépatique et d'interaction avec les chimiothérapies (38).

-refus ou arrêt de traitements indispensables : cela se voit surtout pour les maladies chroniques comme les cancers où certains patients choisissent de se tourner en priorité et /ou exclusivement vers des médecines alternatives, diminuant leur chance de survie (39).

-un des points à soulever est la part *financière* de ces médecines non soumises à des réglementations ou au remboursement de la sécurité sociale qui peut représenter de très fortes sommes (consultations, soins, produits...). La NCCIH rapporte que en 2016 les américains ont dépensés dans les pratiques non conventionnelles 30 milliards de dollars, soit 9.2% de leurs dépenses de soins, non remboursés (40).

Ces médecines qui font appels à des croyances, au spirituel ou à la magie peut atteindre des patients déjà vulnérables par leur maladie et conduire à des abus financiers, ou des mouvements sectaires, comme le dénonce le rapport de la Miviludes en 2011 (41).

La publication de la direction de l'information légale et administrative mets en garde les utilisateurs :

«-certaines de ces pratiques non conventionnelles ont certainement une efficacité sur des symptômes, mais celle-ci est insuffisamment ou non démontrée.

- des pratiques n'ont pas d'efficacité sur les symptômes mais ne présentent pas de risques pour la santé. Elles peuvent cependant entraîner une perte de chance pour les personnes atteintes de maladies graves en retardant leur prise en charge.
- d'autres, n'ont pas fait preuve d'absence de dangerosité ou peuvent avoir des effets nocifs pour la santé, et doivent donc être systématiquement proscrites.
- des sites internet diffusant ces pratiques peuvent afficher un label de qualité qui ne signifie pas pour autant que les effets et risques d'une technique ont été évalués scientifiquement.
- les traitements dispensés apparaissent plus personnalisés, mais ils n'offrent pas les mêmes garanties d'efficacité et de sécurité que la médecine conventionnelle.
- les effets indésirables des PSNC sont mal, voire non connus, car il n'y a pas eu d'évaluation rigoureuse préalable à leur emploi, et peu ou pas de données publiées. De plus, les professionnels qui utilisent ces PSNC ne déclarent pas ces effets indésirables » (1).

I.5. Relation triangulaire patient – médecin – praticien.

Le patient arrive en consultation ou hospitalisation avec son bagage d'histoire personnelle, d'idée fixées sur la maladie, la médecine, les thérapeutiques et il n'est pas toujours simple « d'être sur la même longueur d'onde ».

I.5.1. Le patient et ses motivations

Aussi bien les croyances populaires anciennes ancrées dans les mœurs que l'accessibilité à des médecines traditionnelles multiples et internationales peuvent influencer le comportement des patients. Il existe autant de raisons pour avoir recours à diverses pratiques que de médecines alternatives elles-mêmes : elles vont varier entre les individus mais également chez le même individu en fonction de l'état de santé du moment.

Il existe des facteurs communs chez ces personnes se tournant vers des médecines alternatives : elles sont suivies pour des maladies chroniques (oncologie (42)), des pathologies ostéoarticulaires et douleurs chroniques multiples. Une étude retrouve des variables socio-démographiques (âge moyen, sexe féminin, niveau d'éducation inférieur, absence d'affiliation religieuse et indicateurs économiques inférieurs) et d'état de santé (perception de soi, handicap) partagées (43).

Les patients ont de multiples motivations pour se tourner vers les MAC :

Tout d'abord, de nombreuses personnes aspirent à un mode de vie sain, en réaction aux fléaux modernes (alimentation industrielle, réseaux sociaux en excès, un train de vie surchargé...)

En cas d'état pathologique, les patients évoquent d'autres raisons :

-le manque d'accès aux soins : avec les déserts médicaux et les longs délais d'attente de consultation, il est parfois plus facile d'avoir des rendez-vous avec des thérapeutes divers. De plus les guérisseurs ne demandent pas toujours de rémunérations, les tarifs sont libres ou fonctionnent sur du simple troc (44).

-la prise médicamenteuse : les patients craignent le risque iatrogène, le CGSP rapporte que la première raison évoquée par les Français est de prendre moins de médicaments et d'échapper à leurs effets secondaires. A l'idée d'ingurgiter des produits issus de l'ingénierie pharmaceutique, ils préfèrent prendre des produits naturels à bases de plantes.

-la fuite d'un système médical débordé : face à des consultations rapides les empêchant de s'exprimer, des diagnostics portés après des techniques d'investigation invasives et d'imageries... qui leur semble déshumanisé et découpant le patient en plusieurs spécialités d'organes, ils préfèrent une médecine dite « holistique, naturelle, douce » (45).

-le manque de résultats : une grande partie des patients ayant recours aux MAC sont atteints de maladie chronique, souvent à composante douloureuse et ils espèrent être soulagés par des thérapies alternatives (46).

-la culture : les croyances religieuses, les origines ethniques, les mœurs familiaux et l'avis de l'entourage va beaucoup influencer les choix des patients et leur crédulité face aux options thérapeutiques. Il s'agit parfois d'une quête de sens pour expliquer le pourquoi de leur maladie et d'un désir d'autonomisation (47).

La grande majorité des patients considère ces pratiques comme complémentaires afin de potentialiser toutes les thérapeutiques, permettant d'être actif dans leur démarche de guérison, et de garder une cohérence dans leur conception de la santé et d'un mode de vie sain (48).

Les patients évoquent également des motifs de non-recours aux médecines alternatives : absence de croyance, manque de preuve, inefficacité, peur du charlatanisme, n'ayant pas entendu parler de ce genre de pratiques (44).

I.5.2. Les thérapeutes des médecines alternatives

Les praticiens sont des professionnels de santé ou toute autre catégorie de personne offrant leurs services de soin. Comme on a pu le voir sur la partie de l'enseignement, il n'existe que quelques formations (acupuncture, phytothérapie, homéopathie, ostéopathie, chiropraxie) aboutissant à des diplômes reconnus et réservées aux professions médicales. Les autres certifications délivrées par des organismes de santé ne sont pas agréées par le système de santé : magnétisme, sophrologie, massothérapie...

Parfois, moins formellement, les praticiens expliquent que l'enseignement de leur pratique est familial, d'un maître à un élève ou même il peut s'agir d'un don inné révélé plus ou moins tardivement : rebouteux, coupeur de feu, voyants... (44)

I.5.3. Le médecin

Les médecins ont des avis très divergents à propos des pratiques de MAC : quelques fois ils pratiquent eux-mêmes ces médecines alternatives, ou ils les encouragent. Sinon ils blâment le manque de preuve scientifique, ils y sont rarement opposés mais craignent souvent des dérives médicales par manque d'encadrement.

D'autres ont un avis plus tranché : on peut citer la publication d'une tribune en 2018 contre les dérives des médecines alternatives récoltant 124 pétitions de médecins qui évoquent un « non-respect du serment d'Hippocrate et accusent même l'ordre des médecins de tolérer des pratiques en désaccord avec son propre code de déontologie et les pouvoirs publics d'organiser et de financer ces pratiques ». Dans les suites du débat, un groupe de professionnels de santé a décidé de se constituer en association, le collectif « fakemed », afin d'informer les professionnels de santé et le public et de lutter contre les pratiques de soins « non scientifiques, déviantes, délétères, aliénantes ou sectaires » (49).

Très souvent le sujet est difficile à aborder en consultation et les patients craignent que leur médecin y soit réfractaire (50). Cela participe à un manque de communication qui s'avère plus néfaste que d'informer ouvertement le patient sur les bienfaits, les risques d'inefficacité ou les dangers et contre-indications potentiels des MAC.

I.6. Enjeux au cœur de l'actualité mondiale

I.6.1. En quelques chiffres

On référence sur Pubmed plus de 390.000 résultats au sujet des « alternative medicine » qui ont été étudiées au niveau international dans de nombreuses pathologies. Il est difficile d'estimer la pratique de ces MAC qui restent encore « tabous » pour certains utilisateurs et guérisseurs exerçant dans le secret.

La prévalence de l'utilisation des médecines alternatives est de 26 % (moins de 10% en Bulgarie, en Pologne et en Slovénie et plus de 50% en Chine continentale, aux Philippines et en Corée). Plus de 80 % des personnes éprouvent de la satisfaction à l'égard du traitement en Europe, en Asie et aux États-Unis (43).

Le rapport du CGSP publié en octobre 2012 révèle que 70 % des habitants de l'Union européenne ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins 1 fois dans leur vie et que 25% y recourent chaque année. Le taux d'utilisation dépend des maladies et atteint par exemple 80% dans le cadre du cancer (51).

L'OMS recense plus de 400 pratiques de médecines alternatives. Sur une enquête en 2012, il est montré que 30 % des 130 pays interrogés proposent des programmes d'enseignement pour les médecines complémentaires (52).

Ces thérapies sont à la charge des patients et il s'agit d'un enjeu économique très important. L'OMS chiffre à plusieurs dizaines de milliards d'euros le marché mondial de la médecine traditionnelle (51).

En 2015, 6155 médecins français ont déclaré un titre ou une orientation de médecine alternative et complémentaire : 1 sur 5 exerce à l'hôpital, 91 % concerne l'homéopathie, l'acupuncture ou l'ostéopathie. Selon l'ordre des médecins, 40 % des français auraient recours au MAC. La proportion augmente chez les personnes atteintes de maladie chronique. 56% des français ont déjà eu recours à l'homéopathie. La France est le premier producteur de médicaments homéopathiques (52).

II. Le Limousin

II.1. Aménagement territorial

II.1.1. Géographie

Le Limousin, intégré à la région administrative de Nouvelle-Aquitaine depuis 2016 regroupe les 3 départements de la Corrèze (1900), la Creuse (2300) et la Haute Vienne (8700).

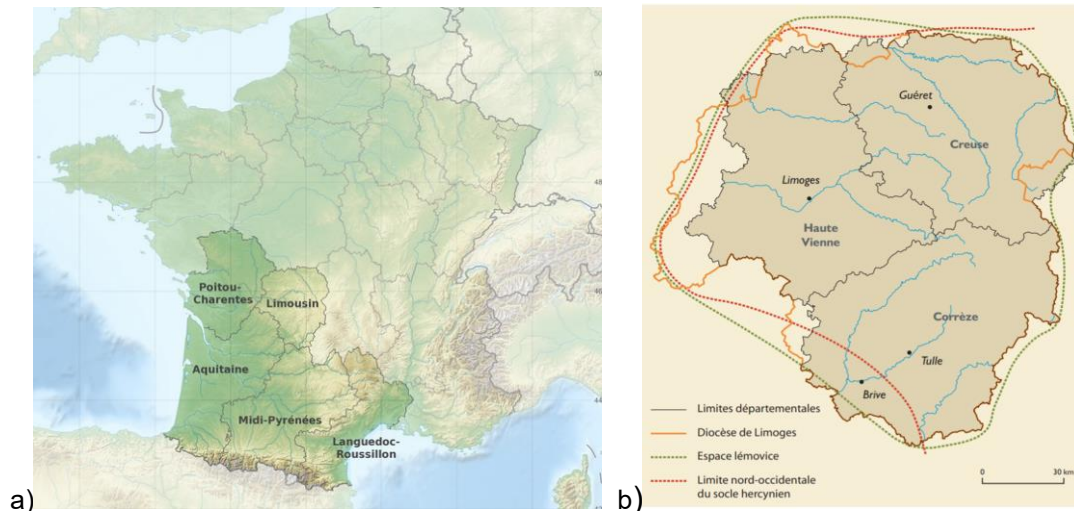


Figure 1 : cartographie du limousin

a) le limousin dans la région sud-ouest wikipedia.org/wiki/Fichier:France_relief_location_map_South_West

b) les délimitations conservées dans le temps et dans l'espace (53)

II.1.2. Démographie

Le vieillissement de la population est contre balancé avec une importante présence étudiante attirée par la cité universitaire le temps des études, mais ensuite les départs sont massifs dans la tranche 25-30 ans (54).

L'aire d'attraction est centrée sur Limoges qui compte plus du tiers des habitants du département dont 8.4 % vivent en dehors d'une zone urbaine. La densité de la population reste faible (6,8 habitants /km²) par rapport à la moyenne métropolitaine (119 habitants /km²) (54).

II.1.3. Économie et activité

La pauvreté monétaire reste préoccupante avec un revenu moyen inférieur de 400 euros à la moyenne en Nouvelle-Aquitaine. En 2018, 15,5% des habitants de Haute-Vienne vivent sous le seuil de pauvreté et les plus touchés sont les communes les plus excentrées et à fort caractère rural. (figure 2) Ces régions isolées pâtissent également d'une moins bonne accessibilité aux équipements et services de la vie courante (commerce alimentaire, enseignement secondaire, installation culturelle, médecine générale et spécialisée) (54).

Les catégories socio-professionnelles se répartissent inégalement entre 0,1 % dans l'agriculture, 2,3% dans le commerce et artisanat puis 8,5% comme cadres et professions intellectuelles, 10% d'ouvriers, ensuite 13% de catégories intermédiaires, 15% d'employés et enfin 22% sans activités et 28% retraités (55). Plus précisément, les domaines de la santé et du social occupent une place économique prépondérante et tournent leurs actions sur les retraites, comme celles de l'association d'aide pour les personnes à domicile (ASPAD), traduisant un besoin accru pour les plus âgés (54).

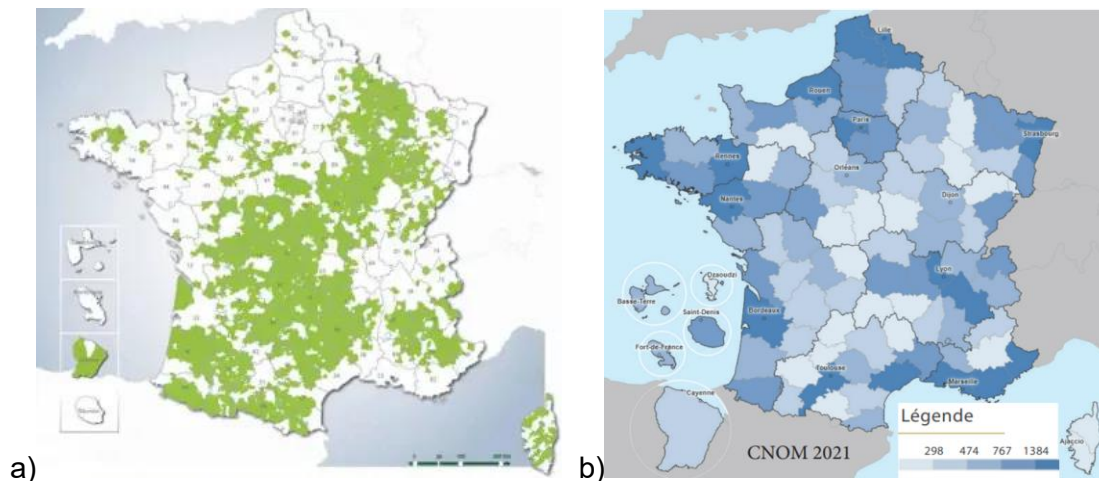


Figure 2 : caractéristiques du territoire :

a) zone de revitalisation rurale en vert : en 2021, plan d'aide fiscales et sociales pour aider le développement des entreprises sur des territoires ruraux reconnus comme fragiles sur le plan socio-économique : le Limousin est au cœur de cette problématique, cohesion-territoires.gouv.fr/zonages-daides-aux-territoires-ruraux

b) Nombre de médecin généraliste en activité régulière en 2021 : le Limousin et en particulier la creuse a une très faible densité médicale, *Atlas démographie médicale*

II.2. La médecine dans le Limousin

II.2.1. Démographie médicale actuelle

L'accessibilité aux soins est une préoccupation majeure à l'échelle nationale mais se ressent particulièrement dans certaines régions moins attractives. La densité médicale est faible en creuse, comme dans d'autres départements ruraux et de plus en plus de patients peinent à trouver un médecin traitant. (figure 2)

II.2.2. Enseignement médical

La faculté de médecine de Limoges ouvre ses portes en 1968 (56) et suit le mouvement actuel entre médecine moderne et intégration des MAC en proposant des diplômes universitaires spécialisés en conseil phytothérapie et aromathérapie, en hypnose médicale, en relaxation psychothérapique ou plus récemment en thérapies complémentaires.

II.2.3. La particularité des guérisseurs

Les MAC sont souvent inspirées de pratiques en provenance des quatre coins du monde mais la France regorge d'une « médecine traditionnelle » propre représentée par les guérisseurs et rebouteux.

Le Larousse juge le guérisseur comme « une personne qui prétend obtenir la guérison des maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable et qui agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine. »

Des livres entiers tentent de décrire l'histoire de ces guérisseurs, tâche très complexe liée à leurs pratiques variées, et surtout relevant d'une tradition secrète. Leur dénomination varie selon les régions et on peut trouver des barreurs, charmeux, cogneux (le morvan), cougnoux (le forez), dépiqueurs, désensorcelleurs, désenvouteurs, endevinaires (le languedoc), géobiologues, magnétiseurs, leveur de maux (le berry et la bretagne), remégueux (le berry), rhabilleur (la bretagne), signadoris (la corse), toucheurs (le poitou) (57). Cette médecine parallèle est particulièrement ancrée dans le Limousin qui a été longtemps et reste encore une zone rurale, isolée, pauvre et démedicalisée.

Cette région est toujours imprégnée du culte des saints et des fontaines magiques, des légendes des messes noires d'Ambazac, sorciers du Berry et jeteuse de sort de Mayssac en Corrèze... (58) N'importe qui originaire de la région peut raconter des histoires personnelles et familiales de brûlures guéries par des « coupeurs ou barreurs de feu ». Il est très difficile d'établir une démographie ou des statistiques sur les guérisseurs. On peut citer un ethnologue qui a recensé de façon non exhaustive la présence de 64 rebouteux et guérisseurs sur la commune de Limoges entre 1945 et 1970 (59).

Il me semble opportun de présenter les travaux de thèse d'exercice de deux prédécesseurs diplômés en médecine générale pour illustrer le sujet des guérisseurs limousin :

-Entre tradition et modernité : en 2018, Valentine Vidano a pu rencontrer sept guérisseurs : ils expliquent que leurs pratiques peuvent être issues d'une transmission familiale ou d'un apprentissage mais relèvent souvent d'un certain don. Ils soignent souvent des problèmes cutanés, articulaires, uro-digestifs, ou iatrogènes. Ils ont un temps d'écoute, de parole puis de soin : gestuelle, rituel oral, pharmacopée, instruments comme des photographies, des baguettes, ils parlent souvent de « prendre le mal sur eux ». Certains pratiquent de manière traditionnelle, rustique, à domicile ou à distance, sans rémunération ou alors en étant installé avec des prises de rendez-vous et des grilles de tarification (60).

-Entre méfiance et curiosité : en 2020, Aurore Branchu, a interrogé des médecins généralistes sur les médecines alternatives et complémentaires, utilisées par 52% de ces médecins pour compléter leur pratique : homéopathie (38%), phytothérapie et mésothérapie (15 %) et aromathérapie, hypnose, coupeur de feu, endobiogénie (8 %). A propos des guérisseurs, il persiste une retenue à en parler, mais les médecins sont conscients que leur présence reste bien ancrée dans les mœurs. Les médecins semblent ouverts aux pratiques des guérisseurs mais sont méfiants devant des mauvaises expériences de retard de prise en charge ou d'interactions avec les soins médicaux (44).

Les guérisseurs se sont donc adaptés à l'époque moderne avec des pratiques entre tradition secrète et revendication d'acte de soin et restent un élément du patrimoine ancestral régional. Ces pratiques ont déjà été abordées en médecine générale dans le Limousin mais il n'y a pas eu de travaux portant sur des patients hospitalisés, notamment dans un service de Médecine Interne.



Figure 3 : patrimoine culturel du Limousin
a) Fontaine saint-Martial à Jabreilles-les-bordes
b) Bonne Fontaines Saint Jean à Cussac, tourisme-hautevienne.com/patrimoine-et-visites

III. Les maladies auto-immunes en Médecine Interne

Après avoir introduit le sujet vaste des médecines multiples, le décor d'un limousin traditionnel, il nous reste à présenter les patients de Médecine Interne, acteurs de pathologies rares et méconnues.

III.1. Les maladies auto-immunes

Les maladies auto-immunes (MAI), concernant 5 à 8 % de la population mondiale, résultent d'un dysfonctionnement du système immunitaire qui s'attaque aux constituants normaux de l'organisme. Elles peuvent être spécifiques d'un organe, comme le diabète de type 1, la sclérose en plaque, la polyarthrite rhumatoïde ou systémiques avec des atteintes multiviscérales.

Les mécanismes étiologiques sont loin d'être tous élucidés et les facteurs physiopathologiques sont multiples : prédisposition génétique, exposition environnementale à des agents infectieux ou polluants, facteurs hormonaux, microbiote... (61)

Et comme « un train peut en cacher un autre », ces maladies ont des mécanismes dysimmunitaires qui se croisent et les patients peuvent associer plusieurs maladies, syndromes ou symptômes : lupus érythémateux systémique, syndrome de Gougerot-Sjögren, syndrome des anti-phospholipides, syndrome de SHARP...

Notre travail portera sur 3 MAI systémiques fréquemment rencontrées en médecine interne et dont la prise en charge est assez codifiée.

III.1.1. Le lupus érythémateux systémique

Le mot « lupus » viendrait du latin « loup » en description des lésions de la peau ressemblant à des morsures de loup et/ou de leur localisation malaire qui font penser à un masque de carnaval. « Érythémateux » fait référence à la couleur rouge des lésions.

Il existe une forme purement cutanée mais celle qui va nous intéresser est la forme systémique avec plusieurs atteintes d'organes possibles.

Le lupus érythémateux systémique (LES) touche 1/1000 à 1/3000 habitants (inférieure au seuil des maladies rares de 1/2000) et entre 30000 et 60000 patients en France.

physiopathologie : Les mécanismes exacts qui déclenchent la maladie se sont pas bien connus mais des prédispositions génétiques et certains facteurs ont été identifiés : hormonaux (œstrogènes), rayons ultra-violet du rayonnement solaire, virus, médicaments, tabac et silice. L'exposition à ces facteurs provoque la libération extracellulaire anormale de débris, appelés corps apoptotiques, provenant du noyau et des membranes phospholipidiques (62).

Ce matériel normalement intracellulaire est présenté aux cellules du système immunitaire et entraîne leur activation :

-*au niveau de la réponse humorale* : des lymphocytes B auto-réactifs vont produire des auto-anticorps dirigés contre des éléments du noyau (anti -nucléaire, ADN, nucléosome, histone, ribonucléoprotéine...) et de la membrane (anti-phospholipide).

-*au niveau de la réponse cellulaire*, il y a une production de lymphocytes T cytotoxiques, une orientation vers un profil de réponse Th2 prédominant et une diminution des lymphocytes T régulateurs, favorisant l'emballement de la réponse immunitaire.

Ces cellules auto-réactives, associées à des complexes immuns et l'activation du complément entraînent un infiltrat inflammatoire au niveau des différents tissus cibles (cutané, articulaire, rénal...) responsable des lésions et des dysfonctionnements d'organe (63).

description clinique : La maladie évolue souvent par poussée, accompagnée de signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre. Les atteintes organiques, plus ou moins graves, sont multiples : cutanéomuqueuse (photosensibilité, lupus discoïde, ulcérations, syndrome de raynaud), neuropsychiatrique (épilepsie, vascularite cérébrale, myélite, dépression, anxiété), polyarthralgie, cardio-pulmonaire (péricardite, pleurésie, pneumopathie interstitielle), rénale (néphropathie glomérulaire), hématologiques (cytopénies)

Des critères diagnostics (ACR/EULAR 2019 ou SLICC 2012) et des scores de sévérités (SLEDAI) permettent d'unifier les prises en charge. (annexe 1) (64)

traitements : Le traitement de fond repose sur les antipaludéens de synthèse (plaquenil) associés selon la gravité à un traitement immunomodulateur (corticothérapie, methotrexate, cyclophosphamide, azathioprine, cellcept, rituximab, belimumab etc.) (65).

III.1.2. Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est caractérisé par un syndrome sec touchant les muqueuses mais peut également donner des atteintes systémiques.

Il peut être secondaire, c'est à dire associé à une autre maladie dysimmunitaire comme le lupus érythémateux systémique, ou primaire, isolé chez un patient. C'est la plus fréquente des MAI systémiques (2 à 4 % de la population générale), et la forme primaire touche 47/100 000 en Europe. Notre sujet se limite au syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SGSp).

physiopathologie : Il y a une infiltration lympho-plasmocytaire des organes qui entraîne une altération de leur fonctionnement, en particulier les glandes exocrines salivaires et lacrymales expliquant le syndrome sec.

description clinique : Il survient le plus souvent entre 40 et 60 ans, avec une prépondérance chez la femme (9 femmes/ 1 homme). Le syndrome sec se manifeste par une sécheresse cutanéomuqueuse : peau, (xérose), oculaire (xérophtalmie), buccale (xérostomie), vaginale. Il peut se compliquer localement par des kérato-conjonctivites, infections et déchaussements dentaires, tuméfactions des glandes salivaires. Les atteintes extra-glandulaires peuvent entraîner une asthénie, des douleurs diffuses type myalgie, une adénosplénomégalie, des polyarthrites, des lésions cutanées (purpura, phénomène de raynaud), des neuropathies périphériques, trachéobronchites et pneumopathies interstitielles, néphropathies tubulaires et se compliquer de lymphome.

Le diagnostic s'aide des critères de classification ACR/EULAR 2016. (annexe 1)

traitement : Le traitement du syndrome sec est symptomatique (larmes artificielles, substituts salivaires, hydratants, lubrifiants). Les atteintes extra-glandulaires peuvent nécessiter des immunomodulateurs (66).

III.1.3. La sclérodermie systémique

La sclérodermie systémique (SS) est une maladie caractérisée par l'atteinte du tissu conjonctif et vasculaire au niveau de plusieurs organes.

Il existe des formes cutanées strictement localisées à la peau et des formes systémiques que l'on classe en cutanée limitée (l'atteinte est distale, sous les coudes et les genoux, elle peut toucher le visage mais épargne le thorax), cutanée diffuse (atteinte proximale touchant les bras, les cuisses et/ou le thorax) ou sans atteinte cutanée (*sine scleroderma*).

physiopathologie : Également mal connue, des facteurs environnementaux ont été mis en cause comme l'exposition à la silice (syndrome d'Erasmus) ou aux solvants.

Des populations du système immunitaire (les lymphocytes, les cellules endothéliales et les fibroblastes) sont impliquées dans l'accumulation de collagène provoquant une fibrose cutanée et viscérale et des atteintes touchant la microcirculation responsable des troubles vasculaires (troubles trophique, microangiopathie).

description clinique : L'âge moyen de survenue est entre 45 et 65 ans avec 4 femmes pour 1 homme. L'atteinte microcirculatoire est quasi constante avec un phénomène de raynaud atypique, dont l'apparition peut précéder de plusieurs années les autres symptômes, des ulcérations digitales et des télangiectasies. L'infiltration cutanée se manifeste par une sclérose rendant un aspect de la peau tendu et épaissi, une rétraction digitale, des doigts boudinés, une limitation de l'ouverture buccale. Les atteintes systémiques font la gravité de la maladie et se compliquent de pneumopathie interstitielle diffuse, d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), de crise rénale, de cardiomyopathie et d'atteinte digestive (reflux gastro-œsophagien, ralentissement du transit, troubles sphinctérien, dénutrition).

Le diagnostic est posé à l'aide des critères de classification ACR/EULAR 2013. (annexe 1)

traitements : Les traitements proposés sont surtout préventifs, symptomatiques ou visent à ralentir la progression des atteintes : protection contre le froid, soins locaux, massages pour lutter contre la sclérose cutanée, inhibiteur de la pompe à proton et prokinétique pour les troubles digestifs, inhibiteur de l'enzyme de conversion en prévention des atteintes rénales. Les traitements peuvent être plus lourds en fonction de la gravité des atteintes d'organe (corticothérapie, immunosuppresseurs) ou vasculaires nécessitant des traitements spécifiques : perfusion d'iloméline dans les ulcères digitaux réfractaires et en cas d'HTAP des inhibiteurs des récepteurs de l'endothéline (bosentan), inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V (sildénafil), prostacyclines de synthèse (epoprostenol)... (67).

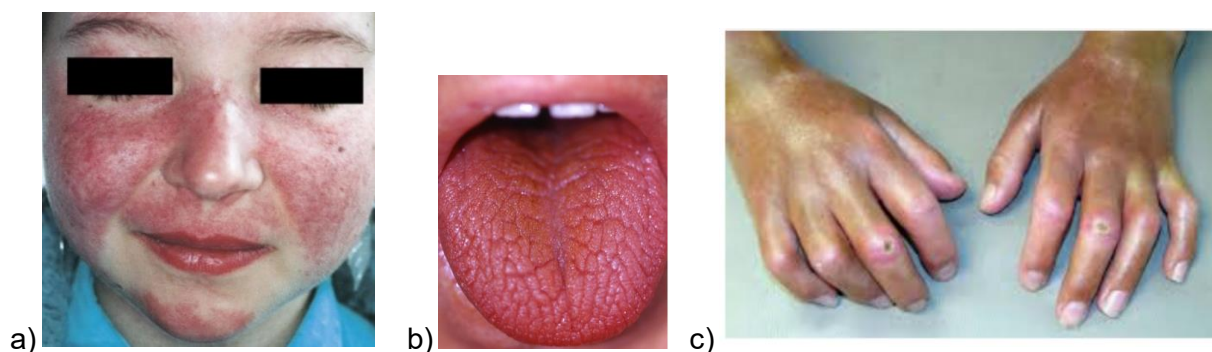


Figure 4 : atteintes cliniques des maladies auto-immunes :

a) érythème en vespertilio dans le LES, http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_18/site/html/1.html

b) xérostomie marquée dans le SGSP, Patricia Senet, A.P.-H.P.Tenon, DU maladie systémique

c) sclérodactylie et ulcérations cutanées dans le SS, *Journal international de médecine*

III.2. Caractéristiques communes de ces maladies auto-immunes

Ces maladies sont rares, de mécanismes complexes et mal connus. Il est difficile pour les patients de comprendre les causes de leur maladie et de se projeter car l'évolution est imprévisible : cela peut nuire à l'acceptation de celle-ci et à l'adhésion thérapeutique.

Ce sont des maladies chroniques, non curables à ce jour et de pronostic variable : il peut y avoir un fond symptomatique permanent, des évolutions par poussée avec des atteintes localisées ou systémiques. Elles sont souvent associées à une asthénie et des douleurs résiduelles non ou peu améliorées par les traitements médicaux.

Les complications peuvent être fonctionnelles (la sécheresse cutanéomuqueuse des SGSp ou la rétraction des mains liées à la sclérodactylie dans la SS sont très invalidantes), esthétiques (les lésions dermatologiques discoïdes sur le visage des patients ayant un LES

sont difficiles à porter) et viscérales (les insuffisances d'organes aiguës ou chroniques tels que les atteintes rénales et pulmonaires définissent la gravité et le pronostic vital). La maladie peut prendre une grande place dans le quotidien des malades, que ce soient les symptômes, les traitements ou le suivi qui demande des hospitalisations, des examens biologiques, radiologiques ou plus invasifs comme des biopsies ou des cathétérismes vasculaires.

Le terrain est également particulier : ces MAI touchent principalement les femmes jeunes entre 15 et 50 ans et on retrouve fréquemment des troubles psychologiques.

III.2.1. Maladies auto-immunes et troubles psychosomatiques : cause/conséquence ?

Les MAI et les troubles psychosomatiques sont intrinsèquement liés :

-parfois un stress psycho-somatique (deuil, séparation, accouchement, acte chirurgical...) est le facteur déclenchant d'une MAI chez une personne avec des prédispositions.

-les troubles psychiques peuvent être une manifestation des atteintes du système nerveux central, liée directement aux anticorps ou par l'intermédiaire de médiateurs inflammatoires et neurotransmetteurs.

-et enfin, des troubles psychologiques peuvent survenir de manière réactionnelle aux complications de la maladie, à l'altération de la qualité de vie ou enfin être un effet secondaire de la corticothérapie.

III.2.1.1. Stress comme facteur déclenchant

Les pathologies liées au stress (trouble de stress post-traumatique, réaction de stress aiguë, trouble d'adaptation et autres réactions de stress) entraînent un sur-risque de développer une MAI. Il est intéressant de noter que les patients souffrant de stress post-traumatique traité par antidépresseur type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont un risque atténué de survenue de MAI (69). Au niveau des mécanismes biologiques, une situation de stress pourrait activer le système nerveux autonome et induire une dysrégulation de la fonction immunitaire et une désinhibition de la réponse inflammatoire. Il a également été rapporté qu'un taux de cortisol excessivement bas, en particulier dans les traumatismes en début de vie, pouvait entraîner une production amplifiée de cytokines pro-inflammatoires, une suractivation du système immunitaire et un vieillissement accéléré des cellules immunitaires. D'autres mécanismes retrouvés sont en rapport à un changement de mode de vie après un traumatisme comme la perturbation du sommeil, l'abus de substances toxiques comme l'alcool, le tabac et les drogues qui peut indirectement modifier le risque de MAI (69).

Pour citer un exemple, il a été rapporté que les personnes présentes aux attaques du 11 septembre 2001 sur le World Trade Center, exposées au nuage de poussière et au syndrome de stress post-traumatique, présentaient un risque, respectivement 2 et 3 fois plus élevé de développer une MAI (71 polyarthrites rhumatoïdes, 22 maladies de Gougerot-Sjögren, 20 lupus érythémateux systémique, 9 myosites, 7 maladies mixtes du tissu conjonctif et 4 sclérodermies ont été comptées) (70).

III.2.1.2. Manifestations neurologiques

Le neurolupus est une des présentations du LES et peut se manifester par des troubles psychiatriques et psychologiques (71).

Il existe plusieurs mécanismes conduisant à un dysfonctionnement cérébral :

-des lésions liées à la réponse auto-immune et inflammatoire, mettant en jeu des médiateurs de l'inflammation et des neurotransmetteurs traversant de manière anormale la barrière hématoencéphalique et la formation intrathécale de complexes immuns. L'implication des INF de type I est décrite, parmi lesquelles on trouve l'INF-alpha qui peut altérer les

neurotransmetteurs comme la sérotonine, générer des métabolites toxiques cérébraux, activer la microglie responsable des lésions synaptiques et conduire aux symptômes neurologiques focaux et psychiques (dépression, trouble cognitifs). Il existe une prédisposition génétique avec mutation de TREX 1 qui entraîne une augmentation de l'INF de type I (80).

-des lésions ou occlusions vasculaires liées à la microangiopathie causée par les auto-anticorps, des complexes immunitaires, des dépôts de complément, à la leucoagglutination et à l'athérosclérose accélérée (71).

Si au cours du SGSsp les atteintes neurologiques sont plus souvent périphériques, on retrouve également des présentations des atteintes du système nerveux central similaire au lupus (73).

III.2.1.3. Profils neuropsychologiques et troubles de personnalité

Les troubles psychologiques peuvent aller de simples traits de personnalité particuliers jusqu'à des troubles de personnalité invalidants et de nombreuses études se sont intéressées au sujet : la personnalité d'un individu intègre sa cognition, ses émotions et peut être modulée par l'environnement et les épisodes de stress ou traumatisme. On peut développer l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI-125) qui permet d'évaluer les 7 dimensions de la personnalité définies par C. Cloninger dans son modèle psychobiologique selon :

-4 traits de tempérament : recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense et persistance

-3 traits de caractère : autodétermination, coopération et transcendance

Par rapport à la population générale, il a été retrouvé que les patients atteints de MAI (LES, SGSsp, SS) présentaient des traits dépressifs et anxieux plus marqués et que leur capacité de résilience étaient altérées, rendant plus difficile l'expression de leurs émotions. Ils ont un évitement du danger et une transcendance plus importante, c'est à dire qu'ils ont plus de facilité à croire au spirituel. Au contraire, ils ont une dépendance à la récompense, une autodétermination (maturité individuelle) et une coopération (maturité sociale) plus faible (68).

De plus, les patients suivis pour un SGSsp auraient des scores plus élevés en matière de névrose, d'anxiété, d'obsession et de détresse psychologique et un score faible en matière de sociabilité (74) (75).

Ces traits de personnalité particuliers peuvent induire une « pensée magique » exacerbée pouvant les influencer dans leur choix thérapeutique, et par exemple les inciter à stopper les thérapies conventionnelles au profit d'autres prises en charges plus spirituelles.

III.2.1.4. Association à des maladies psychiatriques

L'association à des troubles de l'humeur (dépression et bipolarité), de l'anxiété, du sommeil et à une fatigue chronique est largement décrite chez les patients suivis pour un LES, un SGSsp ou une SS. Il est intéressant de noter que si les MAI sont associées à une incidence plus élevée de troubles psychiatriques, l'inverse est également vrai (76).

La recherche est très active sur le sujet et de nombreux mécanismes seraient impliqués dont le dysfonctionnement immunitaire, des réactions inflammatoires et de stress oxydatif au niveau du système nerveux central responsables de troubles psychiatriques (76). Les interleukines IL6 et IL10 sont également étudiées car elles sont connues pour être associées à la dépression mais leur rôle dans les troubles psychiatriques chez les patients lupiques n'est pas encore établi. De plus l'IL10 est responsable de la réponse à médiation Th2 qui entraîne une augmentation de l'activation des cellules B, un changement de classe d'IgG et une production accrue d'anticorps (77).

III.2.1.5. Conséquences sur l'altération qualité de vie

Toutes les maladies chroniques, avec des complications fonctionnelles et organiques qui peuvent altérer la qualité de vie sont un facteur de risque de développer des troubles psychologiques. Il est facile de comprendre que des patients atteints de SS qui présentent, outre les complications vitales, des séquelles fonctionnelles et esthétiques très invalidantes (rétraction des mains, nécroses des extrémités digitales et amputations, visage momifié, troubles sphinctériens...) peuvent rencontrer des difficultés à adapter leur mode de vie et soient plus enclin à développer un syndrome dépressif. Des facteurs de risques ont été identifiés comme la fatigue, la réduction de l'activité physique, la diminution de la qualité de vie et un faible niveau socio-économique (78) (79).

En pratique courante, les plaintes psychologiques sont peu abordées car sont souvent relayés au second plan derrière la prise en charge somatique. Pourtant, elles ont un impact négatif sur le handicap et la qualité de vie des patients (80).

La prise en compte de ces troubles de personnalité, psychique et psychiatrique, qu'ils soient causes ou conséquences des maladies auto-immunes, doivent faire partie intégrante d'une prise en charge globale et multidisciplinaire du patient.

III.2.2. Traitements et soins de support

Les prises en charge des MAI ont bénéficié de grandes avancées thérapeutiques grâce aux immunomodulateurs, mais ils ont leurs limites.

Il y a de nombreuses mesures associées qui visent à réduire les facteurs favorisant (protection solaire, arrêt tabac), les symptômes et les effets secondaires des traitements. En Médecine Interne l'utilisation d'une corticothérapie prolongée est courante et les patients sont soumis à des surveillances contraignantes : règles hygiéno-diététique, suppléments vitaminiques, examens complémentaires...

Même lorsque le traitement est optimal vis-à-vis des atteintes d'organes et que nos critères d'évaluations cliniques et biologiques sont satisfaisants pour le médecin, il persiste souvent des plaintes subjectives résiduelles (fatigue, douleurs...) qui sont difficiles à prendre en charge par les médecins car ne reposent pas sur des mécanismes bien compris ou des paramètres objectifs.

L'éducation thérapeutique au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire (médecins internistes, spécialistes d'organes, infirmières, kinésithérapeutes...) est indispensable à la réussite des soins et participe à améliorer la santé et la qualité de vie du patient et de celle de ses proches. Il est souvent proposé des médicaments symptomatiques et des suivis psychosomatiques mais les patients sont demandeurs d'autres options thérapeutiques.

Les patients de Médecine Interne, avec un profil psychologique fragile, suivi pour des MAI, chroniques, de mécanisme inconnu, avec un suivi lourd réunissent donc des conditions favorables à l'utilisation de MAC. Pourtant, si certaines sont admises pour leurs bienfaits, d'autres peuvent, au contraire, être nuisibles si elles conduisent à des arrêts thérapeutiques, des interactions médicamenteuse (notamment les immunosuppresseurs, anticoagulant, anti-infectieux...), des dénutritions sur régimes drastiques...

IV. L'utilisation des MAC en Médecine Interne

Il existe de plus en plus d'études et notamment des essais contrôlés traitant de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires (MAC) dans des maladies auto immunes (MAI) comme la polyarthrite rhumatoïde (81–84) et la sclérose en plaque (85,86), dont certaines montrent des résultats prometteurs quant à leur effets bénéfiques sur l'activité de la maladie et la qualité de vie des patients.

Néanmoins, la littérature est moins abondante sur le lupus érythémateux systémique (LES), la maladie de Gougerot-Sjögren (SGSp) et la sclérodermie systémique (SS). Une revue de la littérature réalisée en 2022 rapporte que les essais cliniques à propos des MAC dans le LES en Chine manquent encore de rigueur méthodologique (87).

Sans faire une revue exhaustive de la littérature, on peut développer quelques thérapies.

IV.1. Quels sont les effets clinico-biologiques des MAC dans les MAI ?

IV.1.1. L'approche du corps : santé physique

IV.1.1.1. Exercices et activités sportives

Les exercices réguliers vont permettre aux patients d'améliorer leur fonctions physiques (musculo-squelettique, coordinations, respiration...) ainsi que la perception de leurs capacités et leur bien être mental, fortement liées à la qualité de vie (88).

Les patients peuvent être limités dans les activités par leur handicap et il faut pouvoir leur proposer des exercices de gymnastique douce :

-le *yoga* est une discipline basée sur le maintien de postures permettant de travailler le renforcement musculaire, les assouplissements, l'équilibre et la respiration afin de prendre conscience de son corps. La pratique est très bien tolérée car peut s'adapter à tous les niveaux, aux limitations des capacités et à la fatigue (89).

-le *Tai-Chi-Chuan* est également une discipline douce proposant des enchaînements lents de postures, qui a montré ses effets positifs sur l'endurance physique, l'équilibre, la qualité du sommeil, la fatigue, l'anxiété et la dépression(90).

En parallèle des améliorations sur les symptômes et la qualité de vie, il est intéressant d'essayer d'objectiver des critères biologiques qui expliqueraient les effets cliniques. Il faut encourager l'activité physique qui a démontré une réduction des marqueurs inflammatoires dans la circulation et favorise la tolérance immunitaire (91). Chez des personnes saines, la pratique régulière de *Tai-Chi* a induit, en plus d'un effet positif sur la mobilité fonctionnelle et la sensation de bien-être, une augmentation du rapport entre les cellules T auxiliaires et les cellules suppressives (CD4/CD8), en faveur d'une meilleure tolérance immunitaire (92). Dans la polyarthrite rhumatoïde, la pratique du *yoga* associée au traitement standard a permis une diminution plus importante de l'activité de la maladie et des marqueurs inflammatoires (IL1-alpha et cortisol) que le groupe avec traitement standard seul (93). Une autre étude montre la réduction des marqueurs biologiques de stress oxydatif, corrélée à une amélioration clinique de l'activité de la maladie (81).

Ces gymnastiques douces pourraient donc être proposées aux patients et personnes fragiles.

IV.1.1.2. Techniques de manipulations

Il existe d'autres disciplines qui touchent à la manipulation du corps. Quelques techniques de *massages* ont montré une diminution des douleurs articulaires et de la consommation d'antalgiques dans les MAI comme la polyarthrite rhumatoïde (83).

Nous pouvons développer un autre exemple, l'*acupuncture*, issue de la médecine chinoise taoïste ayant pour but de rétablir un déséquilibre entre des énergies externes et internes, le Yin et le yang, en appliquant des aiguilles sur des points situés sur un système de circulation de flux appelé méridien, ce qui provoque des sensations de plénitude (qi) ou de lourdeur (Te qi). Plus scientifiquement, il a été rapporté que les points d'*acupuncture* spécifiques sont facilement activés en raison de leur composition spéciale de vaisseaux sanguins, de mastocytes et de fibres nerveuses. Il est supposé que ces points agissent par des voies neurologiques inhibitrices de « gate control » et sur le système nerveux autonome. Les signaux mettent en jeu des neurotransmetteurs (opioïdes, glutamate, dopamine, acétylcholine...), facteurs inflammatoires (CXCL3CL1, IL10, TNF...) et d'autres mécanismes moléculaires complexes (94). Une équipe a analysé en double aveugle un groupe avec l'utilisation de vrais points de méridiens qui a montré une amélioration significative des articulations sensibles et gonflées, de la force des bras et de l'état de santé chez des patients suivi pour une polyarthrite rhumatoïde par rapport à un groupe contrôle sur des points fictifs (84). Un autre étude dans la polyarthrite rhumatoïde montre qu'une thérapie complémentaire d'*acupuncture* abdominale a permis une meilleure amélioration des paramètres cliniques et inflammatoires (CRP, VS et facteur rhumatoïde) par rapport au traitement immunosuppresseur seul (82).

En plus de la symptomatologie douloureuse, l'*acupuncture* a été évaluée dans les troubles viscéraux. Dans le SGS_p, le traitement par aiguille serait plus efficace que le sulfate d'hydroxychloroquine pour améliorer les symptômes de la sécheresse buccale (débit salivaire), oculaire (volume de larme) et réduire les taux d'immunoglobine IgG sérique. (95) De plus, chez les patients atteints de SS, les troubles de motilité intestinale se manifestent par une stase gastro-intestinale, des troubles de malabsorption (ballonnements, douleurs, troubles du transit) et se compliquent de dénutrition. Il semblerait que des techniques autosuppression et l'électro *acupuncture* transcutanée puisse entraîner une amélioration des symptômes digestifs (96).

IV.1.1.3. Alimentation, suppléments et plantes

Il est évident qu'une bonne hygiène de vie passe par une alimentation équilibrée, aussi bien pour améliorer sa condition physique que pour réduire les effets secondaires liés à certains traitements comme la corticothérapie.

La nutrition est une spécialité qui se développe de plus en plus en parallèle des avancées des connaissances sur l'intestin, son microbiote et des liens physiopathologiques avec de nombreuses maladies (97). En ce sens, des essais de *supplémentations* par vitamine D, acides gras oméga 3, N-acétyl-cystéine et le curcuma semblent prometteurs pour réduire l'activité de la maladie du LES.(98)

Les remèdes à bases de plantes comme la *phytothérapie* et la *médecine chinoise* sont attractifs car paraissent « naturel » dans l'esprit collectif, avec peu de toxicité ou de réactions indésirables (99). La médecine traditionnelle chinoise propose des dérivés de plantes (*tripterygium wilfordii*, pivoine) qui pourraient par exemple avoir un effet anti-inflammatoire dans la néphrite lupique (100). Néanmoins, il persiste un manque de données pharmacologiques pour s'assurer de leur efficacité et innocuité (100,101). Des études s'efforcent à mieux comprendre les effets biologiques. Les produits naturels peuvent moduler les médiateurs inflammatoires et oxydatifs, réguler la production ou la fonction des cellules immunitaires, atténuant ainsi les manifestations expérimentales et cliniques des maladies inflammatoires (102). Par exemple la combinaison d'un traitement standard et d'un remède à base de plante L (Long Dan Xie Gan Tang) et C (Zhi Bai Di Huang Wan) en médecine chinoise

a montré une diminution des marqueurs de lésions endothéliales et pourrait permettre une diminution des doses de corticothérapie chez des patients lupiques (103). Des approches moléculaires offrent de nouvelles perspectives pour comprendre les mécanismes d'actions pharmacologiques : des expériences *in vitro* suggèrent que le *gui-zhi-fu-ling-wan*, une formule classique de la médecine chinoise utilisée dans la SS, pourrait agir en supprimant la prolifération des fibroblastes et en diminuant l'expression des cytokines Th1 (TNF- α , MIP-2 et IL-6) (104).

IV.1.2. L'approche psychique : santé mentale

Il existe de nombreuses thérapies qui permettent aux patients de mieux gérer leurs émotions et leurs plaintes psychomotrices.

Les *thérapies cognitives comportementales* (TCC) qui sont déjà utilisées en pratique courante en psychiatrie, ont montré des effets positifs dans la gestion des troubles de l'anxiété, de l'humeur et de la douleur chronique chez des patients lupiques (88). La psychothérapie basée sur la *pleine conscience* comprenant des techniques de balayage du corps et de respiration permettrait aux patients d'accepter la maladie et ainsi de diminuer les comportements d'évitement et les états émotionnels négatifs (105).

L'*hypnose* thérapeutique est une technique de suggestion mentale reconnue pour permettre de gérer des émotions, les ressentis douloureux ou de modifier des comportements. Elle a également des applications en psychiatrie (troubles anxieux, dépression, troubles du sommeil, alimentaires, conduites addictives), anesthésie et dans la gestion des douleurs aiguës et chroniques (obstétrique, dentaire...) (106). L'hypnothérapie, ayant par exemple montré son efficacité dans l'amélioration du bien-être de patients suivis pour une sclérose en plaque, (86) pourrait être envisagée dans de nombreuses maladies chroniques avec retentissement psychosomatique.

IV.1.3. L'intérêt d'une vision holistique

Il a été discuté précédemment des profils neuropsychiatriques particuliers des patients suivis pour des MAI. Les limitations physiques, accentuées par la fatigue, la douleur et la dépréciation du corps sont intrinsèquement liées aux symptômes psychiques et le tout a un impact sur l'environnement personnel, professionnel et social (88).

Ces MAI sont des maladies chroniques qui touchent les personnes jeunes et il est important de les autonomiser dans leur prise en charge pour améliorer l'acceptation de leur état de santé et l'adhésion aux soins. Plusieurs pratiques MAC comme les exercices physiques et les psychothérapies comportementales et méditatives nécessitent une participation volontaire des patients, ce qui contribue au sentiment de reprendre le contrôle de leur santé et d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques (107).

Il semble donc important d'avoir une approche globale des patients en leur proposant, en plus des traitements recommandés, des moyens actifs d'améliorer leur bien-être physique et psychique tout en conservant le lien corps-esprit (108).

IV.2. Où en sont les preuves d'efficacité dans les connectivités ?

Les praticiens sont quotidiennement amenés à prendre des décisions thérapeutiques qui doivent répondre à des critères de validité, d'efficacité et d'innocuité.

La prescription de *plantes médicinales* (phytothérapie, aromathérapie et homéopathie) peut se référer aux listes des plantes médicinales et aux monographies françaises sur les substances d'origine végétales et préparations homéopathiques validées par l'ANSM (109).

Les références sur les autres MAC sont limitées et nous n'avons retenu que quelques études cliniques pertinentes qui peuvent conforter les médecins dans la prise en charge des MAI.

IV.2.1. Dans le lupus érythémateux systémique

Une revue de la littérature parue en 2019 a sélectionné 15 essais contrôlés randomisés (ECR) avec groupe contrôle incluant 846 patients, dont les résultats sont résumés en annexe 2.

-sur 8 ECR portant sur des interventions physiques : Les *exercices aérobiques* (marche, course, vélo, natation, au moins 30 minutes 3 fois par semaine) (n=2) améliorent la fatigue et la qualité de vie (n=3).

-6 ECR s'intéressent à des *interventions psychologiques* : la psychoéducation (travail sur la communication de couple, l'auto-efficacité, résolution de problèmes, soutien social) améliore la fatigue (n=1), les techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de TCC en pleine conscience et de biofeedback associée à la TCC améliorent la dépression (n=3). Cette dernière améliore également les douleurs (n=1). La qualité de vie est améliorée par la psychoéducation (n=1), la TCC (n=2) et la TCC en pleine conscience (n=1).

-1 seul ECR de faible puissance sur l'*acupuncture* ne démontre pas d'effet significatif. Aucune étude ne montre une amélioration de l'activité de la maladie (108).

IV.2.2. Dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif

Il n'existe que peu d'ECR, de qualité médiocre, qui n'apportent pas de preuves formelles mais plutôt des perspectives thérapeutiques pour l'augmentation du débit salivaire grâce à des techniques d'*acupuncture* (110–112), à l'*homéopathie* (113) et à la *médecine traditionnelle chinoise* (114). Par exemple les granules de Sheng-Jin-Run-Zao-Yang-Xue sembleraient améliorer la sécheresse buccale et oculaire (115).

Seul un ECR de méthodologie correcte réalisé sur 320 patients en 2019 montre que le *composé actif de pivoine* (total glucoside of peony : TGP) diminue la sécheresse oculaire, buccale, vaginale, la fatigue et les douleurs avec une bonne tolérance (116).

IV.2.3. Dans la sclérodémie systémique

Il existe encore moins de données dans la SS mais on trouve une étude décrivant le potentiel de l'*acupuncture* dans les troubles gastro-intestinaux liés à la dysmobilité (96), une autre montrant l'intérêt d'une *intervention assistée par un animal* dans l'amélioration significative de la douleur, de l'anxiété, des névroses ainsi que des interactions sociales (117).

Une autre revue de la littérature en 2019 sélectionnant des ECR propose, sous réserve d'une petite taille des échantillons, l'utilisation de :

-*vitamine E topique* en complément pour aider à la cicatrisation des ulcères digitaux

-certains *probiotiques (lactobacillus)* pour soulager les troubles digestifs (reflux gastro-œsophagien, distension abdominale). Cependant ils sont encore classés comme compléments alimentaires et non produit de santé par les autorités de sécurité alimentaire.

Il y a également des effets prometteurs avec la vitamine D, les acides gras essentiels, la L-arginine, le curcuma, les méthodes de biofeedback de la température et l'*acupuncture* (118). Dans un essai clinique paru en 2020 sur 28 patients, le *Tai-Chi* s'est avéré significativement supérieur au groupe « exercice à domicile » en terme d'amélioration de l'équilibre, de la qualité du sommeil, et des symptômes de fatigue, d'anxiété et de dépression (90).

Pour finir, on en revient à la conclusion de tout article traitant du sujet : il faut des études de haut niveau de preuve afin de pouvoir valider ou écarter de manière scientifique ces MAC.

V. Conclusion de l'introduction

Ce travail s'intéresse aux patients de Médecine Interne, fragiles, enclins au spirituel, atteints de maladies auto-immunes altérant la qualité de vie et réunissant les conditions favorables à l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires, en particulier dans la région enclavée du Limousin, haut lieu de tradition de guérisseurs.

V.1. Objectifs

D'après la littérature et les données actuelles de nos connaissances dans le service de Médecine Interne de Limoges, l'étude ALTER-MAI est la première sur le sujet.

L'objectif principal est d'évaluer la prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires chez les patients suivis dans le service de Médecine Interne de Limoges pour une maladie auto-immune.

Notre objectif secondaire est de faire un état des lieux complet de ces pratiques afin d'en décrire les modalités, leurs effets sur les patients ainsi que de déterminer des facteurs d'association selon les caractéristiques des patients et de leur maladie.

IV.2 Enjeux

L'intégration des médecines alternatives et complémentaires à la médecine conventionnelle est au cœur d'une problématique de santé publique mondiale avec retentissements politiques et économiques majeurs.

Dans le service de médecine interne du CHU de Limoges, ces informations nous permettront de mieux cibler les besoins du patient, de respecter ses choix et de lui proposer des thérapies encadrées multidisciplinaires et sans remise en cause des traitements conventionnels.

Il s'agit de comprendre la place de ces thérapies dans la prise en charge des patients afin de maintenir une alliance thérapeutique.

ARTICLE

Prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires chez des patients suivis pour des maladies auto-immunes dans le service de Médecine Interne du CHU de Limoges

INTRODUCTION

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) évoluent en parallèle d'une médecine dite conventionnelle (enseignée dans les universités, débouchant sur un diplôme de docteur, soumise à une validation scientifique rigoureuse fondée sur des preuves et un cadre législatif strict) (1). 70% des habitants de l'union européenne en 2012 ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins une fois dans leur vie et 25 % d'entre eux y recourent chaque année (51). Ces MAC sont composées d'un très large éventail de pratiques. Si certaines sont admises pour leurs bienfaits, d'autres pourraient être nuisibles si elles sont mal encadrées (ruptures thérapeutiques (39), interactions médicamenteuses (38), régimes alimentaires ou exercices et manipulations corporelles inadaptées (35,36) etc.).

Les patients ayant une maladie auto-immune (MAI) systémique de type lupus érythémateux systémique (LES), syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SGSp) et sclérodémie systémique (SS) pourraient être particulièrement enclins à se tourner vers ces pratiques car il reste souvent des symptômes (asthénie, douleur) qui ne sont pas ou peu améliorés par les traitements médicamenteux conventionnels (74,77,79). Le stress psychosomatique joue également un rôle comme facteur déclenchant ou réactionnel (69). Ces patients ont par ailleurs plus fréquemment des traits dépressifs et anxieux, et/ou une capacité plus importante à croire au spirituel (68).

Les études positives concernant spécifiquement les MAC au cours du LES (108), du SGSp (110–116) ou de la SS (90,96,117,118) sont rares et de faible qualité méthodologique. Nous manquons également de données de vie réelle au sujet de l'utilisation des MAC au cours des connectivites. Chez les patients suivis pour un SGSp ou une SS en Europe, nous n'avons aucune donnée de prévalence ou permettant de décrire ces pratiques (type, fréquence, coût annuel, motifs, modalités...). L'unique étude menée en occident en 2000 chez des patients lupiques évalue la prévalence de l'utilisation des MAC à presque 50% (119).

Ainsi l'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'utilisation des MAC chez des patients suivis dans le service de Médecine Interne de Limoges pour un LES, un SGSp ou une SS, de décrire les modalités de ces pratiques et de déterminer des facteurs d'association entre la pratique des MAC, les caractéristiques des patients et la maladie.

Mieux comprendre la place de ces MAC dans la prise en charge des patients permettra de mieux cibler leurs besoins, les accompagner et leur proposer des thérapies multidisciplinaires encadrées, sécurisées afin de maintenir une alliance thérapeutique.

MATERIEL et METHODE :

schéma de l'étude : Le projet ALTER-MAI réalisé dans le service de Médecine Interne du CHU de Limoges est une étude observationnelle monocentrique prospective validée par le comité de protection des personnes en mars 2019.

participants : Les critères d'inclusion sont les patients suivis en Médecine Interne de Limoges pour un LES répondant aux critères de l'ACR/EULAR et/ou SLICC, pour un SGSp ou une SS selon les critères ACR/EULAR respectifs, et ayant signé un consentement.

Ne sont pas inclus les patients privés de liberté, mineurs, majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou d'une mesure de sauvegarde de justice ou incapable de comprendre le protocole.

Le nombre d'inclusions nécessaires a été calculé à 145, en fonction de la prévalence globale nationale estimée à 40% (120) avec une précision de 8% de l'intervalle de confiance à 95%.

recueil des données : La période d'inclusion, initialement estimée à 6 mois a été prolongée suite à la crise sanitaire du COVID19, de septembre 2019 à septembre 2021. Il s'agit d'un questionnaire proposé en hospitalisation ou en consultation, constitué d'une partie médicale à remplir par le médecin et d'une partie à saisir par le patient sur ses pratiques. (annexe 3)

A noter, chaque patient pouvait noter plusieurs pratiques de MAC. Seules les MAC réalisées pour des motifs en lien avec leur MAI (symptômes attribués à la maladie, aux effets secondaires des traitements...), selon la perception des patients, sont recueillies.

1. L'objectif principal de ce travail original est d'évaluer la prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires chez les patients suivis dans le service de Médecine Interne de Limoges pour un LES, un SGSp ou une SS.

Notre objectif secondaire étant de faire un état des lieux de ces pratiques dans le service de médecine interne à l'aide de scores et échelles, on se propose de :

2.1 décrire les modalités de ces pratiques (type, fréquence, durée de la pratique, recommandation, budget annuel), les motifs et leurs effets (ressenti physique et mental).

2.2 déterminer les facteurs d'association entre la pratique des MAC et :

-les caractéristiques des patients (âge, sexe, origine ethnique, milieu de vie, profession, l'existence de trait dépressif et ou anxieux (23) par un auto-questionnaire validé (HAD scale) (121)

-la maladie (diagnostic, durée d'évolution calculée par la différence entre la date de début des symptômes et la date d'inclusion, les traitements, et la qualité de vie physique et mentale (score SF36, sur 100) (122).

analyse statistique : Toutes les analyses sont réalisées à l'aide du logiciel R (version 3.2.2). Le degré de significativité pour l'ensemble des analyses est fixé à 5%. Les variables quantitatives sont décrites selon la moyenne \pm écart type ou la médiane et l'intervalle interquartile, et les variables qualitatives selon les effectifs et pourcentages (critère de jugement principal). Un test t de Student ou de Mann-Whitney permet d'analyser le nombre de patient, les scores et échelles et un test de Chi2 ou de Fisher les variables de durée. Une régression logistique est réalisée afin de déterminer les facteurs explicatifs d'une utilisation de médecine alternative. Après des analyses de régression logistique univariées des facteurs prédictifs de la médecine alternative, les variables dont la valeur p est inférieure à 0,30 sont incluses dans un modèle logistique multivarié. Le modèle multivarié initial a été simplifié par une méthode d'élimination arrière par étapes, de sorte que le modèle final ne comprenne que les variables significativement associées à la variable étudiée. Les analyses suivent les recommandations STROBE de 2007 (123).

RESULTATS :

Il y a eu 121 dossiers analysés pour 121 participants (LES n= 47, SGSp n= 31, SS n= 43).

Tableau 1 : caractéristiques de notre population d'étude.

	Ne pratique pas N=54	Pratique N=67	Total 121	p-value
	N (%) or mean (SD) and median [IQR]			
DEMOGRAPHIE				
Age	55.20 (15.65)	56.97 (11.91)	56.17 (13.69)	0.7276
	58.50 [45.75, 65.75]	58.50 [47.00, 66.75]	58.50 [47.00, 66.25]	
Sexe				0.0697
Homme	11 (20.4)	5 (7.5)	16 (13.2)	
Femme	43 (79.6)	62 (92.5)	105 (86.8)	
Lieu de vie				0.8416
Urbain	18 (35.3)	20 (31.7)	38 (33.3)	
Rural	36 (64.7)	47 (68.3)	83 (66.6)	
Influence culturelle occidentale	44 (77.3)	64 (95.4)	108 (88.1)	0.0042
PATHOLOGIE				
Pathologie				0.7439
L	22 (40.7)	25 (37.3)	47 (38.8)	
SGSp	12 (22.2)	19 (28.4)	31 (25.6)	
SS	20 (37.0)	23 (34.3)	43 (35.5)	
Délai symptômes/diagnostic	3.15 (6.21)	1.74 (2.43)	2.38 (4.58)	0.5458
	0.00 [0.00, 3.00]	1.00 [0.00, 2.00]	1.00 [0.00, 2.00]	
Délai diagnostic/aujourd'hui	11.06 (9.74)	13.65 (8.71)	12.47 (9.24)	0.0412
	8.00 [5.00, 14.75]	13.00 [7.00, 19.00]	11.00 [6.00, 17.50]	
ACTIVITE				
Catégorie socio-professionnelle				0.6930
agriculteur/exploitant	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (0.9)	
artisan/commerçant	7 (14.6)	8 (13.8)	15 (14.2)	
cadre/intellectuelle supérieure	3 (6.2)	3 (5.2)	6 (5.7)	
profession Intermédiaire	4 (8.3)	5 (8.6)	9 (8.5)	
employé	23 (47.9)	35 (60.3)	58 (54.7)	
ouvrier	10 (20.8)	7 (12.1)	17 (16.0)	
Activité				0.2625
en activité	22 (42.3)	29 (43.3)	51 (42.9)	
retraité	20 (38.5)	28 (41.8)	48 (40.3)	
sans emploi	5 (9.6)	1 (1.5)	6 (5.0)	
arrêté	5 (9.6)	9 (13.4)	14 (11.8)	
TRAITEMENTS				
Cortisone	19 (35.2)	23 (34.3)	42 (34.7)	1.0000
Plaquenil	25 (46.3)	32 (47.8)	57 (47.1)	1.0000
Immunosuppresseurs	10 (18.5)	15 (22.4)	25 (20.7)	0.7666
Biothérapie	4 (7.4)	2 (3.0)	6 (5.0)	0.4054
Antidépresseur	3 (5.6)	14 (20.9)	17 (14.0)	0.0182
Neuroleptique	3 (5.6)	5 (7.5)	8 (6.6)	0.7306
Anxiolytique	7 (13.0)	13 (19.4)	20 (16.5)	0.4827
Palier I	21 (38.9)	29 (43.3)	50 (41.3)	0.7624
Palier II	8 (15.1)	14 (20.9)	22 (18.3)	0.5632
Palier III	2 (3.7)	1 (1.5)	3 (2.5)	0.5854
SCORES				
SF-36 Physique	44.77 (9.70)	39.56 (9.51)	41.80 (9.89)	0.0046
	45.90 [39.00, 51.75]	38.40 [32.90, 46.00]	43.35 [34.98, 50.02]	
SF-36-Mental	41.62 (10.64)	41.71 (12.24)	41.67 (11.53)	0.9251
	40.70 [33.25, 51.85]	43.80 [31.80, 52.20]	42.00 [33.12, 52.12]	
HAD-Anxiety	8.36 (3.89)	8.52 (3.59)	8.45 (3.70)	0.8166
	9.00 [6.00, 11.00]	8.00 [6.00, 11.00]	8.50 [6.00, 11.00]	
HAD-Depression	5.62 (3.61)	6.03 (3.91)	5.86 (3.78)	0.6273
	6.00 [2.00, 9.00]	6.00 [3.00, 8.00]	6.00 [2.00, 8.00]	

La description de la population d'étude est rapportée sur le tableau 1.

Elle est composée d'une majorité de femmes (87%, n=105), âgées en moyenne de 56 ans, d'origine occidentale (88%, n=108), vivant en milieu rural (67%, n=83), et en activité professionnelle (43%, n=51).

Au niveau thérapeutique, 35 % des patients sont sous corticothérapie (n=42) et 26 % sous traitement de seconde ligne (immunosuppresseurs, biothérapie) (n=31). Il y a 37 % des patients qui nécessitent des traitements psychotropes (n=45) et 62 % des antalgiques de paliers I à III (n=75).

Les scores de qualité de vie SF36 s'élèvent à 42 /100 et les scores HAD montrent la présence possible d'anxiété mais pas de dépression (moyennes respectivement à 8,5 et 6).

L'analyse de ces données nous a permis de répondre à nos objectifs :

1. La proportion des patients de notre étude pratiquant des MAC dans le cadre de leur MAI s'élève à 55%, ce qui est au-dessus de la moyenne nationale (40%) sans être significatif ($p=0.3682$) (120).

Les MAC sont pratiquées chez 53% des LES (n= 25), 53% des SS (n=23) et 61% des SGSp (n=19). Il n'est pas mis en évidence de différence significative de prévalence entre ces différents sous-groupes ($p = 0,74$)

2.1 On s'intéresse ensuite à décrire les différentes pratiques de MAC :

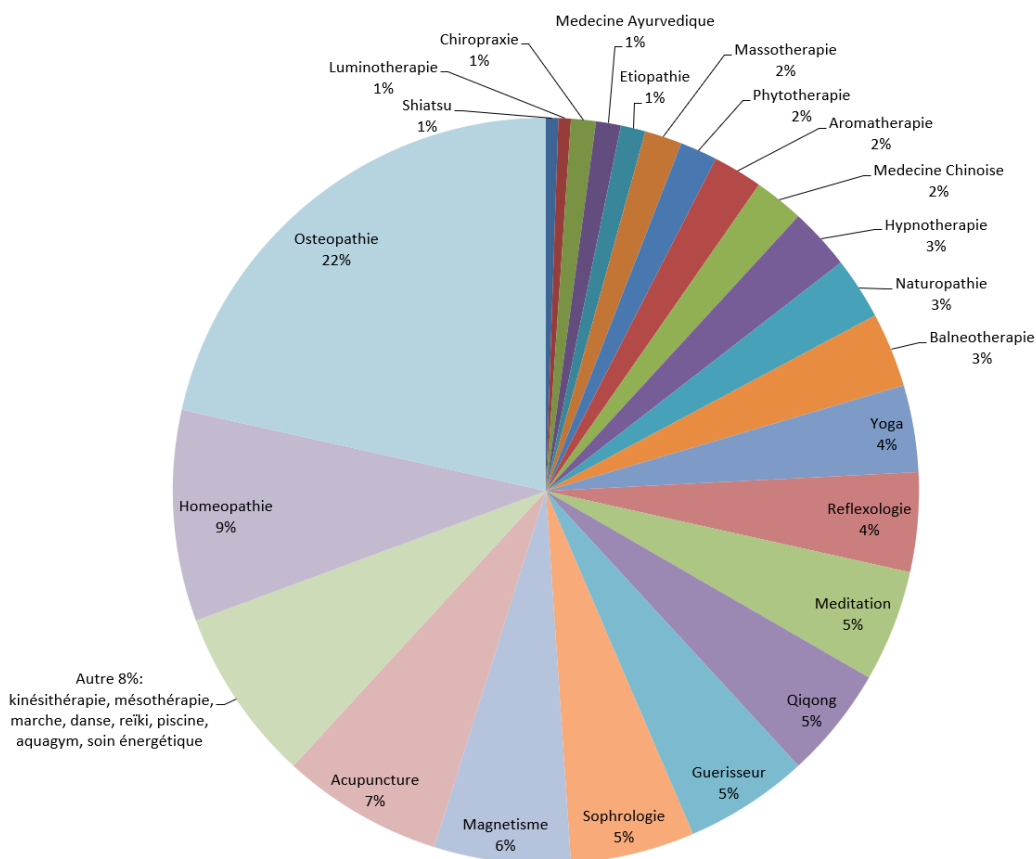


Figure 5 : répartition de l'utilisation des MAC selon leur proportion (n total = 186)

On comptabilise au total 186 pratiques de MAC, représentées sur la figure 5 : la plus répandue est l'ostéopathie (22%, n=40), puis viennent l'homéopathie (9%, n=17) et l'acupuncture (7%, n=13). Il y a ensuite les traditions locales (guérisseurs n = 10, magnétiseurs n= 11), les techniques de relaxation (sophrologie n= 10, méditation n=9, hypnothérapie n = 5), de manipulation (réflexologie n=8, massothérapie n=3, chiropraxie n=2, étioopathie n=2) et relation corps-esprit (qi-gong n=9, yoga n=7, shiatsu n=1), des plantes et remèdes naturels (balnéothérapie n=6, naturopathie n=5, aromathérapie n=4, phytothérapie n=3, luminothérapie n=1) ou des médecines orientales (médecine chinoise n=4 et ayurvédique n=2). Les pratiques autres, déclarées en tant que MAC (kinésithérapie, mésothérapie, marche, danse, piscine, aquagym, reiki, soins énergétiques) restent marginales (<2%).

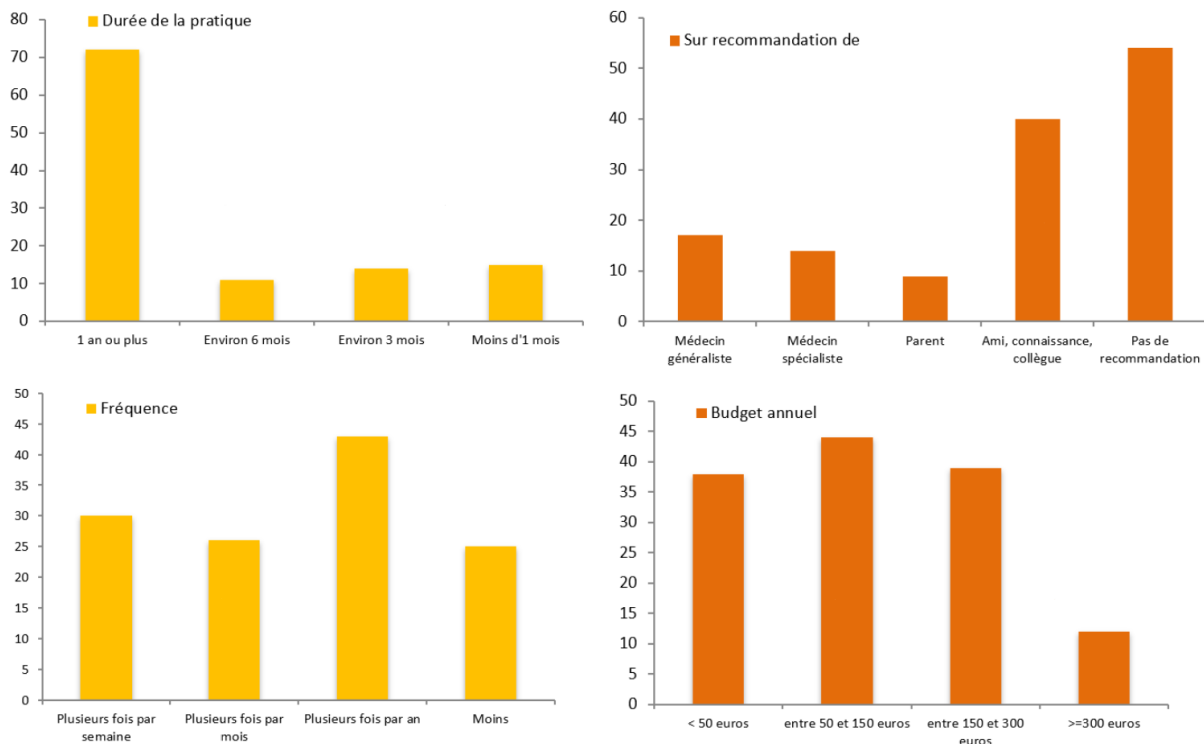


Figure 6 : nombre de pratiques de MAC en fonction de plusieurs caractéristiques et modes d'utilisation

Les MAC sont pratiquées régulièrement, plusieurs fois par semaine (16%, n=30), par mois (14%, n=26) et par an (23%, n=43) depuis plus d'un an dans 39% des cas (n=72).

La majorité des patients se sont tournés vers les médecines alternatives d'eux-mêmes (29%, n=54) ou sur recommandation de leur entourage (26%, n=49). Dans 17% des pratiques (n=31), les patients ont été adressés par un médecin.

Le budget annuel consacré à ces pratiques est très variable, allant de moins de 50 euros (20%, n=38), de 50 à 150 euros (24%, n= 44) et jusqu'à 300 euros (21%, n=39) et au-delà (6%, n=12).

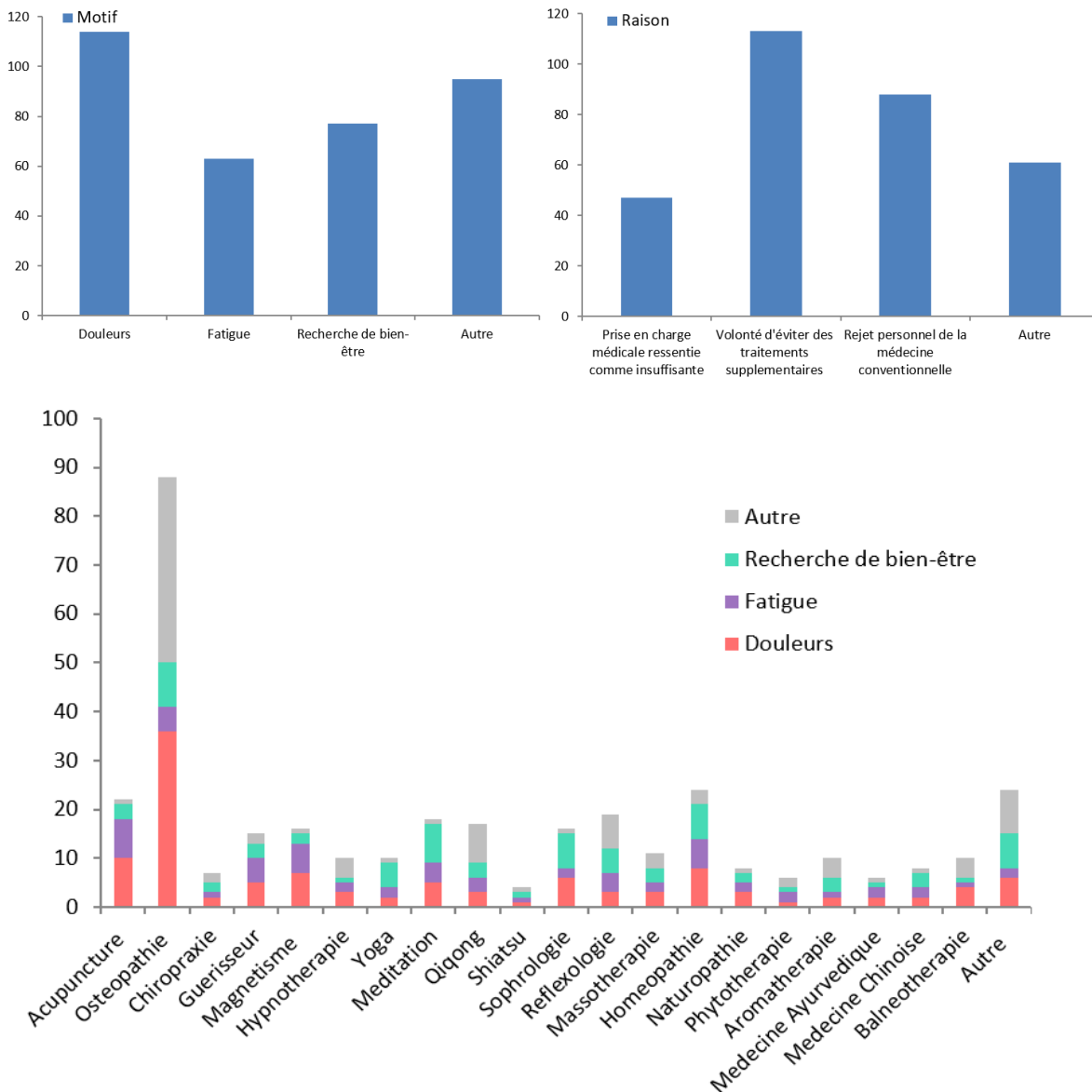


Figure 7 : nombre de pratiques de MAC en fonction de plusieurs motifs et raisons pour toutes les pratiques confondues (en haut) puis détaillées pour chaque type de MAC (en bas)

Pour toutes pratiques confondues, les patients sont en quête de bien-être (41%, n=77), cherchent à diminuer leur fatigue (34%, n=63) et principalement leurs douleurs (61%, n=114). Ils se tournent vers les MAC afin d'éviter des traitements supplémentaires (61%, n=113) et par remise en cause la médecine conventionnelle (47%, n=87). (figure 7) Les autres raisons évoquées sont de diminuer différents symptômes (stress, constipation bouffée de chaleur), d'améliorer leur condition physique et d'avoir une prise en charge globale «corps-esprit», «plus à l'écoute du patient» ou simplement d'«essayer autre chose». Il y a également une volonté de « traiter la cause ». Par exemple pour l'ostéopathie un patient décrit la nécessité de « remettre en place de ce qui a été déplacé pour soulager la douleur ». (données qualitatives du questionnaire)

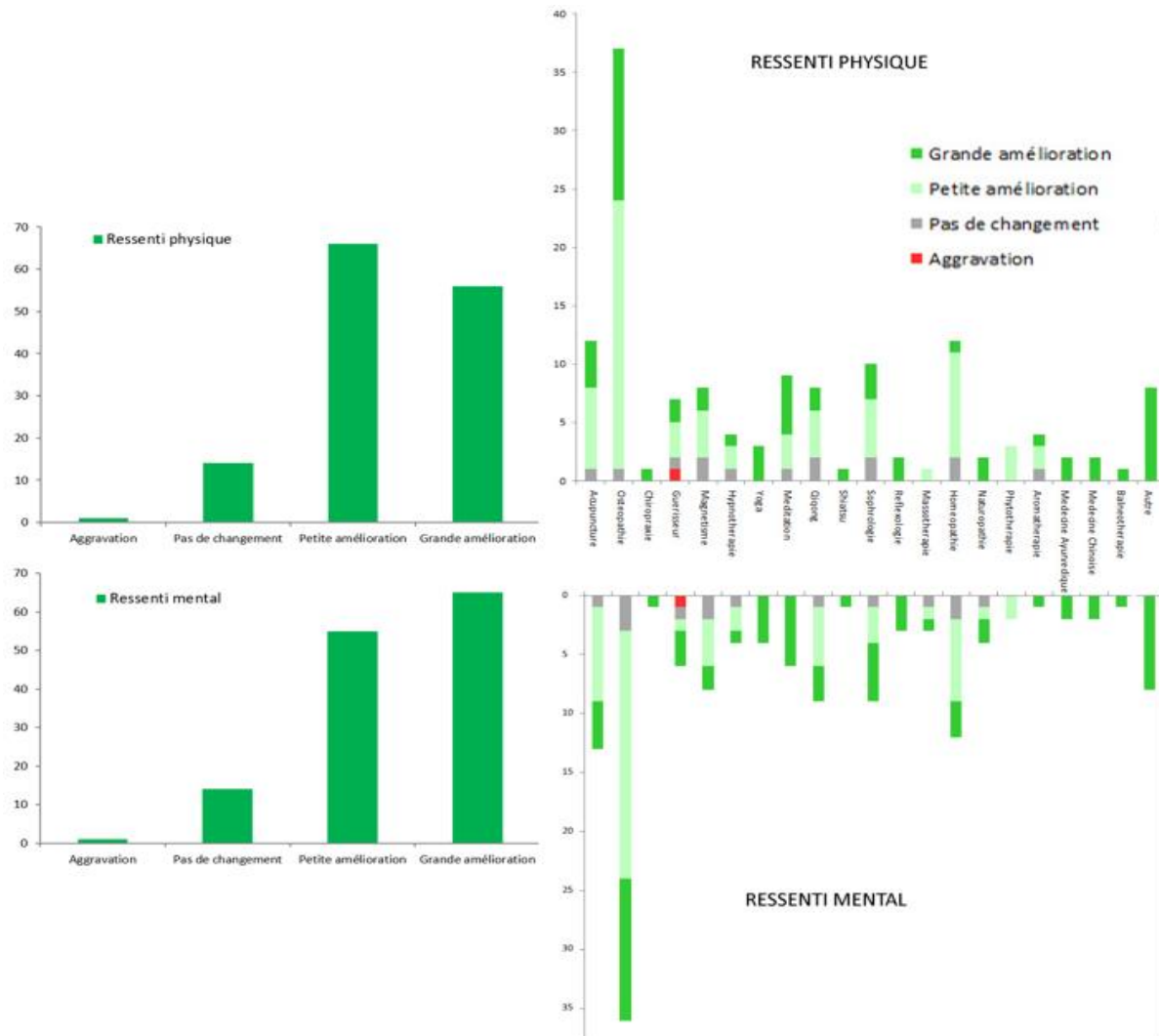


Figure 8 : nombre de pratiques de MAC en fonction du ressenti physique (en haut) et mental (en bas), pour toutes les pratiques confondues (à gauche) puis détaillées pour chaque type de MAC (à droite).

Toutes les MAC citées apportent une amélioration sur le ressenti physique (petite 35%, n= 66 et grande 30%, n=56) et mental (petite 30%, n= 55 et grande 35%, n=65). On peut même noter que le yoga, le shiatsu, la chiropraxie, la réflexologie, la balnéothérapie, et les médecines chinoises et ayurvédiques permettent une grande amélioration aussi bien sur le plan physique que psychique chez 100 % des patients. Très peu de pratiques n'apportent pas de changement (7,5%, n=14) et seule la rencontre avec un guérisseur a été perçue comme délétère par un patient qui décrit de mauvaises manipulations entraînant une aggravation de ses douleurs (0,5%, n= 1)

Les pratiques relevant des traditions locales (guérisseurs et magnétiseurs), rapportées sur le tableau 2, sont utilisées par 15% des LES (n=7), 13 % des SGSp (n=4) et 14% des SS (n= 6). 4 patients atteints de lupus ont recours à la fois à un guérisseur et à un magnétiseur. Les patients sont tous occidentaux. Ils ressentent une amélioration physique et mentale avec les guérisseurs, dans respectivement 50% (n=5) et 40% (n=4) et avec les magnétiseurs dans 54% (n=6) qu'elle soit physique ou mentale.

Tableau 2 : caractéristiques des pratiques des guérisseurs et magnétiseurs
nombre (proportion en %), quelques données sont manquantes

Patients	guérisseurs (n= 10)	magnétiseurs (n=11)
Sexe	8 femmes, 2 hommes	10 femmes, 1 homme
Milieu de vie	4 urbain, 3 rural	4 urbain, 6 rural
Prévalence selon le sous-groupe		
LES : n= 47	7 (70%)	4 (36%)
SGSp : n= 31	2 (20%)	2 (18%)
SS : n= 43	1 (10%)	5 (45%)
Budget annuel		
< 50 euros	2 (20%)	2 (18%)
50 -150 euros	2 (20%)	4 (36%)
150 - 300 euros	2 (20%)	1 (9%)
> 300 euros	1 (10%)	1 (9%)
Ressenti physique / mental		
aggravation	1/1 (10% / 10%)	0/0
pas de changement	1/1 (10% / 10%)	2/2 (18%/ 18%)
petite amélioration	3/1 (30% / 10%)	4/4 (36%/ 36%)
grande amélioration	2/3 (20% / 30%)	2/2 (18%/ 18%)
autres :	LES : amélioration mobilité	SS : constipation
Motifs et Raisons		
douleur	5 (50%)	7 (64%)
fatigue	5 (50%)	6 (55%)
recherche de bien être	3 (30%)	2 (18%)
prise en charge médicale insuffisante	1 (10%)	2 (18%)
éviter traitements supplémentaires	2 (20%)	5 (45%)
rejet médecine traditionnelle	6 (60%)	7 (64%)

2.2 Enfin, on peut analyser les facteurs influençant la pratique des MAC.

Dans notre analyse univariée, la pratique des MAC n'est statistiquement pas associée dans notre étude à l'âge, au sexe, au milieu de vie, à la profession, aux traitements ou scores d'anxiété et dépression.

Les patients sous traitement antidépresseur pratiquent statistiquement plus de MAC (tableau 1 : 21% contre 6%, $p= 0.018$) mais cette association n'est plus significative en analyse multivariée.

Ne sont retrouvés significatif en analyse multivariée que l'origine ethnique, le score SF36 et la durée d'évolution de la maladie (tableau 3).

- la culture occidentale augmente fortement la pratique de MAC ($p = 0.01$ avec OR à 6.22)

- une durée d'évolution de la maladie longue (14 ans) accroît la chance de pratiquer une MAC mais est à la limite de la significativité ($p= 0.06$ avec un OR à 1.06).

- la perte d'un point au score SF-36 physique est significativement corrélée à la pratique de MAC. Autrement dit, un score bas, révélateur d'une mauvaise perception de sa santé majore la possibilité d'utiliser les MAC. ($p=0.03$ avec un OR à 0.95).

Tableau 3 : facteurs d'association de l'utilisation des MAC

	β	OR	ICà95%	p-value
Influence culturelle occidentale	1.83	6.22	[1.60 ; 31.51]	0.0134
Délai diagnostic aujourd'hui	0.06	1.06	[1.00 ; 1.13]	0.0580
Score physique SF-36	-0.05	0.95	[0.90 ; 0.99]	0.0296

DISCUSSION

C'est à notre connaissance la première étude qui s'intéresse spécifiquement au MAC chez les patients suivis pour une connectivité en France. Il existe quelques données de vie réelle au cours du LES (119) et aucune sur le SGSp et la SS dans les pays occidentaux. Les études bien menées sur leur efficacité sont également rares (90,96,108,110–117).

La prévalence de l'utilisation des médecines alternatives chez nos patients suivis pour une maladie auto-immune (LES, SGSp, SS) s'élève à 55%, ce qui est comparable à sa fréquence en population générale (120). Ce ne sont pas des pratiques isolées. Dans notre cohorte, ce recours se fait essentiellement pour lutter contre la douleur et/ou la fatigue, pour rechercher un bien-être et éviter des traitements conventionnels supplémentaires. L'altération de la qualité de vie, les douleurs, la fatigue sont des situations fréquemment rencontrées en pratique quotidienne et les thérapies médicamenteuses sont souvent limitées (48). Les MAC ont donc toute leur place dans notre arsenal car elles semblent, à la lumière de notre étude, donner des satisfactions à la fois physiques et mentales dans 65% des cas.

Les patients de notre étude utilisent un éventail très large de MAC et privilégient des pratiques reconnues et/ou encadrées : l'ostéopathie, l'homéopathie et l'acupuncture (29).

Dans 25% des cas, les patients ont recours à des méthodes nécessitant une participation active à travers des exercices doux, de respiration et/ou de relaxation (qi-gong, yoga, shiatsu, sophrologie et méditation). De plus, les patients se sont tournés vers les MAC sans recommandation de soignants dans 55%, ce qui témoigne d'une démarche personnelle et d'une volonté d'entrer dans la voie de la guérison (113).

Le recours aux guérisseurs et/ou aux magnétiseurs est rapporté chez 23% des LES, 13% des SGSp et 14% des SS, sans relation avec le milieu de vie urbain ou rural. Peut-être est-ce lié au fait que le Limousin, région enclavée et restée longtemps rurale, est encore un haut lieu de tradition de guérisseurs, culte de saints et fontaines magiques.

Il semble important d'aborder le sujet des MAC avec les patients en situation de fragilité, liée à la maladie et aux profils psychologiques particuliers (68), d'autant plus que l'utilisation des MAC est associée à un score de qualité de vie physique bas. En effet, il faut garder à l'esprit que 47% du recours aux MAC est motivé par rejet de la médecine conventionnelle. Le médecin a donc un rôle à jouer pour encadrer et conseiller ces pratiques afin de conserver une alliance thérapeutique. Par ailleurs les patients sont ouverts à en discuter lorsqu'ils sont sollicités par leur médecin (48).

Les MAC ont un coût (119). Dans notre étude, leur pratique est considérée comme indépendante du niveau socio-économique. Même si 6% y consacrent plus de 300 euros par an et par pratique, cette somme semble dérisoire en regard des dépenses engendrées par les « itinérances de consultations » et les médicaments antalgiques. En France, l'assurance maladie et les complémentaires santé remboursent partiellement certains actes de soins (ostéopathie, homéopathie, acupuncture) réalisés dans le cadre d'une consultation médicale. Cela explique peut-être en partie pourquoi ces trois MAC sont privilégiées par nos patients. La liste des MAC pris en charge pourrait être élargie en fonction des résultats des études sur leur efficacité. Néanmoins l'utilisation des MAC reste encore controversée dans le milieu médical car les études concernant les MAC sont rarement randomisées contrôlées et il existe des biais de publications.

L'usage des MAC est très variable selon les pays. De manière similaire à notre étude, la prévalence de l'utilisation des MAC dans le LES en occident (Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni) est estimée à 50%. Les patients se tournent principalement vers la relaxation, les massages et plantes médicinales ou encore l'homéopathie ou l'acupuncture. Les utilisateurs ont un niveau d'étude plus élevé, sans lien avec le sexe, l'origine, le revenu ou l'activité de la maladie(119). A Taïwan, 85.5 % des patients lupiques usent de MAC différentes (marche, prières bouddhistes, fréquentation de temples, suppléments en vitamine et huile de poissons) (124). La population non occidentale de notre étude est minoritaire et on constate que leur origine est associée à une absence d'utilisation de thérapies alternatives. Ce constat nous fait supposer que le recours aux MAC est surtout influencé par les cultures locales.

Notre étude pilote présente des limites inhérentes à toute étude observationnelle de recueil rétrospectif (biais de mémorisation). Notre effectif reste faible entraînant un manque de puissance pour notamment l'analyse des facteurs influençant la pratique des MAC. C'est en partie lié à l'interruption de l'étude durant la crise sanitaire (2020-2021). Notre échantillon nous semble représentatif des patients suivis pour un LES, un SGSp ou une SS car nous n'avons eu que très peu de refus de participation (donnée non disponible). Le descriptif d'une pratique isolée est difficilement analysable car un même patient pouvait utiliser plusieurs MAC. L'évaluation du ressenti global psychique et mental a été réalisée à l'aide de questionnaires validés mais les analyses qualitatives restent toujours subjectives et difficiles à comparer. Des études prospectives randomisées et contrôlées évaluant l'introduction d'une MAC semblent faisables et sont souhaitables pour mieux apprécier leur efficacité. Elles devront intégrer d'autres scores d'évaluation validés (activité de la maladie selon l'échelle EVA perçue par le patient et le médecin, le lupusQoL (124), un auto-questionnaire de l'observance (MAQ scale), des données biologiques et socio-économiques, etc.).

L'enjeu actuel est d'enrichir la médecine conventionnelle de pratiques alternatives et complémentaires qui soient efficaces et sécurisées à l'aide de programmes individuels et collectifs afin de tendre vers une médecine intégrative

DISCUSSION

Les patients ont toujours eu recours à des méthodes de soins considérées comme alternatives ou irrationnelles, alors que seuls les traitements conventionnels font l'objet d'essais cliniques de forte preuve et de réglementations strictes permettant de valider leur efficacité et sécurité. Le personnel médical ne peut pas rejeter radicalement ces remèdes, au risque de perdre le lien de confiance nécessaire dans la relation médecin-malade.

*« La plus grande faiblesse de la pensée contemporaine me paraît résider dans la surestimation extravagante du connu par rapport à ce qui reste à connaître »
A. Breton, L'amour fou (1976)*

L'essentiel est de pouvoir écarter les pratiques sans fondement physiopathologique et surtout dénoncer celles qui sont inefficaces ou dangereuses. Lorsque l'on arrive à des impasses thérapeutiques, pourquoi ne pas tenter des pratiques qui ont montré des bienfaits ; même sur de petites études ? (90,96,108,110–117)

L'ouverture à des MAC pourrait permettre de proposer plusieurs thérapies pour trouver celles qui sont adaptées au patient, à ses capacités psycho-physiques, à ses croyances, ses attentes et son mode de vie.

Pour ne pas reprendre toute la discussion de l'article, nous allons terminer ce travail par une réflexion sur la médecine possible d'aujourd'hui et demain.

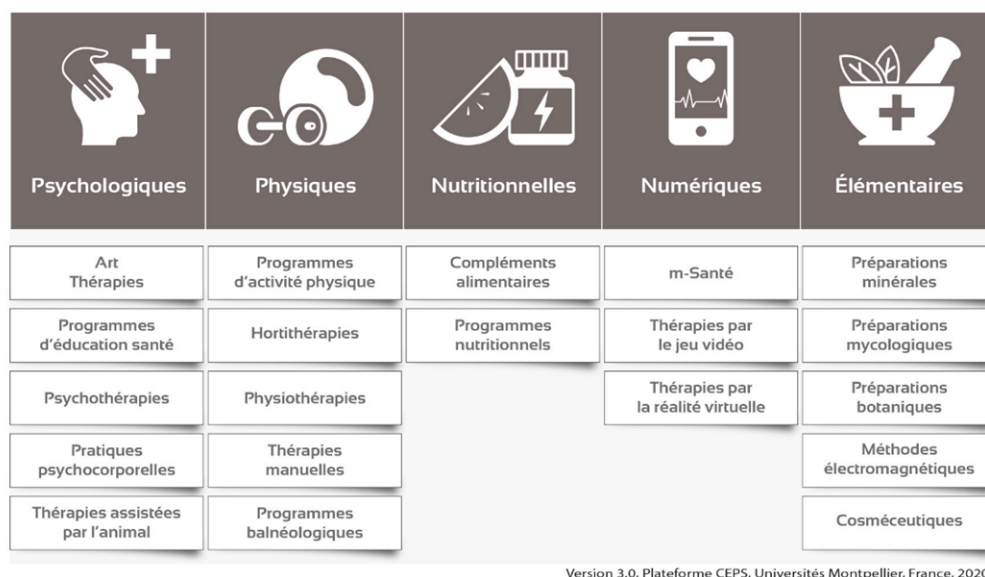
I. Vers une Médecine Intégrative ?

Le concept de médecine intégrative repose sur des thérapies validées scientifiquement, qui propose des thérapies de médecine alternative et complémentaire, et qui impose l'efficacité et la sécurité. Le centre Andrew Weil for Integrative Medicine à l'Université d'Arizona énonce comme principes :

- 1. le patient et le praticien sont partenaires dans le processus de guérison.*
 - 2. tous les facteurs qui influencent la santé, le bien-être et la maladie sont pris en considération, y compris l'esprit, l'âme et la communauté, ainsi que le corps.*
 - 3. l'utilisation appropriée des méthodes conventionnelles et alternatives facilite la réponse innée du corps à la guérison.*
 - 4. des interventions efficaces, naturelles et moins invasives, doivent être utilisées chaque fois que cela est possible.*
 - 5. la médecine intégrative ne rejette pas la médecine conventionnelle et n'accepte pas sans critique les thérapies alternatives.*
 - 6. une bonne médecine est basée sur une bonne science. Elle est axée sur la recherche et ouverte à de nouveaux paradigmes.*
 - 7. outre le concept de traitement, les concepts plus larges de promotion de la santé et de prévention des maladies sont primordiaux.*
 - 8. les praticiens de la médecine intégrative s'engagent à explorer et développer ces principes.*
- (125)

Il existe également le nouveau concept d'intervention non médicamenteuse (INM) défini par le comité économique des produits de santé (CEPS) en 2017 comme « non invasive et non pharmacologique, fondée sur la science, liée à des mécanismes biologiques et/ou psychologiques identifiés et ayant fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques » (126).

Le CEPS a identifié cinq catégories d'interventions, psychologiques, physique, nutritionnelle, numérique et autre, représentées sur la figure 9.



Version 3.0, Plateforme CEPS, Universités Montpellier, France, 2020

Figure 9 : classification des catégories d'INM selon la Plateforme CEPS (2020)

Le défi est lancé à l'échelle mondiale : de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une approche cohésive afin de superviser la mise en place réglementée de médecine traditionnelle/médecine conventionnelle (MT/MC). L'OMS a publié une stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 et propose une intégration MT/MC selon 3 objectifs :

- consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales
- renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation
- promouvoir une couverture sanitaire universelle intégrant les services de MT/MC (127)

Toujours dans cette optique d'uniformisation, l'OMS a validé en mars 2022 la création d'un centre international de médecine traditionnelle situé en Inde et qui aura pour tâches de constituer une large base de données sur les pratiques traditionnelles, de s'axer sur l'innovation, la sécurité, la qualité et la durabilité afin d'aider les pays à les intégrer dans leurs systèmes de santé et leurs réglementations (128).

II. Quelle est la place de ces médecines intégratives en pratique ?

Il est assez difficile de faire un rapport de l'implantation des MAC dans les cabinets ou les hôpitaux car elles ne sont pas toutes législativement reconnues. Il existe déjà des domaines où ce concept de médecine globale est en plein essor : les centres d'évaluation et de traitement de la douleur (129) et l'« integrative oncology » ont fait leur apparition dans les établissements de santé pour proposer, en plus des thérapies et soins de supports conventionnels, des pratiques alternatives pluridisciplinaire (130).

Certains établissements mettent en place des centres multidisciplinaires de médecine intégrative : le plan stratégique 2010 de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP -HP) fait place notamment à la médecine traditionnelle chinoise, en tant que « thématique innovante ». (131). L'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière a intégré en 2014 un centre de médecine chinoise qui contribue à la prévention et au traitement des maladies chroniques à travers l'acupuncture, les massages et le qi-gong (51).

Cependant, il manque encore de données valides dans la littérature, et notamment sur l'intégration de ces médecines dans les services de Médecine Interne.

III. Quelle est la médecine de demain ?

La médecine avec un grand M n'existe pas et, depuis bien avant l'antiquité, il s'agit plutôt d'un enchevêtrement de pratiques multiples, entre science exacte et pratiques empiriques. Quelles que soient leurs noms, ces médecines ont pour but d'apporter, conserver ou rétablir un état de santé physique, mental et social permettant la meilleure qualité de vie possible.

Notre idée d'une médecine moderne pose encore de nombreuses problématiques :

- le concept de médecine intégrative commence à trouver sa place : comment le mettre en application de manière efficace et sécurisée dans les services de Médecine Interne ?
- les acteurs de la triangulation patient-médecin-thérapeute doivent cohabiter pour offrir une prise en charge multidisciplinaire : comment articuler leurs interactions au profit d'une prise en charge centrée sur le patient ?
- les patients suivis pour des maladies auto-immunes ont un profil neuropsychiatrique particulier qui peut influencer leurs choix thérapeutiques : comment aider le patient à comprendre sa maladie et l'impliquer dans une prise en charge active et volontaire ?
- la région du limousin a des limites historiques, géographiques et culturelles très conservées et encore imprégnée d'une tradition de guérisseurs, ce qui peut interagir avec le plan de soins : comment adapter les propositions thérapeutiques en fonction des particularités territoriales ?

CONCLUSION

Le service de Médecine Interne de Limoges accueille des patients provenant de tout le Limousin, région encore très rurale et marquée par une tradition de guérisseurs mais qui s'ouvre vers des pratiques du monde entier.

La prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires chez nos patients suivis pour des maladies auto-immunes (lupus érythémateux systémique, syndrome de Gougerot-Sjögren primitif, sclérodémie systémique) s'élève à 55%, ce qui est similaire à la population française et occidentale, et montre la nécessité de trouver leur place dans une prise en charge médicale globale.

Les patients utilisent principalement des pratiques encadrées comme l'ostéopathie, l'homéopathie et l'acupuncture mais également des remèdes traditionnels (magnétiseurs, guérisseurs), des techniques de relaxation (sophrologie, méditation, réflexologie), de gymnastique douce corps-esprit (qi-gong, yoga), remèdes naturels et plantes médicinales. Il est important d'aborder le sujet avec ces patients fragiles pour éviter des dérives thérapeutiques. En effet, ils ont un profil psychologique particulier et sont plus susceptibles de se tourner vers les MAC si la perception de leur santé physique est mauvaise. Ce recours se fait essentiellement pour lutter contre la douleur, rechercher le bien-être, éviter les traitements supplémentaires voire de rejeter la médecine conventionnelle et apporte une amélioration physique et/ou mentale notable.

L'enjeu actuel est d'enrichir la médecine conventionnelle de pratiques alternatives et complémentaires qui soient efficaces et sécurisées, à l'aide de programmes individuels et collectifs afin de tendre vers une médecine intégrative.

Merci encore à tous ceux qui m'ont inspirée dans cette thèse qui, plus qu'un travail pour être nommée docteur, est la fleur d'une réflexion et le fruit d'un sujet passion qui influencera l'avenir de ma pratique médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
2. Techno-science.net, <https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Science-page-5.html> - Recherche Google [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=Techno-science.net%2C+https%3A%2F%2Fwww.techno-science.net%2Fglossaire-definition%2FScience-page-5.html&oq=Techno-science.net%2C+https%3A%2F%2Fwww.techno-science.net%2Fglossaire-definition%2FScience-page-5.html&aqs=chrome...69i57.1129j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
3. Les 10 plus gros scandales de la médecine moderne [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2016 [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=les-plus-gros-scandales-de-la-medecine-moderne-l-affaire-des-hormones-de-croissance>
4. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP Journal Club. mars 1991;114(2):A16.
5. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
6. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-4-1997-0075_FR.html
7. Alternative or complementary attitudes toward alternative and complementary medicines | BMC Complementary Medicine and Therapies | Full Text [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-019-2490-z>
8. Thérapies complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi – leur place parmi les ressources de soins – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/therapies-complementaires-acupuncture-hypnose-osteopathie-tai-chi-leur-place-parmi-les-ressources-de-soins/>
9. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 11 mai 2022]. 75 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>
10. M. Bertrand. Le médecin ou le guérisseur ? A propos d'une enquête en Limousin sur les relations existant entre malades et guérisseurs. [Limoges, Faculté de médecine et de pharmacie]; 1984.
11. Larousse É. histoire de la médecine - LAROUSSE [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/histoire_de_la_m%C3%A9decine/187065
12. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. Bull World Health Organ. 2002;80(7):594-602.
13. La spécialisation médicale: aussi vieille que l'Antiquité ! Médecine interne générale: perspective canadienne [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-135/la-specialisation-medicale-aussi-vieille-que-l-antiquite-!-medecine-interne-generale-perspective-canadienne>
14. de la Blanchardière A, Le Dinh T. [History of internal medicine]. Rev Med Interne. 1994;15(10):690-3.
15. Qu'est-ce que la Médecine Interne ? | SNFMI [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.snfmi.org/content/quest-ce-que-la-medecine-interne>
16. Louis XIV. Edit, Portant règlement pour l'étude et l'exercice de la médecine, Registré en Parlement. Paris; 1707. (F. et H. Muguët, 1707, p. 14.).
17. P.Borel. Comprendre l'enquête de la Société royale de médecine (1174-1793), Source, problèmes et méthodologie. 2005. (Histoire des Sciences Médicales; vol. XXXIX, p. 35-44).
18. La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-loi-du-19-ventose-an-xi-texte-fondateur-et-expedient-provisoire/>
19. Hoerni et P. Guillaume. le Consulat organise la médecine, Une célébration oubliée. 2003;53, p. 1619-1621.
20. HSMx1998x032x001x0063.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x001/HSMx1998x032x001x0063.pdf>
21. Sauvy A. histoire de l'ordre national des medecins français :10.

22. Article 2 - Arrêté du 4 octobre 2019 portant radiation de médicaments homéopathiques de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039191423
23. Rotter G, Jerzynski L, Hinse M, Binting S, Brinkhaus B. The Attitude of Medical Students Toward Complementary Medicine: Results of a Cross-Sectional Study. *J Altern Complement Med.* déc 2021;27(12):1124-30.
24. Centre de Formation | Psynapse Héritage [Internet]. Institut heritage. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <http://institut-heritage.com/centre-de-formation/>
25. École Française de Magnétisme Lille - Formation Magnétiseur & Chakras [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ecolemagnetisme.com/>
26. Ecole Française des Médecines Douces [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.medecinesdouces-fr.com/>
27. Découvrir le magnétisme avec le GNOMA SNAMAP [Internet]. Gnoma Snamap. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://gnoma-snamap.fr/pratiques/magnetisme/>
28. RITMA. Association RITMA | Médecines alternatives et complémentaires [Internet]. Association RITMA | Médecines alternatives et complémentaires. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <http://ritma.ca/index.php>
29. Réseau alternatif de santé et d'éveil [Internet]. reseau therapeutes medecines douces bien-etre sante naturelle besancon doubs jura. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <http://terrealternative.jimdo.com/>
30. Choi IY, Lee C, Longo VD. Nutrition and fasting mimicking diets in the prevention and treatment of autoimmune diseases and immunosenescence. *Mol Cell Endocrinol.* 5 nov 2017;455:4-12.
31. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. *J Pain.* mai 2018;19(5):455-74.
32. Marks R. Qigong and Musculoskeletal Pain. *Curr Rheumatol Rep.* 16 nov 2019;21(11):59.
33. Calcagni N, Gana K, Quintard B. A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: Psychological and physical effects of manipulative and body-based practices. *PLoS One.* 2019;14(10):e0223564.
34. Kligler B, Teets R, Quick M. Complementary/Integrative Therapies That Work: A Review of the Evidence. *Am Fam Physician.* 1 sept 2016;94(5):369-74.
35. Dissections artérielles et manipulations cervicales [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2481/dissections-artérielles-et-manipulations-cervicales>
36. Stenger M, Bauer NE, Licht PB. Is pneumothorax after acupuncture so uncommon? *J Thorac Dis.* août 2013;5(4):E144-146.
37. Coghlan ML, Haile J, Houston J, Murray DC, White NE, Moolhuijzen P, et al. Deep sequencing of plant and animal DNA contained within traditional Chinese medicines reveals legality issues and health safety concerns. *PLoS Genet.* 2012;8(4):e1002657.
38. Cheng YY, Hsieh CH, Tsai TH. Concurrent administration of anticancer chemotherapy drug and herbal medicine on the perspective of pharmacokinetics. *J Food Drug Anal.* avr 2018;26(2S):S88-95.
39. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *J Natl Cancer Inst.* 1 janv 2018;110(1).
40. Americans Spent \$30.2 Billion Out-Of-Pocket On Complementary Health Approaches [Internet]. NCCIH. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.nccih.nih.gov/news/press-releases/americans-spent-302-billion-outofpocket-on-complementary-health-approaches>
41. France et Mission interministrielle de vigilance et de lutte contre les drives sectaires - 2013 - Rapport au premier ministre 2011-2012.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/rapport_annuel_2011_miviludes.pdf
42. Inglin S, Amsler S, Arigoni F, Burton-Jeangros C, Pargoux-Vallade C, Sappino AP. [Complementary medicine use in oncology patients]. *Rev Med Suisse.* 21 mai 2008;4(158):1264-6, 1268-9.
43. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and Determinants of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Provider Use among Adults from 32 Countries. *Chin J Integr Med.* août 2018;24(8):584-90.
44. Strugala Branchu Aurore. Guérisseurs, entre méfiance et curiosité : point de vue des médecins généralistes du Limousin, thèse d'exercice. Limoges; 2020.

45. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? *Hegel*. 2019;2(2):178a-179.
46. Doyen V, Angioi PK, Doyen V, Doyen V, Béné PMC, Doyen V, et al. faculté de médecine de Nancy :83.
47. Gueullette JM. Les paradoxes du recours aux médecines complémentaires. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 3 juin 2016;125(2):23-33.
48. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 20 mai 1998;279(19):1548-53.
49. L'appel de 124 professionnels de la santé contre les « médecines alternatives » [Internet]. 2018 [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/l-appel-de-124-professionnels-de-la-sante-contre-les-medecines-alternatives/>
50. Huang YY, Xin XH, Sultana R, Thumboo J, Fong KY. Prevalence and Factors Associated with Concomitant Chinese Medicine Use by Rheumatoid Arthritis Patients in A Multi-Ethnic Asian Population. *Chin J Integr Med*. mars 2022;28(3):223-8.
51. Science&Santé n°20 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/magazine/sciencesante-n20/>
52. Cinq chiffres pour comprendre les médecines complémentaires et alternatives [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/08/31/cinq-chiffres-pour-comprendre-les-medecines-complementaires-et-alternatives_4990659_1651302.html
53. Folléa et al. - Agence Folléa Gautier (paysagistes DPLG).pdf [Internet]. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_paysage_1erePartie_cle5257f7.pdf
54. Haute-Vienne : sous l'émail de Limoges un paysage teinté de vert – Les départements de Nouvelle-Aquitaine à grands traits | Insee [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5896497?sommaire=5763532#documentation>
55. Dossier complet – Commune de Limoges (87085) | Insee [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-87085>
56. <https://www.unilim.fr/atlas-historique-limousin/> [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.unilim.fr/atlas-historique-limousin/>
57. Yecora-Zorzano L. S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens. :286.
58. P.Pageot. La santé des Limousins et des Périgourdiens au XIX^e siècle, Malades, maladies, soignants. L'Harmattan. 2011.
59. Maurice Robert. Magie, sorcellerie et « guérissage » en Limousin. Lucien Souny. 2017.
60. Vidano Valentina. Le guérisseur limousin contemporain : entre tradition et modernité. Limoges; 2018.
61. Maladies auto-immunes · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/maladies-auto-immunes/>
62. Parks CG, de Souza Espindola Santos A, Barbhuiya M, Costenbader KH. Understanding the role of environmental factors in the development of systemic lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. juin 2017;31(3):306-20.
63. Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, Boumpas DT. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. janv 2021;80(1):14-25.
64. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. juin 2019;78(6):736-45.
65. Dörner T, Furie R. Novel paradigms in systemic lupus erythematosus. *Lancet*. 8 juin 2019;393(10188):2344-58.
66. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis*. janv 2020;79(1):3-18.
67. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. nov 2013;72(11):1747-55.
68. Masson E. Personnalité et maladies auto-immunes systémiques [Internet]. EM-Consulte. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1057797/personnalite-et-maladies-auto-immunes-systemiques>
69. Song H, Fang F, Tomasson G, Arnberg FK, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, et al. Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease. *JAMA*. 19 juin 2018;319(23):2388-400.

70. Miller-Archie SA, Izmirly PM, Berman JR, Brite J, Walker DJ, Dasilva RC, et al. Systemic Autoimmune Disease Among Adults Exposed to the September 11, 2001 Terrorist Attack. *Arthritis Rheumatol.* mai 2020;72(5):849-59.
71. Magro-Checa C, Zirkzee EJ, Huizinga TW, Steup-Beekman GM. Management of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: Current Approaches and Future Perspectives. *Drugs.* mars 2016;76(4):459-83.
72. Schwartz N, Stock AD, Putterman C. Neuropsychiatric lupus: new mechanistic insights and future treatment directions. *Nat Rev Rheumatol.* mars 2019;15(3):137-52.
73. Perzyńska-Mazan J, Maślińska M, Gasik R. Neurological manifestations of primary Sjögren's syndrome. *Reumatologia.* 2018;56(2):99-105.
74. Personality, depression and anxiety in primary Sjogren's syndrome - Association with sociodemographic factors and comorbidity - PubMed [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30653543/>
75. Karaikos D, Mavragani CP, Sinno MH, Déchelotte P, Zintzaras E, Skopouli FN, et al. Psychopathological and personality features in primary Sjogren's syndrome--associations with autoantibodies to neuropeptides. *Rheumatology (Oxford).* sept 2010;49(9):1762-9.
76. Wang LY, Chiang JH, Chen SF, Shen YC. Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study. *J Affect Disord.* févr 2018;227:31-7.
77. Figueiredo-Braga M, Cornaby C, Cortez A, Bernardes M, Terroso G, Figueiredo M, et al. Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: The crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. *Medicine (Baltimore).* juill 2018;97(28):e11376.
78. Bragazzi NL, Watad A, Gizunterman A, McGonagle D, Mahagna H, Comaneshter D, et al. The burden of depression in systemic sclerosis patients: a nationwide population-based study. *J Affect Disord.* 15 janv 2019;243:427-31.
79. March C, Huscher D, Preis E, Makowka A, Hoepfner J, Buttgerit F, et al. Prevalence, Risk Factors and Assessment of Depressive Symptoms in Patients With Systemic Sclerosis. *Arch Rheumatol.* sept 2019;34(3):253-61.
80. Sumner LA, Olmstead R, Azizoddin DR, Ormseth SR, Draper TL, Ayeroff JR, et al. The contributions of socioeconomic status, perceived stress, and depression to disability in adults with systemic lupus erythematosus. *Disabil Rehabil.* mai 2020;42(9):1264-9.
81. Gautam S, Kumar U, Kumar M, Rana D, Dada R. Yoga improves mitochondrial health and reduces severity of autoimmune inflammatory arthritis: A randomized controlled trial. *Mitochondrion.* mai 2021;58:147-59.
82. Lv SG, Liu H, Du J, Ruan C, Zhang WB, Feng PP, et al. [Effect of Bo's abdominal acupuncture as adjunctive therapy on rheumatoid arthritis and ESR, RF and CRP levels]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 12 sept 2021;41(9):999-1002.
83. Sahraei F, Rahemi Z, Sadat Z, Zamani B, Ajorpaz NM, Afshar M, et al. The effect of Swedish massage on pain in rheumatoid arthritis patients: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* févr 2022;46:101524.
84. Seca S, Patrício M, Kirch S, Franconi G, Cabrita AS, Greten HJ. Effectiveness of Acupuncture on Pain, Functional Disability, and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis of the Hand: Results of a Double-Blind Randomized Clinical Trial. *J Altern Complement Med.* janv 2019;25(1):86-97.
85. Mohammad Rezaie S, Shahabinejad M, Loripoor M, Sayadi AR. The effect of aromatherapy with lavender essential oil on the working memory of women with multiple sclerosis. *J Med Life.* déc 2021;14(6):776-81.
86. The Effectiveness of Group-based Cognitive Hypnotherapy on the Psychological Well-being of Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial - PubMed [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216621/>
87. Tian J, Zhou H, Liu J, Xiong F, Yi P, Cao P, et al. The Systemic Lupus Erythematosus Interventional Trials in Mainland China: A Continuous Challenge. *Front Immunol.* 2022;13:848478.
88. da Hora TC, Lima K, Maciel RRBT. The effect of therapies on the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus: a meta-analysis of randomized trials. *Adv Rheumatol.* 29 juill 2019;59(1):34.
89. Middleton KR, Haaz Moonaz S, Hasni SA, Magaña López M, Tataw-Ayuketah G, Farmer N, et al. Yoga for systemic lupus erythematosus (SLE): Clinician experiences and qualitative perspectives from students and yoga instructors living with SLE. *Complement Ther Med.* déc 2018;41:111-7.
90. Cetin SY, Calik BB, Ayan A. Investigation of the effectiveness of Tai Chi exercise program in patients with scleroderma: A randomized controlled study. *Complement Ther Clin Pract.* août 2020;40:101181.

91. Pedersen BK. Anti-inflammatory effects of exercise: role in diabetes and cardiovascular disease. *Eur J Clin Invest.* août 2017;47(8):600-11.
92. Yeh SH, Chuang H, Lin LW, Hsiao CY, Eng HL. Regular tai chi chuan exercise enhances functional mobility and CD4CD25 regulatory T cells. *Br J Sports Med.* mars 2006;40(3):239-43.
93. Ganesan S, Gaur GS, Negi VS, Sharma VK, Pal GK. Effect of Yoga Therapy on Disease Activity, Inflammatory Markers, and Heart Rate Variability in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Altern Complement Med.* juin 2020;26(6):501-7.
94. Liu K, Jiang JF, Lu SF. [Effect characteristics and mechanism of acupuncture in autonomic nerve regulation]. *Zhen Ci Yan Jiu.* 25 avr 2021;46(4):335-41.
95. [Observation on therapeutic effect of needle-knife for dry mouth and eyes symptoms of primary Sjögren's syndrome] - PubMed [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31724352/>
96. Sallam HS, McNamee TA, Chen JDZ. Acupuncture-based modalities: novel alternative approaches in the treatment of gastrointestinal dysmotility in patients with systemic sclerosis. *Explore (NY).* févr 2014;10(1):44-52.
97. Giulia Enders. *le charme discret de l'intestin.* 2014.
98. Greco CM, Nakajima C, Manzi S. Updated review of complementary and alternative medicine treatments for systemic lupus erythematosus. *Curr Rheumatol Rep.* nov 2013;15(11):378.
99. Liu J, Zhou H, Li Y, Wu B. Meta-analysis of the efficacy in treatment of primary sjögren's syndrome: Traditional Chinese Medicine vs Western Medicine. *J Tradit Chin Med.* oct 2016;36(5):596-605.
100. Wang YJ, Li YX, Li S, He W, Wang ZR, Zhan TP, et al. Progress in traditional Chinese medicine and natural extracts for the treatment of lupus nephritis. *Biomed Pharmacother.* mai 2022;149:112799.
101. Jiao B, Gao J. Intensive research on the prospective use of complementary and alternative medicine to treat systemic lupus erythematosus. *Drug Discov Ther.* août 2013;7(4):167-71.
102. Assar S, Khazaei H, Naseri M, El-Senduny F, Momtaz S, Farzaei MH, et al. Natural Formulations: Novel Viewpoint for Scleroderma Adjunct Treatment. *J Immunol Res.* 2021;2021:9920416.
103. Chang HH, Luo SF, Hsue YT, Chang CM, Lee TY, Huang YC, et al. Modulation of Endothelial Injury Biomarkers by Traditional Chinese Medicine LC in Systemic Lupus Erythematosus Patients Receiving Standard Treatments. *Sci Rep.* 5 févr 2016;6:19622.
104. Deciphering the Potential Pharmaceutical Mechanism of GUI-ZHI-FU-LING-WAN on Systemic Sclerosis based on Systems Biology Approaches - PubMed [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30674993/>
105. Horesh D, Glick I, Taub R, Agmon-Levin N, Shoenfeld Y. Mindfulness-based group therapy for systemic lupus erythematosus: A first exploration of a promising mind-body intervention. *Complement Ther Clin Pract.* févr 2017;26:73-5.
106. Moss D, Willmarth E. Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. *Ann Palliat Med.* sept 2019;8(4):498-503.
107. Gentric B. Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques. *Après-demain.* 9 mai 2017;42(2):42-4.
108. Fangtham M, Kasturi S, Bannuru RR, Nash JL, Wang C. Non-pharmacologic therapies for systemic lupus erythematosus. *Lupus.* mai 2019;28(6):703-12.
109. La Pharmacopée française - ANSM [Internet]. [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/pharmacopee/la-pharmacopee-francaise>
110. Cafaro A, Arduino PG, Gambino A, Romagnoli E, Broccoletti R. Effect of laser acupuncture on salivary flow rate in patients with Sjögren's syndrome. *Lasers Med Sci.* août 2015;30(6):1805-9.
111. Furness S, Bryan G, McMillan R, Birchenough S, Worthington HV. Interventions for the management of dry mouth: non-pharmacological interventions. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 sept 2013;(9):CD009603.
112. Blom M, Lundeberg T. Long-term follow-up of patients treated with acupuncture for xerostomia and the influence of additional treatment. *Oral Dis.* janv 2000;6(1):15-24.
113. Haila S, Koskinen A, Tenovuo J. Effects of homeopathic treatment on salivary flow rate and subjective symptoms in patients with oral dryness: a randomized trial. *Homeopathy.* juill 2005;94(3):175-81.
114. Chang CM, Wu PC, Lin JR, Jan Wu YJ, Luo SF, Hsue YT, et al. Herbal Formula SS-1 Increases Tear Secretion for Sjögren's Syndrome. *Front Pharmacol.* 2021;12:645437.

115. Hu W, Qian X, Guo F, Zhang M, Lyu C, Tao J, et al. Traditional Chinese medicine compound ShengJinRunZaoYangXue granules for treatment of primary Sjögren's syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(15):2721-6.
 116. The efficacy and safety of total glucosides of peony in the treatment of primary Sjögren's syndrome: a multi-center, randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial - PubMed [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30280368/>
 117. Fiori G, Marzi T, Bartoli F, Bruni C, Ciceroni C, Palomba M, et al. The challenge of pet therapy in systemic sclerosis: evidence for an impact on pain, anxiety, neuroticism and social interaction. *Clin Exp Rheumatol*. août 2018;36 Suppl 113(4):135-41.
 118. Showalter K, Hoffmann A, DeCredico N, Thakrar A, Arroyo E, Goldberg I, et al. Complementary therapies for patients with systemic sclerosis. *J Scleroderma Relat Disord*. oct 2019;4(3):187-99.
 119. Moore AD, Petri MA, Manzi S, Isenberg DA, Gordon C, Senécal JL, et al. The use of alternative medical therapies in patients with systemic lupus erythematosus. *Trination Study Group. Arthritis Rheum*. juin 2000;43(6):1410-8.
 120. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>
 121. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.
 122. El Osta N, Kanso F, Saad R, Khabbaz LR, Fakhouri J, El Osta L. Validation du SF-36, questionnaire générique de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées au Liban. *East Mediterr Health J*. 1 oct 2019;25(10):706-14.
 123. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 16 oct 2007;147(8):W163-194.
 124. Lu MC, Lo HC, Chang HH, Hsu CW, Koo M. Factors associated with the use of complementary therapies in Taiwanese patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *BMC Complement Med Ther*. 1 oct 2021;21(1):247.
 125. What is Integrative Medicine? [Internet]. The Andrew Weil Center for Integrative Medicine. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://integrativemedicine.arizona.edu/about/definition.html>
 126. Ninot G. Les interventions non-médicamenteuses INM. *HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale*. 2018;8(1):2-3.
 127. Organisation mondiale de la Santé - 2013 - Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf
 128. L'OMS crée le Centre mondial de médecine traditionnelle en Inde [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/25-03-2022-who-establishes-the-global-centre-for-traditional-medicine-in-india>
 129. Les structures spécialisées douleur chronique - SDC - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
 130. A Comprehensive Definition for Integrative Oncology - PubMed [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29140493/>
 131. Médecines alternatives et complémentaires - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Medecines-alternatives-et-complementaires>
-

ANNEXES

Annexe 1 : critères de classification et diagnostic des maladies auto-immunes.....	71
Annexe 2 : synthèse des études contrôlées randomisées d'efficacité des thérapies non médicamenteuses dans le LES.....	72
Annexe 3 : Questionnaire ALTER-MAI	73

Annexe 1 : critères de classification et diagnostic des maladies auto-immunes

1.1 Les critères EULAR/ACR 2019 de Lupus érythémateux disséminé

Domaines cliniques	Points	Domaines immunologiques	Points
Signes généraux Fièvre	2	Anticorps antiphospholipides Ac anti-cardiolipines ou Ac anti-β2GP1 ou anticoagulant circulant	2
Signes cutanés Alopécie non-cicatricielle Ulcération buccales Lupus cutané subaigu ou discoïde Lupus cutané aigu	2 2 4 6	Exploration du complément C3 ou C4 bas C3 et C4 bas	3 4
Domaine articulaire Synovites ou douleur d'au moins 2 articulations	6	Auto-anticorps spécifiques du lupus Ac anti-ADNn Ac anti-Sm	6 6
Domaine neurologique Délirium Psychose Comitialité	2 3 5	REFERENCE: Aringer et al. ARD 2019 @Lupusreference	
Atteinte des séreuses Épanchement pleural ou péricardique Péricardite aiguë	5 6	✓ Ces critères de classification ne sont pas des critères diagnostiques	
Domaine hématologique Leucopénie Thrombopénie Hémolyse auto-immune	3 4 4	✓ Tous les patients doivent avoir des FAN ≥ 1:80 (critère d'entrée) pour que ce jeu de critère soit applicable	
Atteinte rénale Protéinurie > 0,5 g/24h GNL classe II ou V GNL classe III ou IV	4 8 10	✓ Les patients ayant ≥ 10 points sont classés en lupus systémique	
		✓ Les items ne doivent être comptabilisés que s'il n'y a pas d'explication plus vraisemblable que le lupus pour les expliquer	
		✓ Seul le score le plus élevé d'un domaine donné est pris en compte	
		✓ La présence d'au moins un item du domaine clinique est nécessaire	

1.2 Les critères EULAR/ACR 2016 de syndrome de Gougerot-Sjögren

	Weight
1. Labial salivary gland with focal lymphocytic sialadenitis and focus score of ≥ 1 foci/4 mm ²	3
2. Anti-SSA/Ro-positive	3
3. Ocular Staining Score ≥ 5 (or van Bijsterveld score ≥ 4) in at least one eye	1
4. Schirmer's test ≤ 5 mm/5 min in at least one eye	1
5. Unstimulated whole saliva flow rate ≤ 0.1 mL/min	1
Applies to any individual	
– who meets the inclusion criteria ^b with at least one symptom of ocular or oral dryness or ESSDAI ≥ 1	
– does not have any of the conditions listed as exclusion criteria ^c	
– and has a score of ≥ 4 when the weights from the 5 criteria items are summed	

1.3 Les critères EULAR/ACR 2013 de sclérodémie systémique

Items	Score	
Épaississement de la peau des doigts des 2 mains s'étendant au delà des MCP	9	
Épaississement de la peau des doigts	Sclérodactylie	4
	Doigts boudinés	2
Lésions de l'extrémité des doigts	Cicatrices pulpaire déprimées	3
	Ulcération digitales	2
Télangiectasies	-	2
Capillaires unguéaux anormaux	-	2
HTAP et/ou atteinte pulmonaire interstitielle	-	2
Syndrome de Raynaud	-	3
Autoanticorps spécifiques de la SSc	Ac anti-centromères	3
	Ac anti-topoisomérase I	
	Ac anti-RNA polymérase III	

Score total = somme du score maximal de chaque catégorie
Diagnostic de sclérodémie systémique si score total ≥ 9

Annexe 2 : synthèse des études contrôlées randomisées d'efficacité des thérapies non médicamenteuses dans le LES, Fangtham M, Non-pharmacologic therapies for systemic lupus erythematosus, Lupus, mai 2019

Table 1 Summary of evidence and effect of non-pharmacologic interventions for SLE

Interventions	Clinical domains and number of studies				
	Fatigue (n=6)	Depression (n=8)	Pain (n=3)	Quality of life (n=11)	Disease activity (n=12)
Exercise n=8	2+	2-	4-	3+	2-
Psychological and counselling n=6	1+	3+	1-	1+	1-
Acupuncture n=1		1-		1-	

n = number of studies; SLE: systemic lupus erythematosus.
+ overall beneficial effect; - no effect; blank - no study.

Table 2 Non-pharmacologic interventions in SLE

Author, year, country	n	Intervention	Control	Outcome measures	Duration (weeks)	Results
Exercise intervention (n=8) Robb-Nicholson 1989, USA ¹³	23	Home aerobic exercise, 30 mins × three times/wk × 8 wks	Non-aerobic stretching exercise, 30 mins × three times/wk × 8 wks	- Fatigue (VAS, POMS) - Depression (NIMH) - Disease activity (SLE-AI)	8	- Significant improvement in fatigue measured by VAS but not by POMS - No significant differences in depression and disease activity
Ramsey-Goldman 2000, USA ¹⁴	10	Aerobic exercise -Phase 1 – Group exercise, 50 mins × three times/wk × 2 months -Phase 2 – Home exercise × 6 months	Range of motion/muscle strengthening exercise -Phase 1 – Group exercise, 50 mins × three times/wk × 2 months -Phase 2 – Home exercise × 6 months	- Fatigue (FSS) - Quality of life: physical function (SF-36-PF) - Disease activity (SLAM)	32	- No significant differences in fatigue, Physical function of quality of life and disease activity
Tench 2003, UK ¹⁵	93	Home exercise (walking, cycling, swimming), 30-50 mins × three times/wk × 12 wks	1. Relaxation audiotape, 30 mins × three times/wk + supervised relaxation session, q 2 wk × 12 wks 2. Usual medical care	- Fatigue (FSS, CFS, VAS) - Depression, anxiety (HADS) - Quality of Life (SF-36) - Disease activity (SLAM)	12	- Significant improvement in fatigue measured by the CFS but not by FSS or VAS in exercise group, mixed results - No significant differences in depression and anxiety, quality of life and disease activity
Miossi 2012, Brazil ¹⁶	28	Supervised aerobic exercise + resistance training, 80 mins × two times/wk × 12 wks	1. Usual medical care 2. Healthy control: supervised exercise training program	- Disease activity (SLEDAI)	12	- No significant differences in disease activity
Prado 2013, Brazil ¹⁷	19	Supervised aerobic exercise, 30-60 mins × two times/wk × 12 wks	Usual medical care	- Disease activity (SLEDAI-2K)	12	- No significant differences in disease activity
Bogdanovic 2015, Serbia ¹⁸	60	Aerobic exercise, 15 mins × three times/wk × 6 wks	Isotonic exercises, 30 mins × three times/wk × 6 wks	- Fatigue (FSS) - Depression (BDI) - Quality of Life (SF-36)	6	- No significant differences in fatigue and depression - Significant improvement in quality of life
Abrahão 2016, Brazil ¹⁹	63	CT, 50 mins × three times/wk × 12 wks	1. RT, 50 mins × three times/wk × 12 wks 2. Usual medical care	- Depression (BDI) - Quality of Life (SF-36) - Disease Activity (SLEDAI)	12	- No significant differences in depression - Significant improvement in quality of life in CT and RT groups - No significant differences in disease activity
Bostrom 2016, Sweden ²⁰	35	- 0-3 months: Supervised aerobic Exercise, 60 mins × two times/wk + education + individual coaching of physical activity + heart rate monitor + physical activity diary - 4-12 months: Tapering of coaching, self-managed physical activity	Usual medical care	- Quality of Life (SF-36) - Disease Activity (SLEDAI)	52	- Significant improvement in SF-36 mental health at 6 months - No significant differences in other SF-36 subscales - No significant differences in disease activity
Psychological and counselling intervention (n=6) Dobkin 2002, Canada ²¹	133	Group psychotherapy, 90 mins × one time/wk × 3 months + booster session, one time/month × 3 months	Usual medical care	- Psychological measure (SCL-90-R) - Quality of life (SF-36) - Disease activity (SLAM-R)	12	- No significant differences in psychological measure, quality of life and disease activity
Karlson 2004, USA ²²	122	Psychoeducational intervention, one time, followed by a phone call once a month × 5 months	Attention placebo + video presentation about lupus, 45 mins once	- Fatigue - Quality of life (SF-36) - Disease activity (SLAQ)	20	- Significant improvement in fatigue - Significant improvement in quality of life, global mental health status and - No significant differences in disease activity
Greco 2004, USA ²³	92	Biofeedback-assisted/CBT + relaxation techniques, six sessions × 3 months	1. SMS 2. Usual medical care	- Psychological measure (CES-D, STRESS, ASES) - Pain (AIMS2-pain, MPI-1) - Quality of life: physical function (SF-36-PF) - Disease activity (SLEDAI, SLAM-R)	12	- Significant improvement in long-term psychological function - Significant improvement in pain - Significant improvement in physical function (SF-36-PF) - No significant differences in disease activity
Navarrete-Navarrete 2010, Spain ²⁴	45	CBT + relaxation techniques + social skill training, 120 min/wk × 10 wks	Usual medical care	- Psychological measure (SVI, BDI, STAI) - Quality of Life (SF-36) - Disease activity (SLEDAI)	10	- Significant improvement in stress, depression and anxiety - Significant improvement in SF-36 scales including physical role, pain, social function, mental health and general health - No significant differences in disease activity
Brown 2012, USA ²⁵	53	CBT + home computer modules, three sessions × 6 wks	1. Education only intervention, three sessions 2. Usual medical care	- Pain (SF-MPQ) - Quality of Life (PedsQL)	6	- No significant difference in all outcomes
Solati 2017, Iran ²⁶	46	MBCT, 45-60 mins × one time/wk × 8 wks	Usual medical care	- Psychological measure (GHQ-28) - Quality of Life (SF-36)	8	- Significant improvement in psychological measure - Significant improvement in quality of life
Acupuncture intervention (n=1) Greco 2008, USA ²⁷	24	Electrical Acupuncture, 30 mins × 10 sessions × 5 weeks	1. Minimal needling, 10 sessions × two times over 5 weeks 2. Usual medical care	- Fatigue (FSS, SF-36 vitality) - Pain (AIMS, MPI, SF-36 body pain) - Disease activity (SLAM-R, SLEDAI)	5	- No significant differences in fatigue, pain and disease activity

VAS: Visual Analog Scale; POMS: the Profile of Mood States; NIMH: the National Institutes of Mental Health Depression Scale; SLE: systemic lupus erythematosus; SLE-AI: SLE lupus activity index; FSS: Fatigue Severity Score; SF-36-PF: Short-Form Health Survey Physical Function subscale; SLAM: Systemic Lupus Activity Measure; CFS: Chalder Fatigue Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; SF-36: Short-Form Health Survey; SLEDAI: The Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLEDAI-2K: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000; BDI: Beck Depression Inventory; CT: cardiovascular exercise; RT: resistance exercise; SCL-90-R: The Symptom Checklist 90-Revised; SLAM-R: The Systemic Lupus Activity Measure-Revised; SLAQ: Systemic lupus activity questionnaire for population studies; SMS: symptom monitoring support intervention; CES-D: The Center for Epidemiological Studies Depression scale; STRESS: Cohen's Perceived Stress Scale; ASES: Arthritis Self-Efficacy Scale; AIMS2-pain: The Revised Arthritis Impact Measurement Scales; MPI: Multidimensional Pain Inventory; SVI: Stress Vulnerability Inventory; STAI: Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory; SF-MPQ: The McGill Pain Questionnaire - Short Form; PedsQL: Pediatric Health-related Quality of Life; GHQ-28: The self-reported General Health Questionnaire; CBT: cognitive-behavioral therapy; MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy.

Annexe 3 : Questionnaire ALTER-MAI

 ALTER-MAI N° Inclusion «pages»	Etiquette patient	
--	-------------------	---

► CAHIER D'OBSERVATION

Vérification des Critères d'éligibilité

Critères d'inclusion		
1. Patient âgé de 18 ans ou plus	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
2. Patient atteint de SGSp selon les critères Américano Européens Révisés OU Patients atteints de LES répondant aux critères de l'ARA et/ou SLICC OU Patient atteint d'une sclérodémie systémique selon les critères ACR/EULAR 2012	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
3. Patient affilié à un régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Critères de non-inclusion		
4. Patient incapable de comprendre ou d'adhérer au protocole	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
5. Patient privé de liberté	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
6. Patients faisant l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
7. Patients majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
8. Patient participant déjà à un essai interventionnel thérapeutique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Données démographiques

1 ^{ère} lettre nom	_	Année de naissance	_ _ _ _ <i>année</i>
1 ^{ère} lettre prénom	_	Profession
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Activité	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité
Lieu de vie	<input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Rural		<input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Arrêté

Pathologie

Pathologie	<input type="checkbox"/> SGS <input type="checkbox"/> SCL <input type="checkbox"/> Lupus	Date de diagnostic	_ _ _ _ <i>année</i>
		Début symptômes	_ _ _ _ <i>année</i>

Traitements déjà pris depuis le diagnostic (pour la pathologie ou les troubles psychiques)

Traitements de fond	<input type="checkbox"/> Cortisone <input type="checkbox"/> Plaquenil <input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs <input type="checkbox"/> Biothérapie	Psychotropes	<input type="checkbox"/> Antidépresseur <input type="checkbox"/> Neuroleptique <input type="checkbox"/> Anxiolytique
		Antidouleurs	<input type="checkbox"/> Palier I <input type="checkbox"/> Palier II <input type="checkbox"/> Palier III

Médecines alternatives pratiquée pour votre pathologie de MIA ?

Non

Oui

Si oui, précisez :

Manipulation	Relaxation	Complément	Divers
1 <input type="checkbox"/> Acupuncture	9 <input type="checkbox"/> Yoga	16 <input type="checkbox"/> Homéopathie	22 <input type="checkbox"/> Luminothérapie
2 <input type="checkbox"/> Ostéopathie	10 <input type="checkbox"/> Méditation	17 <input type="checkbox"/> Naturopathie	23 <input type="checkbox"/> Musicothérapie
3 <input type="checkbox"/> Chiropraxie	11 <input type="checkbox"/> Qi-qong	18 <input type="checkbox"/> Phytothérapie	24 <input type="checkbox"/> Art-thérapie
4 <input type="checkbox"/> Guérisseur	12 <input type="checkbox"/> Shia-tsu	19 <input type="checkbox"/> Aromathérapie	25 <input type="checkbox"/> Balnéothérapie
5 <input type="checkbox"/> Magnétisme	13 <input type="checkbox"/> Sophrologie	20 <input type="checkbox"/> Médecine Ayurvédique	26 <input type="checkbox"/> Zoothérapie
6 <input type="checkbox"/> Hypnothérapie	14 <input type="checkbox"/> Réflexologie	21 <input type="checkbox"/> Médecine chinoise	27 <input type="checkbox"/> Autre :
7 <input type="checkbox"/> Rebouteurs	15 <input type="checkbox"/> Massothérapie	
8 <input type="checkbox"/> Etiopathie			

A remplir si pratique d'une médecine alternative :

Reporter le numéro correspondant à la médecine alternative cochée __ __		Age de début de la pratique __ __
Fréquence :	Ressenti physique :	Budget annuel :
<input type="checkbox"/> Plusieurs fois / semaine <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / mois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / an <input type="checkbox"/> Moins	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> <50 euros <input type="checkbox"/> entre 50 et 150 euros <input type="checkbox"/> entre 150 et 300 euros <input type="checkbox"/> ≥ 300 euros
Durée de la pratique :	Ressenti mental :	Motif de la pratique :
<input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> Environ 6 mois <input type="checkbox"/> Environ 3 mois <input type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Recherche de bien-être <input type="checkbox"/> Autre :
Sur recommandation de :	Déroulement d'une séance :	Pourquoi une médecine alternative ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami/connaissance/collègue <input type="checkbox"/> Pas de recommandation	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> A plusieurs <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> En club <input type="checkbox"/> Chez le praticien	<input type="checkbox"/> Prise en charge médicale ressentie comme insuffisante <input type="checkbox"/> Volonté d'éviter des traitements supplémentaires <input type="checkbox"/> Rejet personnel de la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre :

A remplir si pratique d'une 2^{ème} médecine alternative :

Reporter le numéro correspondant à la médecine alternative cochée __ __		Age de début de la pratique __ __
Fréquence :	Ressenti physique :	Budget annuel :
<input type="checkbox"/> Plusieurs fois / semaine <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / mois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / an <input type="checkbox"/> Moins	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> <50 euros <input type="checkbox"/> entre 50 et 150 euros <input type="checkbox"/> entre 150 et 300 euros <input type="checkbox"/> ≥ 300 euros
Durée de la pratique :	Ressenti mental :	Motif de la pratique :
<input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> Environ 6 mois <input type="checkbox"/> Environ 3 mois <input type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Recherche de bien-être <input type="checkbox"/> Autre :
Sur recommandation de :	Déroulement d'une séance :	Pourquoi une médecine alternative ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami/connaissance/collègue <input type="checkbox"/> Pas de recommandation	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> A plusieurs <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> En club <input type="checkbox"/> Chez le praticien	<input type="checkbox"/> Prise en charge médicale ressentie comme insuffisante <input type="checkbox"/> Volonté d'éviter des traitements supplémentaires <input type="checkbox"/> Rejet personnel de la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre :



ALTER-MAI

N° Inclusion «pages»



A remplir si pratique d'une 3^{ème} médecine alternative :

Reporter le numéro correspondant à la médecine alternative cochée __ __		Age de début de la pratique __ __
Fréquence :	Ressenti physique :	Budget annuel :
<input type="checkbox"/> Plusieurs fois / semaine <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / mois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / an <input type="checkbox"/> Moins	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> <50 euros <input type="checkbox"/> entre 50 et 150 euros <input type="checkbox"/> entre 150 et 300 euros <input type="checkbox"/> ≥ 300 euros
Durée de la pratique :	Ressenti mental :	Motif de la pratique :
<input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> Environ 6 mois <input type="checkbox"/> Environ 3 mois <input type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Recherche de bien-être <input type="checkbox"/> Autre :
Sur recommandation de :	Déroulement d'une séance :	Pourquoi une médecine alternative ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami/connaissance/collègue <input type="checkbox"/> Pas de recommandation	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> A plusieurs <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> En club <input type="checkbox"/> Chez le praticien	<input type="checkbox"/> Prise en charge médicale ressentie comme insuffisante <input type="checkbox"/> Volonté d'éviter des traitements supplémentaires <input type="checkbox"/> Rejet personnel de la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre :

A remplir si pratique d'une 4^{ème} médecine alternative :

Reporter le numéro correspondant à la médecine alternative cochée __ __		Age de début de la pratique __ __
Fréquence :	Ressenti physique :	Budget annuel :
<input type="checkbox"/> Plusieurs fois / semaine <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / mois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois / an <input type="checkbox"/> Moins	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> <50 euros <input type="checkbox"/> entre 50 et 150 euros <input type="checkbox"/> entre 150 et 300 euros <input type="checkbox"/> ≥ 300 euros
Durée de la pratique :	Ressenti mental :	Motif de la pratique :
<input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> Environ 6 mois <input type="checkbox"/> Environ 3 mois <input type="checkbox"/> Moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Pas de changement <input type="checkbox"/> Petite amélioration <input type="checkbox"/> Grande amélioration	<input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Recherche de bien-être <input type="checkbox"/> Autre :
Sur recommandation de :	Déroulement d'une séance :	Pourquoi une médecine alternative ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Ami/connaissance/collègue <input type="checkbox"/> Pas de recommandation	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> A plusieurs <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> En club <input type="checkbox"/> Chez le praticien	<input type="checkbox"/> Prise en charge médicale ressentie comme insuffisante <input type="checkbox"/> Volonté d'éviter des traitements supplémentaires <input type="checkbox"/> Rejet personnel de la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> Autre :

Stress, Culture et traditions :

Par rapport à votre maladie, êtes-vous globalement	<input type="checkbox"/> Pas stressé <input type="checkbox"/> Peu stressé	<input type="checkbox"/> Moyennement stressé <input type="checkbox"/> Très stressé
Depuis votre diagnostic, l'activité de votre maladie impacte votre qualité de vie	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
Votre pays de naissance : Le pays de naissance de votre mère : Le pays de naissance de votre père :		

Questionnaire de santé SF36

Comment répondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
À peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état physique

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e))

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

8. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

9. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
a. vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc., 1993 All rights reserved. (IQOLA SF-36 French (France) Version 1 3).

Échelle HAD

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014 ©
Haute Autorité de Santé – 2014

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



[Prévalence de l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires chez des patients suivi pour une maladie auto-immune dans le service de Médecine Interne du CHU de Limoges.

Introduction Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) évoluent en parallèle d'une médecine dite conventionnelle, soumise à une validation scientifique. Les traitements médicamenteux au cours des maladies auto-immunes (MAI) sont parfois insuffisants sur les plaintes subjectives (fatigue, douleurs) et source d'une altération de la qualité de vie. Si certaines MAC sont admises pour leurs bienfaits, d'autres pourraient être à risques d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Il manque par ailleurs d'études d'efficacité validées scientifiquement ou de données de vie réelle. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence d'utilisation des MAC chez des patients suivis pour une MAI et de décrire ces pratiques, les caractéristiques des patients et les facteurs d'association.

Méthodes Cette étude observationnelle prospective a été réalisée dans un service de Médecine Interne entre 2019 et 2021. Les patients suivis pour un lupus érythémateux systémique (LES), un syndrome de Sjögren primitif (SSp), ou une sclérodermie systémique (SS) ont été inclus. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par le médecin et le patient, qui évaluait les caractéristiques socio-démographiques et la maladie, la pratique ou non de MAC et en cas de réponse positive les modalités d'utilisation et leur efficacité à l'aide de scores de qualité de vie.

Résultats 121 patients ont été inclus (LES n=47, SSp n=31, SS n=43), composés majoritairement de femmes (87%), d'un âge moyen de 56 ans (+/- 14 ans), d'origine occidentale (88%), vivant en milieu rural (67%). La prévalence d'utilisation des MAC était de 55% dans la population étudiée (LES 53%, SSp 61%, SS 53%). On comptabilisait au total 186 pratiques de MAC. Les patients recouraient principalement à des pratiques encadrées comme l'ostéopathie (22%), l'homéopathie (9%), et l'acupuncture (7%) mais également des traditions locales (guérisseurs, magnétiseurs) (11%), des techniques de relaxation (sophrologie, méditation, hypnothérapie) (13%), de manipulation (réflexologie, balnéothérapie, massothérapie, chiropraxie, étiopathie) (11%) et relation corps-esprit (qi-gong, yoga, shiatsu) (9%), l'usage de plantes et remèdes naturels (7%) ou des médecines orientales (3%). Les MAC étaient pratiquées régulièrement, plusieurs fois par semaine (16%) ou par mois (14%) depuis plus d'un an dans 39% des cas. L'intérêt de recours aux MAC était de lutter contre la douleur (61%) et la fatigue (34%), rechercher le bien-être (41%), éviter des traitements supplémentaires (61%) voire de rejeter la médecine conventionnelle (47%). Elles sont rarement proposées par un médecin (17%). Les patients rapportaient une amélioration physique et/ou mentale dans 65% des cas. En analyse univariée, la pratique des MAC n'était statistiquement pas associée à l'âge, le sexe, le milieu de vie, la profession, les traitements ou les scores d'anxiété et dépression. Les patients sous traitement antidépresseurs pratiquaient statistiquement plus de MAC. En analyse multivariée, les variables prédictives d'utilisation de MAC étaient l'origine occidentale, un score SF36 physique bas et une durée d'évolution longue de la maladie (respectivement $p=0,01$; $p=0,03$; $p=0,06$).

Discussion Il s'agit de la première étude faisant un état des lieux descriptif de l'utilisation des MAC dans un groupe de patients atteints de connectivites. Les résultats mettent en évidence l'étendue de ces pratiques, permettent de cibler les populations d'intérêt et leurs besoins, et d'attester que des études prospectives à plus grande échelle semblent nécessaires. L'enjeu actuel est d'enrichir la médecine conventionnelle de pratiques alternatives et complémentaires efficaces et sécurisées, à l'aide de programmes individuels et collectifs afin de tendre vers une médecine intégrative.

Mots-clés : médecine alternative et complémentaire, maladie auto-immune

Prevalence of the use of alternative and complementary medicines in patients followed for an autoimmune disease in the Internal Medicine Department of the University Hospital of Limoges.

Introduction Complementary and alternative medicine (CAM) is evolving in parallel with conventional medicine, which is subject to scientific validation. Drug treatments for autoimmune diseases (AID) are sometimes insufficient for subjective complaints (fatigue, pain) and cause an alteration in quality of life. While some CAM are recognised for their benefits, others may be at risk of diagnostic and therapeutic errors. There is also a lack of scientifically validated efficacy studies or real-life data. The objective of this study was to assess the prevalence of CAM use in patients followed for AID and to describe these practices, patients characteristics and association factors.

Methods This prospective observational study was conducted in an Internal Medicine department between 2019 and 2021. Patients followed for systemic lupus erythematosus (SLE), primary Sjögren's syndrome (PSS), or systemic scleroderma (SS) were included. Data were collected using a questionnaire completed by the physician and the patient, which assessed socio-demographic and disease characteristics, CAM were used or not, and in the case of a positive response, the modalities of use and their effectiveness using quality of life scores.

Results 121 patients were included (SLE n=47, PSS n=31, SS n=43), mostly women (87%), with a mean age of 56 years (+/- 14 years), of western origin (88%), living in rural areas (67%). The prevalence of CAM use was 55% in the study population (SLE 53%, PSS 61%, SS 53%). A total of 186 CAM practices were recorded. Patients mainly used supervised practices such as osteopathy (22%), homeopathy (9%) and acupuncture (7%), and also local traditions (healers, magnetisers) (11%), relaxation techniques (sophrology, meditation, hypnotherapy) (13%) manipulative techniques (reflexology, balneotherapy, massage, chiropractic, etiopathy) (11%) and mind-body relationships (qi-gong, yoga, shiatsu) (9%), the use of plants and natural remedies (7%) or oriental medicines (3%). CAM was practiced regularly, several times a week (16%) or a month (14%) for more than a year in 39% of cases. The reasons for using CAM were to combat pain (61%) and fatigue (34%), to seek well-being (41%), to avoid additional treatments (61%) or even to reject conventional medicine (47%). They are rarely proposed by a doctor (17%). Patients reported physical and/or mental improvement in 65% of cases. In univariate analysis, the practice of CAM was not statistically associated with age, sex, living environment, profession, treatments or anxiety and depression scores. Patients undergoing antidepressant treatment were statistically more likely to perform CAM. In multivariate analysis, the predictors of CAM use were from western origin, low SF36 physical score and long duration of disease (respectively $p=0.01$; $p=0.03$; $p=0.06$).

Discussion This is the first study to provide a descriptive overview of the use of CAM in a group of patients with connectivitis. The results highlight the extent of these practices, allow the targeting of the populations of interest and their needs, and confirm that larger-scale prospective studies seem necessary. The current challenge is to enrich conventional medicine with effective and safe alternative and complementary practices, using individual and group programmes in order to move towards integrative medicine.

Keywords : complementary and alternative medicines, autoimmune disease

