Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 11 octobre 2024

Par M. Cyril CAMINADE-COLAS

Perception et utilisation des thérapies complémentaires par les médecins généralistes : un état des lieux en Limousin

Thèse dirigée par Mme Émilie AUDITEAU, MCU et Nadège LAUCHET, PA-MG.

Examinateurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO, Président du jury, PU-PH, CHU de Limoges

Mme. Nadège LAUCHET, 1er assesseur, PA-MG

Mme. Marion MILLOT, 2ème assesseur, MCU

Mme. Émilie AUDITEAU, 3° assesseur, MCU

Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2024 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 octobre 2024

Par Cyril CAMINADE-COLAS

Perception et utilisation des thérapies complémentaires par les médecins généralistes : un état des lieux en Limousin

Thèse dirigée par Mme Émilie AUDITEAU, MCU et Nadège LAUCHET, PA-MG

Examinateurs :

M. le Professeur Philippe NUBUKPO, Président du jury, PU-PH, CHU de Limoges

Mme. Nadège LAUCHET, 1er assesseur, PA-MG

Mme. Marion MILLOT, 2ème assesseur, MCU

Mme. ÉMILIE AUDITEAU, 3° assesseur, MCU

Le 25 janvier 2023

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 **Laurent FOURCADE**

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.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
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

Licence CC BY-NC-ND 3.0

DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
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
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
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
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

Licence CC BY-NC-ND 3.0

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

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
ESCLAIRE 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
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie	(du 01-09-2022 au 31-08-2025)
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 31-08-2022
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2022
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2022
DARDE Marie-Laure	du 01-09-2021 au 31-08-2023
DESPORT Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2022
MABIT Christian	du 01-09-2022 au 31-08-2024
MERLE Louis	du 01-09-2017 au 31-08-2022
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2023

Licence CC BY-NC-ND 3.0

NATHAN-DENIZOT Nathalie	du 01-09-2022 au 31-08-2024
TREVES Richard	du 01-09-2021 au 31-08-2023
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01-09-2019 au 31.08.2023
VIROT Patrice	du 01-09-2021 au 31-08-2023

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le 1e décembre 2022

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément

HERAULT Kévin

RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Remerciements

Ce travail et ce parcours médical n'aurait pu voir le jour sans l'aide d'un grand nombre de personnes. Je tiens donc à remercier tous ceux qui m'ont aidé pendant ces longues années d'étude !

Je souhaite tout d'abord remercier le président du jury Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO, de l'intérêt que vous avez apporté à ce sujet de thèse peu commun et de l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de mon profond respect.

Merci à Madame Marion MILLOT, qui me fait le très grand honneur d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de mon profond respect.

Je remercie également Madame la Docteure LAUCHET d'avoir accepté de codiriger mon étude et de m'avoir permis de la réaliser avec une grande liberté. Vos remarques ont amélioré la qualité de ce travail.

Je remercie également Émilie AUDITEAU d'avoir accepté de codiriger cette thèse et de m'avoir apporté son aide et son soutien pour m'accompagner dans toutes les étapes de ce projet afin qu'il puisse voir le jour. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance quant à votre disponibilité et conseils pendant ces années d'études. Ce fut un honneur de travailler à vos côtés.

Je tiens aussi à remercier Madame la Professeure Anne-Laure FAUCHAIS, de m'avoir accueilli dans son service le premier jour de mon aventure en médecine. Sa dévotion et sa gentillesse envers les patients sont un exemple pour moi. Merci d'avoir accepté de prendre soin de mon épouse et d'avoir ainsi changé notre vie, sans vous le miracle Anna n'aurait probablement pas pu se produire.

Je remercie aussi Monsieur le Docteur Éric GAUDILLÈRE, de m'avoir montré que l'amour et la compassion pour les patients est bien la force première du médecin. Malgré toutes les contraintes du monde actuel, vous incarnez la vertu d'humanité que je me dois de suivre en tant que médecin, celle dont je rêvais quand j'étais enfant.

Je tiens à remercier également tous les membres du groupe médical Dupuytren du Vigen avec qui une nouvelle aventure palpitante débute. Merci Annick et Séverine pour votre bienveillance et votre patience avec moi malgré mes hésitations, merci Éric pour m'avoir fait confiance dès le départ dans mes qualités de « jeune » médecin, merci Jean-Jacques de me céder votre place, j'espère être à la hauteur des bons soins que vous avez prodigués pendant toutes ses années. Je remercie Mickael qui m'a sollicité pour venir travailler dans le groupe, ton sens aigu de la pédagogie et du devoir médical sont pour moi une référence, merci Grégoire pour ta disponibilité quand j'ai un bug sur mon ordinateur ou dans ma tête avec un patient, merci Julien pour ton accessibilité pour les discussions et ton ouverture d'esprit, merci Emma pour ton accueil, ta présence et ta gentillesse.

Je tiens aussi à remercier tous mes maitres de stage qui m'ont tant appris et tant démontré de qualités et de vertus pendant toutes ces années : Timothée Grenaille, Didier Pfennig, Alexandra Ould Omar, Philippe Dupuy, Carole Reigner, Nathalie Dubois, Vincent Guigonis,

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Alexandra Masson, Jane Languepin, Cécile Laroche, Marie-Alexandrine Champigny, Thuy Trinh, Fabien Giré, Pauline Pépy, Yves Le Meur, Pascal Chevrier.

Je tiens aussi à remercier mes frères de cœur avec qui je partage mon aventure humaine limougeaude exaltante depuis de nombreuses années maintenant. Merci Alexandre, Christophe, Cyrille, Mickael, Philippe, Gilbert, Olivier, Xavier, Thierry...

Un grand merci à Zakaria et Fouziya qui m'ont soutenu et nourri tout au long de ces dix années d'études. Sans vous ce parcours n'aurait certainement pas été fait avec autant de qualité.

Je remercie biensûr Renaud pour m'avoir soutenu de manière indéfectible depuis le début de ce projet d'études fou et ambitieux. Merci de m'avoir ouvert ta porte, de m'avoir nourri et fait autant à chaque fois que tu le pouvais. Sans toi rien de tout cela n'aurait été possible non plus.

Je remercie ma mère, Sylvaine, de m'avoir transmis cette passion pour la médecine, tes récits médicaux ont bercé mon enfance et ont éveillé ma curiosité de comprendre pourquoi il y avait autant d'intensité dans ta voix. Je comprends mieux le parcours épique que tu as pu faire avec en plus trois enfants sur les épaules.

Je remercie aussi biensûr mon père, Jean-Pierre, qui m'a transmis son enthousiasme et son courage pour tracer mon chemin. Merci d'avoir soufflé le vent de la confiance que donne un père à son fils car il en fallait pour faire cette folie de suivre mes rêves et ces études de médecine. Cette œuvre est aussi la tienne.

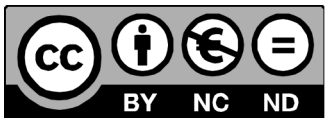
Pour finir je remercie évidemment celle qui m'accompagne dans mes joies et mes peines depuis de nombreux années, Monica, merci d'avoir partagé tes innombrables talents et par-dessus tout ta patience. Tu es un alliage incroyable de force, de douceur, de bienveillance et d'intelligence. J'ai la chance d'être au contact de toutes ces vertus (entre autres) dans mon quotidien. Tu es pour moi une source quasi illimitée d'inspiration. Tu attises mon désir de me perfectionner et de mieux soigner mes semblables. Merci de m'avoir donné la chance d'être le père de cette magnifique petite Anna.

A ma fille Anna, merci d'égayer mes jours et mes nuits avec autant d'intensité. Je suis heureux de te voir t'épanouir et t'émerveiller dans ce monde parfois si difficile. Maintenant que ta prise en main du stéthoscope est assez fluide, j'espère te faire apprécier l'examen otoscopique…

Licence CC BY-NC-ND 3.0

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/*



Licence CC BY-NC-ND 3.0

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence-Based Medicine

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

MC : Médecine Complémentaire

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MG : Médecin généraliste

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

QCM : Question à Choix Multiples

SS : Système de Santé

TC : Thérapie Complémentaire

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des matières

INTRODUCTION 23

I. PRÉSENTATION DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES 25

I.1. Définition des TC 25

I.2. Connaissances sur l'utilisation des TC 26

I.3. Les praticiens de TC les plus courantes 27

I.3.1. Acupuncteur 27

I.3.2. Ostéopathe et Chiropracteur 28

I.3.3. Naturopathe 29

I.3.4. Rebouteux 30

I.3.5. Magnétiseur 30

I.4. Les connaissances du milieu scientifique sur les TC 30

I.5. Formations aux thérapies complémentaires 31

I.6. La règlementation législative en France 32

I.6.1. Législation concernant les MG vis à vis des TC 32

I.6.2. Législation concernant les TC 32

I.7. Lien des TC avec l'Assurance Maladie 33

II. PROBLÉMATIQUE 35

III. METHODOLOGIE 37

III.1. Choix de la population étudiée 37

III.1.1. Critères d'inclusion 37

III.1.2. Critères de non-inclusion 37

III.2. Le questionnaire 37

III.2.1. Quelles thérapies pour quelle pathologie ? 38

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.2.2. Les MG limousin utilisent-ils les TC ? en sont-ils satisfaits ? devraient-elles intégrer le système de sécurité sociale ? 39
III.2.3. Connaissent-ils les fondements scientifiques et légaux des TC ? 39
III.3. Méthode de collecte des données 40
III.4. Analyses statistiques 40
III.5. Aspects éthiques et règlementaires 40
IV. RÉSULTATS 41
IV.1. Population cible 41
IV.2. Caractéristiques socio-démographiques 41
IV.3. Résultats principaux et état des lieux des TC en Limousin 43
IV.3.1. Types de TC utilisées par les MG 43
IV.3.2. Utilisation des TC selon les pathologies 44
IV.4. Résultats des objectifs secondaires 46
IV.4.1. Moment et origine de prescription des TC 46
IV.4.2. Raisons de non-prescription d'une TC 47
IV.4.3. Satisfaction et intégration des TC dans le système de sécurité sociale 48
IV.4.4. Le réseau de praticien TC 50
IV.4.5. Intégration des attentes et des croyances dans le parcours de soin 50
IV.4.6. Perception des TC 50
IV.4.7. Communication avec les patients et facilité pour discuter des TC 51
IV.4.8. Connaissances générales des MG sur les TC. 51
IV.4.9. Facteurs influençant les connaissances sur les TC 52
V. DISCUSSION 55
V.1. Caractéristiques générales des MG ayant répondu à l'enquête 55
V.2. Utilisations et perceptions des différentes TC 57
V.2.1. Ostéopathie 58

Licence CC BY-NC-ND 3.0

V.2.2. Acupuncture 59
V.2.3. Homéopathie 60
V.2.4. Chiropraxie 60
V.2.5. Autres TC 61
V.3. Profil des MG ayant une utilisation fréquente des TC 62
V.4. Connaissances générales des MG 63
V.5. Limites 65
V.6. Perspectives 66
VI. CONCLUSION 67
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 69
VIII. ANNEXE 75
Serment d'Hippocrate 89
RÉSUMÉ 91
ABSTRACT 93

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1. Diagramme de flux 41
Figure 2. Type de diplôme de TC 42
Figure 3. Répartition des TC intégrées dans le lieu d'exercice 42
Figure 4. Fréquence de l'utilisation des TC. 43

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des tableaux

Tableau 1. Liste comparative des manœuvres permises et interdites par la loi en chiropraxie et l'ostéopathie 29

Tableau 2. Actes diagnostiques des TC reconnues par la CPAM et leur cotation 33

Tableau 3. Types de TC utilisées 44

Tableau 4. Utilisation des TC selon le domaine. 45

Tableau 5. Moment et origine des prescriptions des TC 46

Tableau 6. Raisons de non-prescription selon la fréquence d'utilisation 47

Tableau 7. Degré de satisfaction et désir d'intégration des TC au système de sécurité sociale (SS) selon l'utilisation 49

Tableau 8. Perception des TC. 51

Tableau 9. Répartition des notes sur les connaissances générales sur les TC 52

Tableau 10. Répartition des bonnes réponses selon le domaine 52

Tableau 11. Facteurs influençant les connaissances sur les TC 52

Licence CC BY-NC-ND 3.0

INTRODUCTION

Tout au long de mon internat de médecine générale, et probablement parce que je suis un ancien praticien d'une thérapie complémentaire (TC) réglementée (chiropraxie), j'ai pu avoir de nombreuses conversations sur les TC avec les médecins qui m'encadraient. Je me suis rendu compte que malgré leur intérêt pour celles-ci, très peu connaissaient véritablement les particularités, les indications, les règlementations ou les modalités d'actions parfois spécifiques qui leur incombent.

Pourtant, la présence des TC semble incontournable dans le parcours de soin actuel d'un patient. Bien qu'il soit difficile de quantifier leur utilisation, en 2011 70% des habitants de l'Union européenne reconnaissaient avoir eu recours aux thérapies complémentaires au moins une fois dans leur vie avec 25% qui se tournaient vers ces pratiques chaque année (1). En France, 40 % de la population aurait recours aux TC selon un sondage de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) réalisé en 2007 (2). La prévalence de ce recours pourrait même atteindre jusqu'à 86% selon une revue systématique de la littérature réalisée en 2012 (3). Une étude australienne de 2018 estimait que le nombre de consultations de TC était équivalent au nombre de consultations de médecine conventionnelle (4). Par ailleurs une autre étude en France a montré qu'environ 70% des patients ayant recours aux TC le faisaient en complément ou à la suite d'un échec de la médecine conventionnelle avec un taux de satisfaction de 80% (5).

Au-delà de ce constat, le Code de la Sécurité Sociale stipule que l'une des principales missions du médecin traitant est d'assurer un recours au soin, de coordonner le suivi médical et d'orienter dans le parcours de soins (6). Comme les TC sont *de facto* dans l'arsenal thérapeutique des patients, il semble primordial que les médecins généralistes (MG) les connaissent bien notamment au niveau des indications médicales et de la législation afin qu'ils puissent aider leurs patients à les utiliser à bon escient.

La plupart des études sur les TC dans la littérature concernent le point de vue des patients. A notre connaissance, très peu d'études ont été faites auprès des MG. Une revue de la littérature de 2022 a retrouvé que les TC étaient mieux intégrées chez les MG et les psychiatres quels que soient la région géographique et le niveau économique du pays étudié (7). En France, quelques enquêtes quantitatives issues des thèses en médecine générale ont été réalisées ces dernières années sur les TC auprès des MG dans certaines régions (Languedoc-Roussillon, la Réunion, Lorraine) mais aucune n'a été réalisée en Limousin.

Je suis donc parti de l'hypothèse que les MG utilisaient très peu les TC et ceci en raison du fait qu'ils ne les connaissaient pas bien et/ou en avaient une image négative. Dans la perspective où elles seraient utilisées, mon hypothèse était que leurs recours n'étaient pas rationnalisés selon des connaissances établies par la communauté scientifique.

Ma perception très parcellaire des freins à l'intégration d'une prise en charge pluridisciplinaire m'a poussé à faire un état des lieux général pour mieux comprendre l'utilisation que font les MG des TC sur le territoire Limousin où je compte m'installer dans le futur.

Nous avons donc décidé de réaliser un étude descriptive quantitative dans le but de savoir la place que peuvent avoir les TC chez les MG.

Pour cela, nous avons donc voulu explorer diverses facettes des MG : leurs connaissances des TC mais aussi leur perception et leur utilisation. Ainsi nous voulions savoir s'il existait des caractéristiques communes aux MG limousins utilisant fréquemment les TC. Notre étude pourrait permettre par la suite de servir de point d'appui pour approfondir ces caractéristiques de manière qualitative.

Dans la suite de cet exposé, nous commencerons par présenter les TC les plus courantes avec leurs particularités puis exposerons la problématique en lien avec les apports de littérature pour aboutir à nos résultats et les discuter en rapport avec les données scientifiques.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I. PRÉSENTATION DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

I.1. Définition des TC

Définir et classer les TC est loin d'être un exercice facile aux vues de la multiplicité des pratiques. Une manière de les approcher serait de les définir par ce qu'elles ne sont pas. Dans la littérature on retrouve le terme « biomédecine » pour contre balancer celui de « médecine complémentaire et alternative ».

Thérapie complémentaire / thérapie alternative est-ce la même chose ? Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un ensemble de pratiques de santé ne faisant pas partie de la médecine conventionnelle ni de la tradition du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant (8).

Pour autant, une thérapie dite complémentaire *peut* devenir conventionnelle et inversement une thérapie conventionnelle largement utilisée peut devenir alternative (comme les saignées qui relevaient de la médecine conventionnelle et sont désormais pratiquées dans les TC) (9).

Il faut tout de même distinguer la thérapie dite *complémentaire* (TC), où la prise en charge se fait *en plus* de la prise en charge médicale conventionnelle, de la thérapie dite *alternative*, qui elle, se fait *à la place* de la prise en charge conventionnelle (9).

Une façon de classer les thérapies pourrait être en rapport avec leur efficacité. Une thérapie ne pouvant pas fournir la preuve de son efficacité par consensus professionnel, méta-analyse ou rapport d'experts, pourrait alors être considérée comme une thérapie *complémentaire*. Le problème est que cette classification impliquerait alors aussi de reclasser des soins du système conventionnel dans la catégorie des TC et ceci de façon excessive.

Une autre façon de définir les TC pourrait être de dire que toutes les thérapies non couramment accessibles et enseignées dans les facultés sont des TC. Mais cela amènerait à une entité protéiforme, sans réelle effort de classification.

Comme s'il fallait justifier ou légitimer leur existence sur le « marché de la santé », les TC revendiquent souvent un ancrage et un héritage liés à un « bon sens » plus ou moins perdu dans notre civilisation post-moderne (l'acupuncture avec la médecine traditionnelle chinoise, les ostéopathes et les chiropracteurs avec les rebouteux, les naturopathes avec l'herboristerie). Lorsqu'elles se positionnent dans ces courants historiques, les TC se rapprochent alors des *médecines traditionnelles* comme le défini l'OMS. Dans son rapport de 2013, le terme « médecine traditionnelle » est décrit par l'OMS comme la somme totale des connaissances, des compétences et des pratiques que des cultures autochtones et différentes ont utilisées au fil du temps pour préserver la santé et prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies physiques et mentales.

À la suite des travaux de recherche sur les TC financés par l'Union Européen, cet organisme propose les TC comme des pratiques qui représentent une variété de systèmes médicaux et de thérapies basés sur les connaissances, les compétences et les pratiques dérivées de théories, de philosophies et d'expériences utilisées pour maintenir et améliorer la santé, ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, soulager ou traiter les maladies physiques et mentales. Les TC sont principalement utilisées en dehors des soins de santé conventionnels, mais dans de

Licence CC BY-NC-ND 3.0

nombreux pays, certaines thérapies sont adoptées ou adaptées par les soins de santé conventionnels (10).

Aujourd'hui dans le monde entier, les termes utilisés pour définir les TC, leurs méthodes, procédures et techniques varient considérablement. Une certaine technique peut être considérée comme faisant partie des TC dans un pays, alors que dans d'autres pays, la même technique peut être intégrée à un mode de vie normal, à la médecine conventionnelle, à la psychologie ou à la philosophie.

De notre point de vue, l'opposition récurrente de la médecine conventionnelle versus TC est une construction historique et géographique. La limite entre les deux types de médecine reste floue et le contexte socioculturel des personnes y réfléchissant doit être pris en considération.

Notre étude s'inscrit dans un pays dit développé dans un contexte français post-COVID où la déresponsabilisation des pouvoirs publics et l'absence de volonté politique a orienté le système de soins vers une gestion de plus en plus individuelle avec une part grandissante des assurances privées et une très faible régulation (caractéristique d'un modèle néolibéral des accès aux soins). Un flou juridique et règlementaire des domaines de compétences des praticiens de TC a donc été possible et a profité à bons nombres d'acteurs gravitant autour du soin alternatif et complémentaire (profusion d'écoles et de formations privées en tout genre, d'agences de communication permettant à certaines TC de se positionner et de se façonner une image dans l'opinion publique).

C'est ainsi que le terme « thérapie » devient galvaudé car toute nouvelle approche sur le marché du bien-être est qualifiée de thérapeutique (on parle de thérapie assistée par un animal et de zoothérapie, de thérapie par les arbres appelée sylvothérapie, de thérapie par le rire devenant la rigologie, etc). Sans discuter des effets bénéfiques que peuvent apporter ces différentes pratiques, il est évident que le terme thérapie a de nombreuses définitions et qu'il est alors difficile de l'utiliser *seul*. On préfèrera utiliser un terme générique associé comme *complémentaire*.

Dans cette situation actuellement non réglementée des TC, nous nous sommes donc interrogés sur les thérapeutes, leur formation et leur encadrement règlementaire.

I.2. Connaissances sur l'utilisation des TC

Du point de vue des usagers :

Selon une revue systématique de 2012, le type de TC le plus rapporté était l'utilisation de médicaments à base de plantes. Par ailleurs la cause du recours aux TC invoquée par les usagers (principalement des femmes) était leur *insatisfaction* à l'égard des soins conventionnels (3).

Malgré les polémiques récurrentes autour des TC, selon une enquête de 2019, plus de 80% des Français en ont une bonne image. Environ 70% des français ont déjà consulté un professionnel de TC et le taux de satisfaction concernant leur apport tendaient au plébiscite (entre 68 et 92%) (11).Selon cette même source, les TC sont notamment perçues comme

Licence CC BY-NC-ND 3.0

efficaces pour soigner des petits maux en complément de la médecine conventionnelle et paraissent aussi plus respectueuses de l'organisme que la médecine conventionnelle (11).

Par ailleurs, cette enquête révélait que plus de 50% des français ressentaient un déficit d'information concernant les TC. Ainsi 90% déclaraient avoir besoin d'information et d'éléments permettant de valider le professionnalisme et la certification des praticiens (11).

Malgré ce déficit d'information, environ 30% des français déclaraient choisir une TC en première intention *sans avis médical* car ils estimaient que le professionnel de TC était le plus à même de répondre à leur besoin (11).

Ainsi cette confiance plus ou moins éclairée envers les TC amenaient 35% de ses usagers à déclarer avoir déjà remis en cause le diagnostic d'un médecin en privilégiant les prescriptions des TC. La médecine conventionnelle et les TC forment donc deux mondes avec peu d'échange et de lien. Pour exemple seul 25% des français sondés utilisaient les TC à la suite d'une recommandation de leur médecin !

Du point de vue des MG :

Il y a déjà plus de 20 ans, le recours aux TC était estimé à 50% chez les MG britanniques pour leurs patients (12). Compte tenu du modèle de l'assurance maladie anglaise, il est possible que cette augmentation d'utilisation des TC soit le reflet de la refonte actuelle du système de soins reposant de plus en plus sur des assurances privées.

Dans une étude américaine de 2002, 75% des MG interrogés rapportaient un recours aux TC par leurs patients et 60% des MG reconnaissaient avoir été interrogés spécifiquement sur les TC par leurs patients. Par ailleurs cette étude montrait qu'il existait une forte association entre les recommandations du MG et son expérience personnelle (13).

Pour autant, une large majorité des MG (85%) ne se sentaient pas à l'aise pour discuter des TC avec leurs patients et estimaient avoir besoin d'apprendre sur les TC pour mieux adresser leurs patients.

Certaines études ont montré que les MG avaient une perception très variable des TC ce qui avait pour conséquence une utilisation et une promotion variables de celles-ci (4). Par exemple, en Angleterre, l'acupuncture est une des TC les plus populaires chez les MG avec l'hypnose et la chiropraxie contrairement à la France. Du fait de cette perception très positive et de la validité théorique scientifique de cette discipline, les MG britanniques seraient plus enclins à l'utiliser, à se former et à soutenir le développement de l'acupuncture *via* la Sécurité Sociale Nationale (12).

I.3. Les praticiens de TC les plus courantes

I.3.1. Acupuncteur

Dans les années 1980, l'exercice de l'acupuncture n'était pas considéré par certains acupuncteurs comme une médecine au sens occidental du terme et de ce fait l'exercice illégal de la médecine ne les concernait pas. Mais le 3 février 1987, un arrêt rendu par la Cour de

Licence CC BY-NC-ND 3.0

cassation a énoncé la pratique de l'acupuncture comme étant un exercice illégal de la médecine. Aujourd'hui, l'acupuncture n'est toujours pas explicitement règlementée par le Code de la Santé Publique français. Toutefois cette jurisprudence permet de considérer l'acte d'acupuncture comme un acte médical. L'exercice d'acupuncture est donc régi par l'article L.4161-1 et n'est autorisé qu'aux seuls membres de professions médicales (dentistes, sage-femmes et médecins).

L'acupuncture est ainsi considérée comme une *orientation* médicale par le CNOM.

I.3.2. Ostéopathe et Chiropracteur

Selon l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique (14). Cette formation est alors sous-entendue par la mention « DO » signifiant « diplômé en ostéopathie » ou « DC » pour « diplômé en chiropraxie ».

Concernant leurs champs de compétences, c'est le décret d'application relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie qui définit les actes et les conditions d'exercice de l'ostéopathie. Les ostéopathes peuvent pratiquer des manipulations ayant pour but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels. Ces troubles excluent les pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. « Ces manipulations sont musculosquelettiques et myofasciales, exclusivement manuelles et externes. Les ostéopathes ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, ils effectuent des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé (HAS). » (15).

De plus l'article 3 de cette même loi interdit les actes de manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens et stipule explicitement qu'un « diagnostic soit établi par un médecin pour attester de l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie pour réaliser les actes suivants :

- Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois
- Manipulations du rachis cervical.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé (sage-femme, kinésithérapeute, dentiste) lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel (15).

Concernant les chiropracteurs la liste des actes qui leurs sont autorisés d'effectuer et leurs conditions d'exercice sont établies par le décret du 7 mars 2011. Contrairement aux ostéopathes, les chiropracteurs sont autorisés aux actes de manipulation et de mobilisation manuelles, instrumentales ou assistées mécaniquement, directes et indirectes, avec ou sans

Licence CC BY-NC-ND 3.0

vecteur de force. Les actes de manipulation du rachis cervical leur sont autorisés en premier recours sous réserve qu'ils n'observent pas de drapeaux rouges contre-indiquant la manipulation. Ces actes peuvent être complétés par des conseils ou des techniques non-invasives, conservatrices et non-médicamenteuses à visée antalgique (16). Les différences des actes autorisés entre les deux professions sont résumées par le tableau suivant :

Tableau 1. Liste comparative des manœuvres permises et interdites par la loi en chiropraxie et l'ostéopathie

	CHIROPRACTEURS	OSTEOPATHES
Mobilisations	✓ AUTORISÉES	✓ AUTORISÉES
Manipulations non forcées	✓ AUTORISÉES	✓ AUTORISÉES
Manipulations avec vecteur de force	✓ AUTORISÉES	✗ INTERDITES
Mobilisations et manipulations instrumentales	✓ AUTORISÉES	✗ INTERDITES
Mobilisations et manipulations mécaniquement assistées	✓ AUTORISÉES	✗ INTERDITES
Manipulations non forcées des cervicales	✓ AUTORISÉES	✓ SOUS AVIS MÉDICAL
Manipulations avec vecteur de force ou instrumentales des cervicales	✓ AUTORISÉES	✗ INTERDITES
Possibilité de donner des conseils à visée antalgique	✓ AUTORISÉ	✗ INTERDIT
Traitements des troubles fonctionnels	✓ AUTORISÉS	✓ AUTORISÉS
Traitements des troubles de l'appareil locomoteur et de leurs conséquences	✓ AUTORISÉS	✗ INTERDITS

I.3.3. Naturopathe

La naturopathie a été reconnue en 1997 comme « médecine non conventionnelle » par la Résolution Européenne en faveur de l'intégration des « médecines non conventionnelles » (17) et comme « médecine traditionnelle » par l'OMS, aux côtés des médecines chinoise et ayurvédique.

En France, il n'existe à ce jour aucun diplôme d'État pour le métier de naturopathe. Ce n'est pas une profession de santé ni même une profession paramédicale encadrée par le Code de la Santé Publique (CSP). Elle n'est pas réglementée et fait l'objet d'un vide juridique. Il existe ainsi une tolérance dès lors que le praticien reste dans les limites de ses compétences et de l'évolution du droit.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Le naturopathe est libre de pratiquer son art dans la mesure où il ne procède à aucun acte médical (diagnostic ou traitement de maladies) comme le précise le Code de la Santé Publique (18).

La phytothérapie est un outil du naturopathe consistant en l'utilisation de plantes médicinales ou de préparations à base de plantes contenant des principes actifs naturels pour soigner. Elle est un recours souvent utilisé par les naturopathes. Comme la phytothérapie, l'aromathérapie est un outil à base d'huiles essentielles pouvant être utilisé par un naturopathe....

En France, pour se prévaloir du titre de « phytothérapeute », il faut avoir fait des études de santé (médecin, pharmacien...) complétées par une formation complémentaire DU ou DIU en phytothérapie. Sans ce titre, le praticien ayant recours à la phytothérapie est alors dénommé « *conseiller* en phytothérapie ».

I.3.4. Rebouteux

Selon Larousse il s'agit d'une personne n'ayant pas fait d'études médicales et qui prétend guérir des douleurs, fractures, luxations par des moyens empiriques. L'activité des rebouteux est interdite par la loi.

I.3.5. Magnétiseur

Il s'agit d'une personne employant des moyens empiriques ou magiques mis en œuvre grâce à des dons ou à l'aide de recettes personnelles. Il prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable. Un magnétiseur s'éloigne du système conventionnel du fait de la prépondérance de la croyance et de la transmission d'un don.

Il se démarque donc des autres TC les plus utilisées par les moyens employés.

I.4. Les connaissances du milieu scientifique sur les TC

Concernant l'acupuncture et son efficacité, même si les formations académiques en acupuncture existent dans les facultés de médecine depuis les années 1970, la reconnaissance de son efficacité reste un sujet controversé. Ainsi, le Bulletin de l'Ordre des médecins (4, avril 2008) classait l'acupuncture dans les pratiques « marginales » ou « pseudo-médicales » mais la décrivait comme « tolérable, parfois utile, à condition que son utilisation soit bien encadrée ».

Les résultats d'une revue systématique de plus de 15 revues systématiques sur les lombalgies chroniques datant de 2015 avaient concluent qu'une intervention par acupuncture isolée ou adjuvante d'une prise en charge conventionnelle fournit des améliorations à court terme sur la douleur et le fonctionnement du rachis (19).

Ainsi le rapport INSERM de 2014 allait dans le même sens et concluait à une efficacité supérieure comparativement à un effet placebo pour traiter des douleurs chroniques, des nausées et des vomissements et restait réservé pour d'autres indications. Il confirmait un risque d'effet indésirable limité. En tant que traitement du sevrage tabagique on retrouve une

Licence CC BY-NC-ND 3.0

vingtaine d'essais contrôlés randomisés mais des méta-analyses contradictoires. Toutefois une revue de la littérature conclue sur l'utilité de l'acupuncture pour le sevrage tabagique dans le cadre d'une prise en charge globale (20).

Les résultats d'une revue systématique de 2016 trouvaient que l'acupuncture étaient utiles pour traiter des patients souffrant d'anxiété (21).

Concernant l'ostéopathie, la plupart des études comparatives et randomisées, réalisées pour évaluer l'intérêt de l'ostéopathie dans les douleurs d'origine vertébrale présentent des limites méthodologiques (absence de réalisation de traitements en « aveugle », critère d'efficacité subjectif discutable).

Les résultats apparaissent inconstants avec quelques études ne montrant pas d'efficacité supérieure des manipulations ostéopathiques par rapport à un groupe contrôle bénéficiant de manipulation factice, d'un traitement médical classique ou de conseils hygiéno-diététiques. A l'inverse d'autres études montrent un intérêt modeste de l'ostéopathie en addition d'une prise en charge habituelle.

Ainsi le rapport INSERM de 2012 (22) conclue que les réponses apportées par l'ostéopathie sont donc *potentiellement* efficaces dans les douleurs d'origine vertébrales, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Concernant les autres indications il apparaît impossible de conclure.

Concernant la chiropraxie, plusieurs études comparatives et randomisées ont été réalisées pour évaluer son intérêt dans les pathologies lombaires et cervicales. Dans les lombalgies aigues ou subaigües, la chiropraxie semble efficace, avec une efficacité d'un ordre de grandeur comparable à l'efficacité des traitements alternatifs. Dans les cervicalgies, l'efficacité n'apparaît pas supérieure aux autres traitements possibles. Le rapport INSERM de 2011 conclue donc que les réponses apportées par la chiropraxie sont potentiellement efficaces dans les indications de lombalgie et de cervicalgie, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques (23).

Concernant la naturopathie et le magnétisme, il n'existe pas de rapport INSERM sur ces disciplines à notre connaissance.

Concernant l'hypnose, les résultats d'une revue systématique de 2019 sur plus de 85 études randomisées concluent qu'une intervention par hypnose peut soulager de manière significative la plupart des patients et pourrait donc être une alternative à une médiation pharmaceutique. Cependant en 2015 le rapport INSERM concluait à une efficacité uniquement sur la composante émotionnelle de la douleur et non sur la douleur elle-même ainsi qu'à une efficacité dans le cadre de la prise en charge de syndrome post-traumatique (24).

I.5. Formations aux thérapies complémentaires

Contrairement à la médecine dite conventionnelle, les thérapies complémentaires sont très peu enseignées à la faculté par une formation initiale.

Dans l'enseignement supérieur, certaines facultés de médecine dispensent des formations complémentaires sous forme de DU, DIU ou capacité pour les professionnels de santé. Ces

Licence CC BY-NC-ND 3.0

formations sont alors dites « qualifiantes » par le CNOM selon les articles 79-80 et 81 du Code de Déontologie médicale (25–27).

Concernant l'acupuncture, les professionnels médicaux doivent garantir l'obtention du diplôme complémentaire à leur formation initiale (DIU, Capacité d'acupuncture) et se limiter à l'appliquer aux champs de compétences auxquels ils sont affectés (grossesse et post partum, pour les sages-femmes par exemple).

Voici la liste très succincte des thérapies complémentaires accessibles à l'enseignement dans certaines UFR et reconnues par le CNOM pour être mentionnées :

- Acupuncture : Capacité de 2 ans accessible après validation d'un DIU d'initiation à l'acupuncture médicale d'un an
- Homéopathie : formation d'au moins 300 heures.
- Médecine manuelle – ostéopathie : DIU de 2 ans
- Mésothérapie : DIU de 2 ans

Par ailleurs depuis la loi Kouchner en 2002 et sa modification en 2011, l'exercice de l'ostéopathie et de la chiropraxie est autorisé pour des non-professionnels de santé. Ces thérapeutes doivent pour cela avoir obtenu leur diplôme dans une des 31 écoles agréées par le ministère de la Santé (28).

I.6. La règlementation législative en France

I.6.1. Législation concernant les MG vis à vis des TC

En France, le CNOM reconnaît officiellement quatre types de médecines alternatives et complémentaires : l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'ostéopathie.

Selon l'article 4127-32 du Code de la santé publique « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer *personnellement* au patient des soins consciencieux, dévoués et *fondés sur les données acquises de la science*, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents » (29). Par ailleurs, l'article R.4127-14 stipule clairement qu'il leur est interdit de proposer des traitements insuffisamment éprouvés (30). Ainsi un médecin inscrit sur le registre de l'Ordre National des Médecins a le droit de prescrire sans restriction une TC non démontrée mais il engage alors sa propre responsabilité (31).

Concernant l'homéopathie, le médecin formé après 2019 ne peut plus faire état du titre « orientation en homéopathie » sur sa plaque et son ordonnance mais il peut cependant continuer à prescrire des médicaments homéopathiques à sa patientèle.

I.6.2. Législation concernant les TC

Il existe peu d'homogénéité concernant la législation française sur les TC.

En France, pendant longtemps l'exercice d'une TC était considéré comme exercice de la médecine et donc illégal si le praticien n'était pas médecin. En effet, l'exercice de la médecine ainsi que la prescription de thérapie sont réglementés. Il a fallu attendre le début des années 2000 pour qu'une législation émerge et autorise l'exercice de TC par des non-médecins.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Jusqu'alors tous les non-professionnels de santé se retrouvaient dans le spectre de l'exercice illégal de la médecine. L'exercice illégal de la médecine, de l'odontologie ou de la maïeutique est défini par « l'établissement d'un diagnostic ou par le traitement de maladie, congénitales ou acquises, réelles ou supposées par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature (…) sans être titulaire d'un diplôme exigé pour l'exercice de la profession » (32). La loi prévoit alors une sanction de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (33).

Ainsi la prescription par un thérapeute non professionnel de santé d'une thérapie n'ayant pas été démontrée efficace *scientifiquement* ou d'un *remède n'ayant pas reçu l'AMM* (autorisation de mise sur le marché) ou d'ATU (autorisation temporaire d'utilisation) n'est pas autorisée par la loi française.

En pratique, de nos jours, les thérapeutes non professionnels de santé sont rarement poursuivis pour exercice illégal de la médecine mais des dérives thérapeutiques et notamment sectaires existent ce qui justifie la vigilance du CNOM en partenariat avec la MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires).

I.7. Lien des TC avec l'Assurance Maladie

Certains actes existant dans des TC peuvent être pratiqués par le médecin comme l'acupuncture, la manipulation vertébrale si le médecin est diplômé en ostéopathie ou en chiropraxie, l'hypnose et la mésothérapie. Ces actes sont reconnus par la CPAM et font l'objet d'une codification spéciale via la nomenclature de la CCAM (Classification commune des actes médicaux). Si le médecin a une reconnaissance de ses compétences par le CNOM, il peut alors prétendre à appliquer une cotation de l'acte.

Tableau 2. Actes diagnostiques des TC reconnues par la CPAM et leur cotation

Cotation CCAM	Acte diagnostique	Indication	Coût
QZRB001	Séance d'acupuncture	• Traitement adjuvant et de 2° intention chez l'adulte : nausées et vomissements en alternative thérapeutique antalgique en association à d'autres traitements • Syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale • Aide au sevrage alcoolique et tabagique	18 euros
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	• Affection mécanique du rachis	33,5 euros
ANRP001	Séance d'hypnose	• À visée antalgique	Non pris en charge
ANLB003	Séance de mésothérapie	• À visée antalgique	Non pris en charge

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II. PROBLÉMATIQUE

L'une des missions du MG est de garantir une coordination des soins. Ceci est essentiel pour la sécurité et l'optimisation des prises en charge.

Il existe une avancée progressive des TC dans notre société française. Cela s'est notamment illustré par le plan stratégique 2010 de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Celle-ci a autorisé les professionnels habilités pour certaines TC (acupuncture, chiropraxie, ostéopathie, hypnose) à exercer pour des patients souffrant de douleur chronique, de polyarthrite rhumatoïde ou de maladie d'Alzheimer (34). Le rôle des TC dans le parcours de soins d'un patient n'est pas vraiment défini par les autorités publiques et moins de 50% des patients usagers de TC informeraient leur MG d'y avoir recours (35).

Devant un nombre croissant de sollicitations de la part des patients et une multitude de professionnels différents dans le domaine de la santé, le but du médecin traitant est de contenir des risques bien identifiés comme le retard de diagnostic ou le détournement d'une prise en charge efficace (36). La relation avec ses patients concernant les TC doit donc être soignée pour éviter un éclatement du parcours de soin.

Par ailleurs, l'OMS encourage ses pays membres à réaliser une politique d'intégration dans leurs systèmes de soins de santé primaire. Il préconise de développer les connaissances sur ces différentes pratiques ainsi que la formation des acteurs de santé (1). Dans ce contexte, il est pertinent de se questionner sur le niveau de formation et de connaissance des MG sur les TC.

La médecine actuelle telle qu'elle est enseignée en Faculté de médecine, est basée sur des preuves. Mais la réalité du terrain en médecine générale s'avère souvent plus complexe. Les patients aujourd'hui utilisent de plus en plus les TC bien que beaucoup d'entre elles incluent des procédures qui n'ont parfois aucun fondement scientifique. La plupart des études maintiennent l'hypothèse d'une action des TC due à l'effet placebo. Même si la question de la validité scientifique des TC reste un sujet à débat, les données actuelles de la littérature scientifique étudiées par l'INSERM donnent tout de même quelques certitudes sur l'efficacité des TC (37–39).

Si le MG se doit d'écouter les désirs de ses patients d'aller vers une TC, il peut aussi parfois se retrouver en contradiction avec les principes de sa formation. Il serait donc pertinent de savoir quel raisonnement suivent les MG pour préconiser une TC.

Il est logique qu'ils souhaitent être assurés que les TC utilisées par les patients soient utiles, indiquées et sans danger (40).

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la question de la validité des TC est aussi un sujet d'ordre juridique. Les statuts des TC devant la loi sont très divers, laissant la plupart dans une zone grise. Or comme pour tout conseil ou prescription, préconiser une TC engage la responsabilité de son auteur, surtout s'il s'agit d'un médecin. Il est donc essentiel que le MG connaisse le cadre légal entourant chaque TC s'il les préconise afin de ne pas faire l'objet d'éventuelles poursuites.

Enfin, nous venons de voir que les liens entre les TC et l'exercice de la médecine générale sont riches en questionnements : Les MG choisissent-ils une TC spécifiquement selon les types de pathologies rencontrées ? Comment travaillent-ils avec ces praticiens ? Connaissent-ils les professionnels et leur formation ? Ont-ils constitué un réseau autour d'eux ? Comment les MG perçoivent-ils le recours des patients au TC ? Quel degré d'utilité donnent-ils aux différentes TC ? Une intégration de certaines TC au SS est-elle envisageable ? Perçoivent-ils certaines TC comme une menace pour la santé publique ?

Projetant d'exercer en Limousin et compte tenu de mon parcours professionnel, j'ai décidé de m'intéresser aux TC du point de vue des MG, particulièrement en Limousin, mon futur terrain d'exercice.

Ainsi nous avons choisi de faire une enquête avec une méthodologie quantitative afin de déterminer s'il existe des caractéristiques communes parmi les MG utilisant les TC.

L'objectif principal de notre recherche est :

- Faire un état des lieux du recours aux thérapies complémentaires par les médecins généralistes en Limousin (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse). Les critères de jugement associés sont la prévalence, les types de TC utilisés, les motifs et raisons du recours.

Les objectifs secondaires de recherche sont :

- Estimer la perception et les connaissances des MG concernant les thérapies complémentaires
- Établir les caractéristiques générales des MG ayant recours aux TC
- Établir des facteurs influençant les connaissances des MG sur les TC

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III. METHODOLOGIE

L'enquête que nous nous sommes proposés de réaliser est une étude épidémiologique descriptive quantitative via un questionnaire en ligne.

Cette étude est donc une étude transversale observationnelle qui a pour ambition de donner des pistes de réflexions sur la manière et les raisons pour lesquelles certaines thérapies complémentaires pourraient être intégrées ou non dans le parcours de soins des patients avec les médecins généralistes sur le territoire du Limousin.

Cette étude est une étude-pilote. Dans ce cadre le nombre de sujet nécessaires n'était pas quantifiable. Pour notre étude nous avons retenu les conclusions de l'INSERM en tant que référence scientifique officielle puisque ce travail est le dernier demandé par le Ministère de la Santé et la Direction Générale de la Santé (DGS). Ainsi les questions que nous avons posées dans la partie « Connaissances » et leur correction seront discutées (il existe quelques différences entre l'INSERM et les dernières conclusions de la littérature scientifique internationale).

III.1. Choix de la population étudiée

Notre population cible interrogée était les médecins généralistes en activité sur le territoire du Limousin.

III.1.1. Critères d'inclusion

- Exercer la médecine générale
- Exercer sur le territoire Limousin

Les critères d'éligibilité des médecins interrogés étaient qu'ils devaient avoir soutenus leur thèse d'exercice en médecine et être en activité dans un des 3 départements du Limousin et donc être enregistrés dans un Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

Leurs statuts professionnels étaient indifférenciés qu'ils soient médecins installés ou remplaçants.

III.1.2. Critères de non-inclusion

- Ne plus exercer la médecine générale
- Exercer dans une autre région que le Limousin ou dans une autre structure organisée (hôpital, EHPAD)
- Ne pas accepter les règles de confidentialité

III.2. Le questionnaire

Notre questionnaire est une version modifiée du questionnaire développé, testé et validé dans le cadre du projet de recherche QuERTA (41) (42). Ce projet de recherche visait à développer

Licence CC BY-NC-ND 3.0

et valider un questionnaire pour appréhender les différentes dimensions du recours aux thérapies complémentaires par les MG.

Dans un souci de rigueur mais aussi de clarté et de légèreté de rédaction de notre questionnaire, nous nous sommes basés sur le travail d'identification des thérapies complémentaires réalisé par le Dr Guillaud (35) à travers son questionnaire de recours aux thérapies alternatives (QuERTA). Le développement de ce questionnaire et l'étude de sa validité et de sa fiabilité ont fait l'objet d'une publication nous permettant de s'y appuyer (33).

Ainsi la liste de proposition de thérapeutes a été fixée pour ce travail grâce au questionnaire QuERTA qui se basait sur la prévalence des recours aux TC et selon le travail de 7 thèses d'exercice en médecine (33).

Cette liste proposait acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, magnétiseur, ostéopathe, rebouteux ainsi qu'une case Autre.

Les chiropracteurs ont été retenus non pas sur la prévalence mais devant la qualité de leur formation très légiférée (36) et leur décret d'application d'exercice professionnel (22).

Les axes de travail de notre questionnaire sont :

- Niveau de croyance
- Rapport à la science et à l'EBM
- Expérience professionnelle
- Formation aux TC
- Influence sociétale
- Caractéristiques démographiques

A partir de ces thématiques nous avons construit notre questionnaire en quatre parties :

- Partie A Utilisation en pratique de thérapie complémentaire : Parcours de soins
- Partie B Attitude – Communication – Perception
- Partie C Quizz Connaissances générales sur les TC
- Partie D Données démographiques

III.2.1. Quelles thérapies pour quelle pathologie ?

Nous nous sommes intéressés aux types de thérapies complémentaires utilisés dans la pratique de cabinets de médecine mais aussi aux domaines de pathologie pour lesquels les MG étaient amenés à référer à des thérapies complémentaires.

L'idée étant de voir s'il se dégageait des tendances communes dans les pratiques des MG et si certains domaines de pathologies médicales étaient plus représentés que d'autres.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

La fréquence d'utilisation aux TC était estimée par une variable qualitative. Par la suite deux groupes étaient alors réalisés pour étudier d'éventuelles associations entre la fréquence d'utilisation (utilisation fréquente / rare utilisation) et les différents points d'intérêts retenus. Le moment du recours, le mode de découverte de la thérapie, la présence d'un carnet d'adresse de thérapies complémentaires étaient des éléments demandés dans cette partie pour décrire le plus précisément les différents profils de médecin prescripteur de ces thérapies. Par ailleurs nous nous sommes intéressés aux non-prescripteurs et notamment aux raisons qui les motivaient à ne pas conseiller de TC en règle générale.

III.2.2. Les MG limousin utilisent-ils les TC ? en sont-ils satisfaits ? devraient-elles intégrer le système de sécurité sociale ?

Perception des TC par les MG. Nous avons demandé le degré d'utilité et de satisfaction qu'ils retenaient des différentes thérapies citées. Parmi celles que les MG percevaient comme satisfaisantes, nous leur avons demandé de nommer celles qui étaient susceptibles d'intégrer le système de médecine conventionnelle à l'avenir.

La perception des thérapies complémentaires des MG (subjective par définition) a été évaluée à travers une série d'affirmations. Nous avions choisi de manière arbitraire des réponses orientées de type semi-qualitatives (d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, pas du tout d'accord).

III.2.3. Connaissent-ils les fondements scientifiques et légaux des TC ?

Connaissances des MG sur les thérapies complémentaires à travers 6 questions. Trois questions portaient sur les effets démontrés scientifiquement par l'acupuncture, l'ostéopathie et l'hypnose. Pour y répondre nous nous sommes appuyés sur les rapports INSERM évaluant l'efficacité de chacune de ces thérapies sur la base de revues de la littérature médicale scientifique (38)(28)(25). Trois questions portaient ensuite sur les connaissances des MG sur la législation encadrant des procédures ou des pratiques de thérapies complémentaires comme la manipulation vertébrale, l'acupuncture et la phytothérapie. Pour y répondre, nous nous sommes basés sur la législation en vigueur contenue dans le Code de Santé Publique (39) les décrets d'application (22) et le jugement de cassation (40).

Pour l'analyse de la partie connaissance, étant donné la difficulté de ces questions, 33% de bonnes réponses (soit 2 sur 6) était considéré comme un bon score et nous permettait de distinguer un groupe avec de faible connaissance d'un autre avec de bonnes connaissances.

Une première version du questionnaire a été testée auprès de 5 médecins généralistes situés en dehors du territoire du Limousin (Lot & Garonne). Le temps de réponse au questionnaire a ainsi pu être estimé à moins de 10 minutes ce qui nous semblait être le seuil maximal tolérable.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.3. Méthode de collecte des données

Une fois le questionnaire créé sous le format QCM, nous avons adressé aux 3 CDOM du Limousin un lien vers le site en ligne Limesurvey. Ainsi le lien du questionnaire a été transmis aux médecins de manière indépendante par chaque CDOM.

Les CDOM avaient été contactés au préalable par téléphone pour avoir leur autorisation sur le processus de diffusion du questionnaire.

Le questionnaire était anonyme avec une participation basée sur le volontariat. Le délai de réponse était défini à 15 jours à compter de la date d'envoi du mail par le CDOM. Le mail contenait un cours paragraphe de présentation de l'étude avec le lien vers le questionnaire.

Une seule et unique relance a été effectuée permettant de donner une semaine supplémentaire aux médecins retardataires. L'enquête s'est déroulée du 23 mars 2023 au 16 mai 2023 laissant environ 2 mois aux participants pour répondre.

III.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 11®. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques a été fixé à 0,05.

- Analyse principale :

L'analyse principale consistait à comparer entre les caractéristiques des deux groupes (utilisation fréquente / rare utilisation) par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher, en fonction des conditions d'application.

- Analyses secondaires :

Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne +/- écart-type et comparées entre les deux groupes.

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages et comparées entre les deux groupes par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher, en fonction des conditions d'application.

III.5. Aspects éthiques et règlementaires

L'ensemble des démarches entreprises ont été tracées sur une fiche de conformité RGPD. Un formulaire pour ce projet renseignait les éléments et les données traités. Celui-ci a été soumis au service délégué à la protection des données de l'Université de Limoges qui a confirmé que les résultats de l'étude ne permettent pas de collecter de données personnelles ni d'identifier directement ou indirectement les personnes questionnées. Dans ces conditions, le RGPD ne s'applique pas, le questionnaire étant totalement anonymisé. Le lancement de l'étude s'est donc réalisé sans obstacle règlementaire. Aucune démarche vers un comité d'éthique n'a été réalisé compte tenu qu'il n'y avait aucun patient interrogé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV. RÉSULTATS

IV.1. Population cible

Nous avons envoyé le questionnaire à 701 médecins généralistes du Limousin et avons reçu 127 réponses dont 2 provenant du département de Dordogne, au-delà de notre zone d'étude. Cent-douze questionnaires étaient remplis en totalité, 15 étaient incomplets et nous avons fait le choix de les inclure afin d'augmenter la puissance de notre étude (Figure 1).

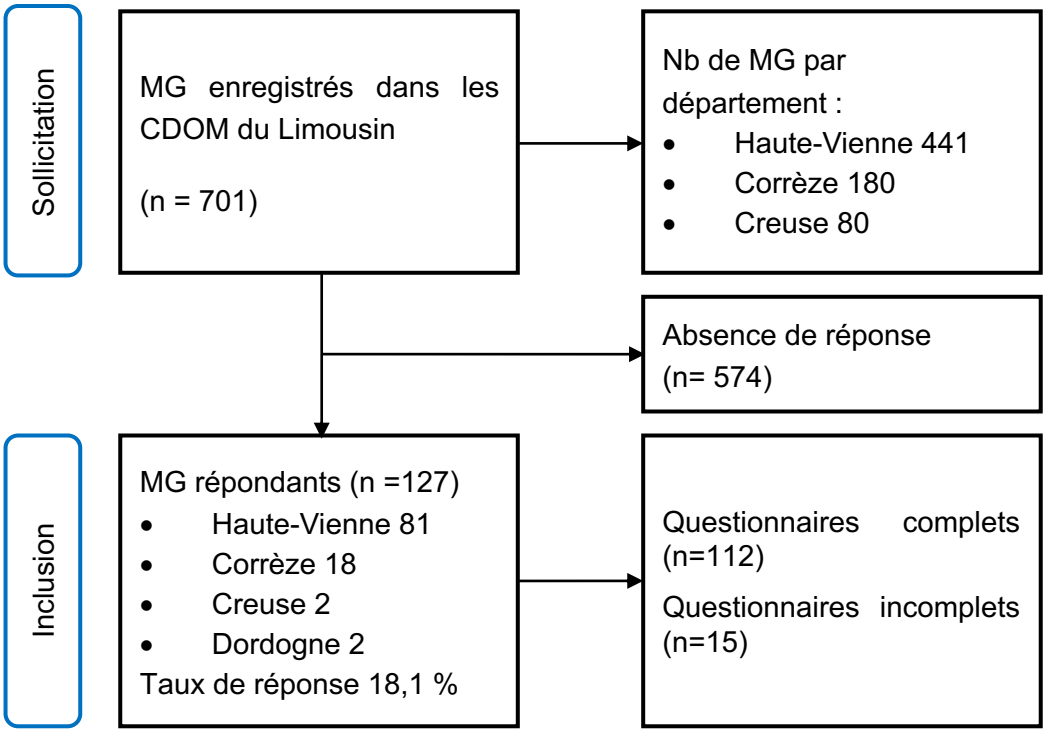


Figure 1. Diagramme de flux

IV.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les MG ayant bien voulu répondre étaient âgés en moyenne de 44 ans (+/- 13 ans) et la majorité étaient des femmes (50,5%).

Leur territoire d'exercice prédominait dans le département de Haute-Vienne (78%). Étant donné les caractéristiques rurales du territoire Limousin, la distinction entre exercice rural et semi-rural n'a pas été explorée.

Enseignement des TC pendant la formation initiale

Une large majorité des MG (88%) n'avait pas reçu d'enseignement sur les TC durant leurs études médicales initiales.

Formation complémentaire ultérieure aux TC

Trente-cinq pour cent des MG se déclaraient intéressés dans le futur pour recevoir une formation concernant les thérapies complémentaires.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Présence d'un diplôme complémentaire en lien avec les TC

Parmi les MG sondés, 19% déclaraient avoir reçu une formation complémentaire en lien avec les TC. Parmi ces diplômes, les types de TC les plus représentées étaient l'homéopathie (33%), la phytothérapie/aromathérapie (25%) et l'hypnose (21%) (Figure 2).

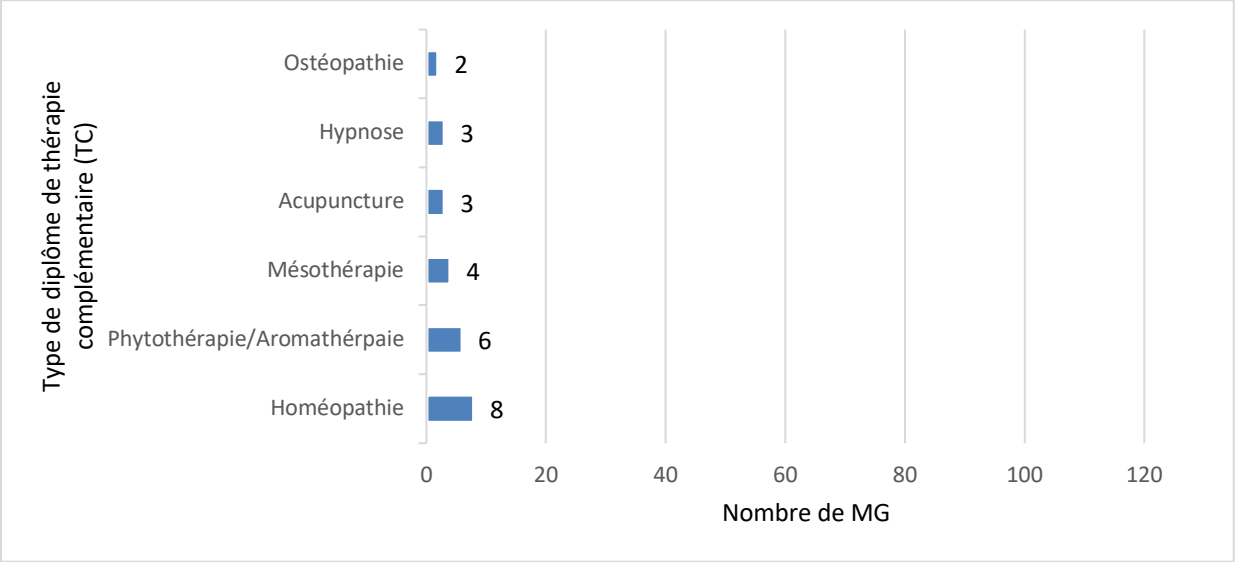


Figure 2. Type de diplôme de TC

Intégration des TC dans les lieux d'exercice des MG

Environ 20% des MG exerçaient dans une structure intégrant une TC en son sein. La répartition des TC dans ces structures est illustrée ci-dessous (Figure 3). La TC principalement présente étaient l'ostéopathie (11%). La chiropraxie, le magnétisme et le reboutement n'étaient intégrés dans aucune structure.

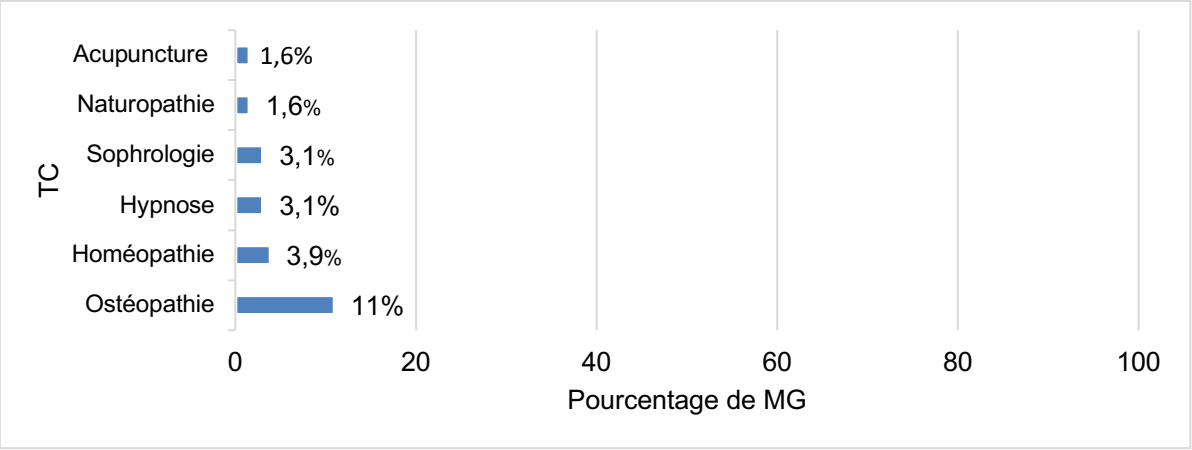


Figure 3. Répartition des TC intégrées dans le lieu d'exercice

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV.3. Résultats principaux et état des lieux des TC en Limousin

Quatre-vingt-onze pour cent des MG déclaraient avoir déjà eu recours à une TC. Néanmoins, la fréquence d'utilisation variait de façon importante (Figure 4). Pour affiner notre analyse, nous avons créé deux sous-groupes à partir de cette répartition de fréquence d'utilisation. Nous avons défini comme une « utilisation fréquente » (45%) un recours aux TC au minimum hebdomadaire et une utilisation « peu fréquente » (55%) une prescription d'une fois par mois voire moins (Figure 4).

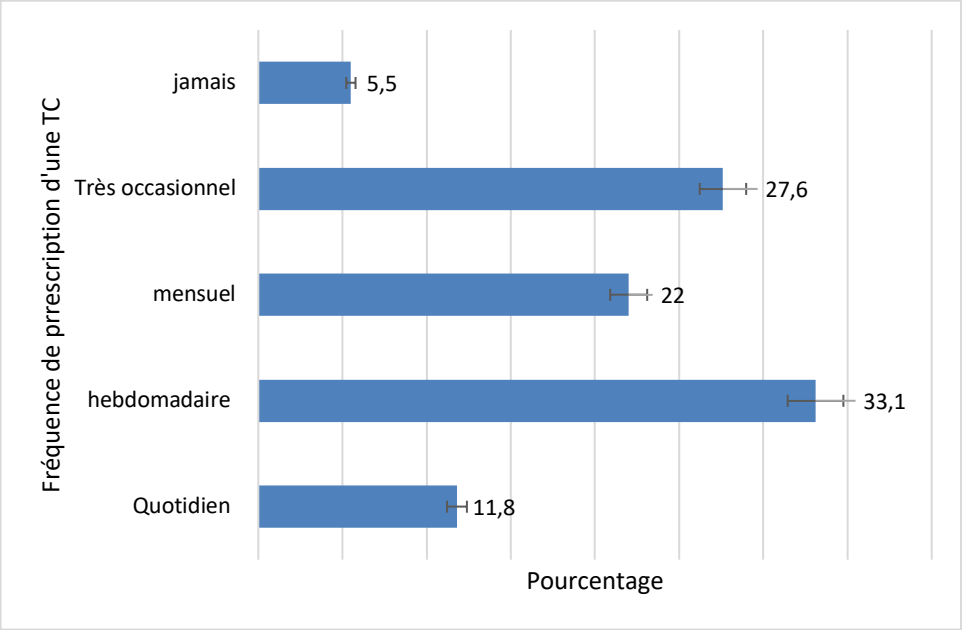


Figure 4. Fréquence de l'utilisation des TC.

IV.3.1. Types de TC utilisées par les MG

Parmi les MG déclarant utiliser les TC, 87% avaient recours à l'ostéopathie, 70% à l'acupuncture et 53% à l'homéopathie. Les autres TC étaient faiblement utilisées avec des résultats variant entre 7 à 9% des MG.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 3. Types de TC utilisées

TC	Médecins (N = 127) n (%)
Ostéopathie	110 (86,6)
Acupuncture	89 (70,1)
Homéopathie	68 (53,5)
Aucune	12 (9,4)
Naturopathie	11 (8,7)
Reboutement	10 (7,9)
Chiropraxie	9 (7,1)
Magnétisme	9 (7,1)

IV.3.2. Utilisation des TC selon les pathologies

Les résultats détaillés concernant l'utilisation des TC par domaines sont présentés dans le Tableau 4. De manière générale, on peut regrouper les domaines de spécialités médicales auxquels les MG ont recours selon leur fréquence. Un premier groupe pour les troubles musculosquelettiques (77%), rhumatologiques (76%), psychiatriques/addictologiques (60%) et digestifs (48%). Un deuxième groupe vient ensuite pour les troubles neurologiques (33%), pédiatriques (29%) et oncologiques (28%). Un troisième groupe pour les troubles gynécologiques et endocriniens (17% pour chaque domaine). Les domaines les moins utilisés étaient la pneumologie (9%) et la cardiologie (6%).

Pour les troubles musculosquelettiques et rhumatologiques, l'ostéopathie et l'acupuncture étaient les deux TC principalement utilisées par les MG limousins.

En revanche pour les troubles psychiatriques/addictologiques et digestifs**,** c'était l'acupuncture et l'homéopathie qui étaient les TC les plus utilisées par les MG avec respectivement 79% et 50% (et 54% ex æquo pour les dysfonctions digestives).

Pour les troubles d'ordre neurologique, l'acupuncture et l'ostéopathie étaient les TC les plus représentées avec respectivement 74% et 57% d'utilisation.

Pour les troubles oncologiques et pédiatriques, les TC les plus utilisées étaient l'homéopathie et l'ostéopathie.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 4. Utilisation des TC selon le domaine.

	TOTAL	MS	Rhuma	Psych	Digestif	Neuro	Péd	Onco	Endoc	Gynéco	Pneumo	Cardio
		98 (77,2%)	**97 (76,4%)**	**76 (60%)**	**61 (48%)**	**42 (33%)**	**37 (29%)**	**35 (28%)**	**22 (17%)**	**22 (17%)**	**11 (9%)**	**8 (6%)**
Aucune	12											
Ostéopathie	110	**94 (96%)**	**83 (86%)**	9 (12%)	26 (42%)	**24 (57%)**	**23 (62%)**	9 (26%)	2(9%)	7 (32%)	2 (18%)	1 (13%)
Acupuncture	89	**50 (51%)**	**67 (69%)**	**60 (79%)**	**33 (54%)**	**31 (74%)**	5 (14%)	**29 (83%)**	**12 (55%)**	**11 (50%)**	4 (36%)	**5 (63%)**
Homéopathie	68	10 (10%)	20 (21%)	**38 (50%)**	**33 (54%)**	12 (29%)	**27 (73%)**	**23 (66%)**	**18 (82%)**	**13 (60%)**	**9 (82%)**	4 (50%)
Naturopathie	11	6 (6%)	4 (4%)	9 (12%)	14 (23%)	4 (10%)	2 (5%)	3 (9%)	4 (18%)	5 (23%)	3 (27%)	2 (25%)
Reboutement	10	6 (6%)	5 (5%)	-	-	2 (5%)	-	1(3%)	-	-	-	-
Chiropraxie	10	10 (10%)	9 (9%)	-	2 (3%)	2 (5%)	1(3%)	1(3%)	1 (5%)	-	-	-
Magnétisme	9	3 (3%)	6 (6%)	5 (7%)	-	2 (5%)	-	4 (11%)	1 (5%)	-	1 (9%)	1 (13%)
Autres	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mésothérapie	-	2 (2%)										
Hypnose/ relaxation	-	-	5 (5%)	14 (18%)	4 (6%)	2 (5%)	-	-	-	-	-	-

IV.4. Résultats des objectifs secondaires

IV.4.1. Moment et origine de prescription des TC

Les MG qui utilisaient des TC les proposaient à leurs patients à différents moments de leur parcours de soins. Parfois la suggestion d'une TC venait du patient ou d'une autre personne. Le Tableau 5 synthétise les résultats concernant le moment de prescription de TC et l'origine de la prescription.

Tableau 5. Moment et origine des prescriptions des TC

		TOTAL N=127 n (%)	**Utilisation faible** (N = 70) n (%)	**Utilisation Fréquente** (N = 57) n (%)	ρ
Moment d'orientation	En cas d'échec d'un traitement allopathique	51	27 (38,6)	24 (42,1)	< 0,0001
	Quand le patient le demande	40	33 (47,1)	7 (12,3)	
	Autre	17	9 (12,9)	8 (14,0)	
	Dès le début de ma prise en charge	16	-	16 (28,0)	
	Avant la prise en charge allopathique	3	1 (1,4)	2 (3,5)	
Origine de l'orientation	Patient		47 (67,1)	19 (33,3)	< 0,0001
	Médecin		22 (31,4)	38 (66,7)	
	Entourage du patient		1 (1,4)	-	

Concernant le moment d'utilisation d'une TC, 71% des MG utilisaient une TC soit en cas d'échec du traitement allopathique (40%) soit lorsque le patient le demandait (31%). De plus, nous avons retrouvé une différence significative selon la fréquence d'utilisation des MG (p<0,0001). Du côté des MG les utilisant fréquemment, 42% y avait recours en cas d'échec du traitement allopathique et 28% dès le début de leur prise en charge. Du côté des MG les utilisant peu fréquemment, 47% les prescrivaient à la demande du patient.

Concernant l'origine de l'orientation vers une TC, nous avons retrouvé une différence significative selon la fréquence d'utilisation des MG (p<0,0001). Soixante-sept pour cent des MG utilisant fréquemment les TC étaient à l'initiative de l'orientation vers une TC. A l'inverse 67% des MG les utilisant peu fréquemment, déclaraient les prescrire à la demande du patient.

Par ailleurs, la majorité des MG utilisant des TC (65%) déclaraient laisser une trace écrite dans le dossier médical. Il n'y avait pas de différence significative selon la fréquence d'utilisation (p=0,057).

IV.4.2. Raisons de non-prescription d'une TC

L'ensemble des raisons données par les MG pour ne pas prescrire une TC sont résumées dans le Tableau 6.

De manière générale, les MG interrogés déclaraient ne pas prescrire de TC principalement du fait du manque de preuve scientifique (64%), de leur manque de connaissance sur les TC (56%) et de l'inefficacité des TC (33%). L'expérimentation d'une dérive thérapeutique apparaissait juste derrière en quatrième position (31%).

Par ailleurs nous avons retrouvé deux différences significatives selon la fréquence d'utilisation des MG. Les MG ayant une utilisation fréquente des TC évoquaient moins le manque de niveau de preuve (44%) et l'inefficacité des TC (23%) comme des freins importants dans leur utilisation que leurs homologues.

Tableau 6. Raisons de non-prescription selon la fréquence d'utilisation

Variables	**Total**	**Peu fréquent**	**Fréquent**	
	N=127	(N = 70)	(N = 57)	ρ
	n (%)	n (%)	n (%)	
Manque de niveau de preuve des MAC	81 (64)	56 (80)	25 (43,8)	**< 0,0001**
Manque de connaissance de ces thérapies	71 (56)	36 (51,4)	35 (61,4)	0,356
Inefficacité	42 (33)	29 (41,4)	13 (22,8)	**0,018**
Expérience de dérives thérapeutiques	39 (31)	21 (30)	18 (31,6)	0,623
Faux espoir de guérison	24 (19)	14 (11,4)	10 (17,5)	0,575
Manque de respect de la médecine factuelle	18 (14)	9 (12,8)	9 (15,7)	0,54
Peur du litige	6 (5)	4 (5,7)	2 (3,5)	0,518
Manque de temps dans la consultation	6 (5)	4 (5,7)	2 (3,5)	0,518
Monopolisation du patient	3 (2)	2 (2,8)	1 (1,7)	0,627

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV.4.3. Satisfaction et intégration des TC dans le système de sécurité sociale

Le Tableau 7 récapitule les résultats liés à la satisfaction et le désir d'intégration dans le système de Sécurité Sociale des MG interrogés.

De manière générale, l'ostéopathie et l'acupuncture étaient les TC perçues comme les plus utiles par les MG (respectivement 82% et 77%). Par ailleurs, ces deux TC étaient les plus envisagées pour intégrer le système de soins conventionnels par les MG (respectivement 63% et 49%).

Nous avons retrouvé des différences significatives selon la fréquence d'utilisation des MG concernant la perception de l'utilité des TC ainsi que sur le désir de les intégrer dans le SS conventionnel. Les MG utilisant fréquemment les TC percevaient les TC plus utiles que leurs homologues les utilisant peu ($p<0,05$) et le désir de les intégrer dans le SS était plus présents pour l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie ($p<0,05$).

Tableau 7. Degré de satisfaction et désir d'intégration des TC au système de sécurité sociale (SS) selon l'utilisation

Variables	**TOTAL** (N=127) n (%)	**Utilisation faible** (N = 70) n (%)	**Utilisation Fréquente** (N = 57) n (%)	ρ
Ostéopathie				
Insatisfaisant	16 (12,6)	13 (18,6)	3 (5,3)	
Satisfaisant	104 (81,9)	51 (72,9)	52 (91,2)	**0,029**
Intégration à la SS à l'avenir ?	80 (63)	36 (51,4)	44 (77,2)	**0,009**
Acupuncture				
Insatisfaisant	22 (17,3)	18 (25,7)	4 (7,0)	
Satisfaisant	98 (77,2)	46 (65,7)	52 (91,2)	**0,004**
Intégration à la SS à l'avenir ?	62 (48,8)	24 (34,3)	38 (66,7)	**0,001**
Homéopathie				
Insatisfaisant	77 (60,7)	49 (70,0)	28 (49,1)	
Satisfaisant	42 (33,1)	15 (21,4)	27 (47,4)	**0,004**
Intégration à la SS à l'avenir ?	25 (19,7)	10 (14,3)	15 (26,3)	0,094
Chiropraxie				
Insatisfaisant	83 (65,4)	53 (75,7)	30 (52,6)	
Satisfaisant	37 (29,1)	11 (15,7)	25 (43,9)	**0,001**
Intégration à la SS à l'avenir ?	11 (8,7)	2 (2,9)	9 (15,8)	**0,011**
Naturopathie				
Insatisfaisant	96 (75,6)	59 (84,3)	37 (64,9)	
Satisfaisant	23 (18,1)	5 (7,1)	18 (31,6)	**0,001**
Intégration à la SS à l'avenir ?	8 (6,3)	4 (5,8)	4 (7,0)	0,286
Magnétisme				
Insatisfaisant	104 (81,9)	61 (87,1)	43 (75,4)	
Satisfaisant	15 (11,8)	3 (4,3)	12 (21,1)	**0,006**
Intégration à la SS à l'avenir ?	2 (1,6)	-	2 (3,5)	0,063
Reboutement				
Insatisfaisant	104 (81,9)	60 (85,7)	44 (77,2)	
Satisfaisant	15 (11,8)	4 (5,7)	11 (19,3)	**0,048**
Intégration à la SS à l'avenir ?	1 (0,8)	-	1 (1,8)	0,084

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV.4.4. Le réseau de praticien TC

De manière générale, 46% des MG limousins déclaraient avoir un réseau de praticiens à conseiller à leurs patients. Nous retrouvions une différence significative chez les MG selon leur fréquence d'utilisation des TC sur le développement d'un réseau de praticiens et sur la connaissance de leurs formations professionnelles (p< 0,001).

Les MG utilisant fréquemment les TC avaient beaucoup développé leur réseau de praticiens (63%) et déclaraient bien connaître leurs formations professionnelles (58%).

De plus, parmi ceux qui avaient une utilisation fréquente des TC et avaient développé leur réseau de praticiens, 75% étaient à l'initiative de l'orientation vers une TC sans attendre que leur patient le demande.

IV.4.5. Intégration des attentes et des croyances dans le parcours de soin

Soixante-onze pour cent des MG estimaient qu'il fallait intégrer les attentes et les croyances du patient dans son parcours de soin.

Quelle qu'était la fréquence d'utilisation des TC, nous ne trouvions pas de différence significative entre les MG sur ce thème (p=0,171).

IV.4.6. Perception des TC

Pour entrevoir quelle perception des TC avaient les MG limousins, nous avons choisi de présenter les TC sous 3 angles : les TC comme une menace pour la santé publique, les TC comme à déconseiller car non prouvées scientifiquement et les TC comme liées à un effet placebo (Tableau 8).

TC comme menace pour la santé publique

Quatre-vingt-un pour cent des MG limousins ne percevaient pas les TC comme une menace pour la santé publique.

Nous trouvions une différence significative selon la fréquence d'utilisation des TC. Les MG utilisant fréquemment les TC perçoivent moins les TC comme une menace pour la santé publique que les MG les utilisant peu (12% vs 24%) (p= 0,003).

TC non éprouvées scientifiquement

De manière générale, les MG limousins estimaient qu'il fallait déconseiller les TC non éprouvées scientifiquement (51%).

Nous avons retrouvé une différence significative selon la fréquence d'utilisation des TC concernant l'importance du rôle de l'EBM pour conseiller et préconiser les TC.

Trente-cinq pour cent des MG utilisant fréquemment les TC estimaient qu'une TC devait être déconseillée si elle n'avait pas été éprouvée scientifiquement (vs 64%, p=0,001).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Effet des TC et effet placebo

De manière générale, les MG limousins estimaient que l'effet des TC était lié à un effet placebo (52%).

Nous avons retrouvé une différence significative sur la perception de l'effet des TC selon la fréquence d'utilisation des MG. Les MG utilisant fréquemment les TC estimaient moins que l'effet des TC était assimilable à l'effet placebo (44% vs 59% p=0,002).

Tableau 8. Perception des TC

		TOTAL	**Utilisation faible**	**Utilisation Fréquente**	ρ
		N=127	(N = 70)	(N = 57)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Menace pour la santé publique	D'accord	18,8	24,2	12,3	0,003
	Pas d'accord	65,5	67,1	85,9	
A déconseiller car non prouvées scientifiquement	D'accord	51,1	64,3	35	0,001
	Pas d'accord	43,3	27	63	
Effet des TC est un effet placebo	D'accord	51,9	58,6	43,8	0,026
	Pas d'accord	42,5	32,9	54,3	

IV.4.7. Communication avec les patients et facilité pour discuter des TC

De manière générale, la majorité des MG limousins déclarait discuter des TC avec leurs patients (80%) et n'éprouvait pas de difficulté pour en discuter (73%).

La présence d'une telle discussion était variable selon leur fréquence d'utilisation des TC (p<0,0001). Les MG utilisant fréquemment des TC discutaient plus du sujet avec leur patient (97% vs 67%). En revanche, il n'y avait pas de différence significative sur leur aisance pour discuter du sujet (p=0,08).

IV.4.8. Connaissances générales des MG sur les TC.

De manière générale une minorité de MG (24,4 %) ont eu plus d'1 bonne réponse sur 6 au questionnaire sur la partie « connaissances générales sur les TC » (Tableau 9). Nous ne retrouvions pas de différence significative selon la fréquence d'utilisation des TC (p=0,09).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Tableau 9. Répartition des notes sur les connaissances générales sur les TC

	TOTAL	Peu fréquent (N = 70) n (%)	Fréquent (N = 57) n (%)	ρ
Note <2	96 (75,5)	57 (81,4)	39 (68,4)	0,09
Note ≥2	31 (24,4)	13 (18,6)	18 (31,6)	

Le Tableau 10 récapitule en détail la répartition des bonnes réponses selon le domaine de connaissance.

Tableau 10. Répartition des bonnes réponses selon le domaine

	Thérapie complémentaire	Médecins (N = 127) n (%)
Connaissances indications	Acupuncture	20 (15,7)
	Ostéopathie	12 (9,4)
	Hypnose	3 (2,4)
Connaissances règlementaires	Manipulations cervicales	15 (11,8)
	Acupuncture	35 (28,0)
	Phytothérapie	21 (16,5)

IV.4.9. Facteurs influençant les connaissances sur les TC

Nous avons enquêté sur les facteurs influençant les connaissances sur les TC. Le Tableau 11 résume ces facteurs et leur significativité.

Tableau 11. Facteurs influençant les connaissances sur les TC

Variable		TOTAL	Note <2 (N = 96) n (%)	Note ≥2 (N = 31) n (%)	ρ
Age			41,6 +/- 11,4	49,1 +/- 15,7	**0,007**
Enseignement pendant les études de médecine	Non	97 (76,3)	76 (93,8)	21 (67,7)	**0,002**
	Oui	15 (11,8)	6 (6,3)	9 (29,0)	
Diplôme en lien avec une TC	Non	89 (70)	69 (71,9)	20 (64,5)	**0,048**
	Oui	24(18,9)	14 (14,6)	10 (32,3)	
Formation sur les TC dans le futur	Non	69 (54)	53 (55,2)	16 (51,6)	0,151
	Oui	44 (35)	30 (31,3)	14 (45,2)	
Travail dans une structure qui propose une TC	Non	87 (68,5)	61 (63,5)	26 (83,9)	0,102
	Oui	26 (20,4)	22 (22,9)	4 (12,9)	

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Âge des répondants

Nous retrouvions une différence significative selon le niveau de connaissance (p= 0,007). Les MG ayant le mieux répondu étaient en moyenne un peu plus âgés (49 ans vs 42 ans).

L'enseignement durant la formation médicale initiale

Même si dans les deux groupes la majorité des MG n'avait pas reçu d'enseignement pendant leur formation initiale, nous avons retrouvé une différence significative sur la présence d'un enseignement sur les TC durant leur formation initiale (p= 0,002). Parmi les MG ayant un score >2, les MG ayant reçu un enseignement sur les TC pendant leur formation initiale étaient plus nombreux (29% vs 6%).

Diplômes complémentaires en TC

Même si dans les deux groupes la majorité des MG n'avait pas de diplôme en thérapie complémentaire, nous avons retrouvé une différence significative (p=0,048) sur la présence d'un diplôme en TC. Parmi les MG ayant un score >2, les MG ayant un diplôme complémentaire en lien avec les TC étaient plus nombreux (32% vs 14,6%).

Désir de suivre une formation future sur les TC

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur les scores de connaissance entre les MG désirant suivre une formation future sur les TC et les autres (p=0,15).

Présence d'une TC dans la structure de soins du MG

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur les scores de connaissance entre les MG exerçant dans une structure avec une TC et les autres (p=0,102).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

V. DISCUSSION

Cette étude est un état des lieux sur les MG limousins intégrant et utilisant des praticiens de TC. Un nombre non négligeable des travaux se sont intéressés aux TC du point de vue des patients-usagers, mais peu l'ont fait du point de vue du MG. A notre connaissance, notre étude est la première sur le sujet en Limousin. Ce travail s'est surtout basé sur une enquête quantitative visant à décrire les caractéristiques générales de l'utilisation des TC par les MG et les facteurs déterminant leur utilisation.

V.1. Caractéristiques générales des MG ayant répondu à l'enquête

Le taux de participation des médecins dans notre enquête était modeste (18%) mais était au-dessus de nos attentes (la moyenne du taux de réponse à un questionnaire en ligne étant entre 5% et 10%). Ce chiffre peut s'expliquer par un manque de disponibilité des MG et potentiellement une absence d'intérêt pour notre sujet.

La majorité des MG répondants étaient des femmes (51%) ce qui coïncide avec les données INSEE de 2023 du Limousin. Or la proportion de femmes au sein des usagers de TC est plus importante (11). Par ailleurs lorsque le MG est une femme, elle voit davantage de femmes patientes et donc potentiellement davantage d'usagers de TC d'après la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (43). Une explication à cette différence pourrait être que les médecins femmes prennent plus le temps pour leur consultation (DREES). L'âge moyen des répondants était de 44 ans (+/- 13 ans) ce qui était plus jeune que la moyenne d'âge des MG limousins (51 ans) (44).

Notre population d'échantillon était plutôt représentative de notre population cible à savoir les MG limousins. En effet, nous avions 79% des sondés qui exerçaient en Haute-Vienne alors que 63% des MG de la région exercent dans ce département (44).

L'année moyenne d'obtention de leur diplôme de MG était en 2009 ce qui nous permet de les considérer comme de jeunes médecins dans la première moitié de leur carrière. Durant cette décade, tout juste en essor en France, les TC commençaient à faire l'objet d'un enseignement dans les facultés de médecine françaises. Une large majorité des MG (76%) n'avait pas reçu d'enseignement sur les TC durant leur formation initiale alors que 35% se montraient intéressés pour recevoir une formation sur les TC à l'avenir. Ce souhait de formation est probablement à mettre en relation avec cette insuffisance d'enseignement durant la formation initiale mais aussi à l'évolution des mœurs et à la diversité des acteurs de la santé sur le territoire. Ces bonnes intentions sont tout de même nuancées car elles ne se traduiront pas forcément en action. En effet, on peut souligner qu'un enseignement sur les TC sous forme de Diplôme Universitaire existe à la Faculté de Limoges depuis quelques années. Pour autant, celui-ci n'a pas été dispensé durant l'année 2023-2024 faute de participants. Il est difficile de savoir si cette situation est le résultat de l'ignorance des MG sur son existence, d'un problème de communication du service universitaire en charge de la Formation Continue ou d'une maquette pédagogique inadéquate aux yeux des MG. Notre enquête n'a pas exploré le souhait des MG en détail concernant leurs motivations et le format souhaité car ce n'était pas l'objet de notre étude mais une enquête sur ces questions pourrait être intéressante.

Seulement 18% des sondés avait reçu une formation pendant leur formation initiale alors que 28% en avait suivi une en post-universitaire et qui s'étaient vu délivrés un diplôme. Ces chiffres étaient concordants avec ceux de 2012 du Dr Bassel qui retrouvaient 16% des MG ayant reçu une formation aux TC. Toutefois celui-ci retrouvait 44% de MG pratiquant une TC sans avoir eu une formation particulière (45). Ce même chiffre était retrouvé dans d'autres études régionales françaises comme en Languedoc-Roussillon avec 53% (43,46). En Limousin même s'il existe moins de MG pratiquant des TC, près de la moitié des sondés (42%) envisageraient de se former aux TC à l'avenir.

Une étude américaine rapportait que les MG ayant un a priori positif sur les TC étaient ceux qui désiraient être plus formés sur les TC (13). Dans cette étude, les raisons principales de ce désir d'être formé étaient *d'abord* pour dissuader de suivre une TC inefficace ou peu sûre mais aussi pour savoir répondre aux questions de leurs patients et recommander les TC efficaces et sûres (13).

Seulement 20% des MG de notre étude exerçaient dans une structure intégrant une TC. Il existait donc une forte proportion de MG qui conseillait les TC même s'ils ne pratiquaient pas et ne travaillaient pas avec un professionnel de TC. Ainsi coexister dans une même structure ne rendrait pas les MG plus disposés pour prescrire des TC. En effet, malgré une distanciation géographique de 80% MG avec les praticiens, 90% des MG prescrivaient des TC et 45% les recommandaient fréquemment (au moins 1 fois par semaine). Ces résultats étaient superposables à ceux trouvés dans d'autres régions comme le Languedoc-Roussillon (43). Il est possible que les contraintes juridiques imposées notamment aux MG par le CNOM concernant notamment le partage des locaux avec d'autres professionnels (paramédicaux ou praticiens de TC) soient une raison de ce timide rapprochement entre professionnels (interdiction de salles d'attente communes par exemple).

Pourtant, dans notre système de soins, un partage de structure de soin permettrait la mise en place d'une coordination efficace de certaines TC et de leurs praticiens dans les milieux institutionnels (publics ou privés : cliniques, cabinets de groupe ou maisons de santé) et aurait l'avantage d'éviter leur isolement et donc le risque d'un recours à un discours exclusif voire sectaire toujours possible. Un travail en équipe pourrait aussi aboutir à un projet de soins personnalisé et cohérent pour le patient (47).

Dans notre étude, quelle qu'était la fréquence d'utilisation des TC, les MG (65%) laissaient une trace écrite de la prescription d'un TC dans leur dossier patient (p=0,06). Cette trace écrite nous apparait comme le reflet de l'importance accordée au TC par les MG dans leur prise en charge mais nous ne savons pas si le but est de se protéger juridiquement ou bien de garder une trace de la stratégie thérapeutique effectuée.

Dans notre étude, quatre-vingts pour cent des MG se déclaraient en capacité de discuter des TC avec leurs patients ce qui était une proportion importante si l'on compare au 65% de l'étude du Dr Chamard (43). D'autre part 73% des MG de notre étude se sentaient à l'aise dans leurs échanges sur les TC alors que l'on retrouve plutôt 30% dans la littérature (7). Or selon une étude américaine, les médecins engagent plus volontiers la conversation sur le sujet des TC s'ils s'estiment bons au niveau de leur connaissance et si les preuves scientifiques et le niveau de sécurité des TC sont bons (48). Contrairement à d'autres études françaises où les MG

Licence CC BY-NC-ND 3.0

jugeaient leurs connaissances sur les TC nulle ou moyenne (46,49), les limousins se sentaient très confiants. Néanmoins nos résultats indiquent qu'ils n'avaient pas de bonnes connaissances des TC ce que nous discuterons plus loin (plus de 75% avaient au mieux une bonne réponse sur six).

Malheureusement, notre questionnaire ne donnait pas le détail des types de TC abordées dans les discussions ni la fréquence ou les circonstances de ces discussions avec les patients.

Une petite proportion de MG (14%) déclarait refuser de discuter des TC avec leurs patients dans notre étude. Une revue systématique sur l'utilisation de TC par les médecins spécialistes montrait que les médecins justifiaient une absence de discussion à propos des TC par manque de connaissances sur les TC ou par manque de preuve scientifique sur l'efficacité des TC (7). Notre enquête ne permettait pas de savoir si ce refus était une volonté délibérée de la part du MG ou s'il était lié à une contrainte extérieure au médecin (manque de temps par exemple). A notre connaissance il n'existe pas d'étude explorant les raisons du refus de discuter des MG. Les MG répondant à notre questionnaire étaient *a priori* ouverts sur le sujet (sinon ils n'auraient pas passé dix minutes de leur temps à répondre) mais la raison du refus d'en discuter est à explorer dans une prochaine étude qualitative lors d'entretiens.

Pourtant une étude sur des patients atteints de cancer du sein montrait qu'ils souhaitaient que leurs MG abordent le sujet des TC même s'ils n'étaient pas particulièrement avisés sur la question (50). De plus selon l'étude du Dr Melois, les patients sembleraient préférer que ce soit le MG qui fasse le premier pas dans la discussion (51).

Selon notre enquête, une bonne capacité à discuter des TC n'était pas associée à une utilisation plus fréquente des TC. Autrement dit le MG pouvait se sentir capable de discuter sur les TC sans que cela le prédispose à la conseiller.

Les TC les plus utilisées par les MG limousins étaient l'ostéopathie (87%), l'acupuncture (70%) et l'homéopathie (53%) ce qui correspond à l'ordre de fréquence retrouvé dans d'autres études (43). Une explication possible pour retrouver les trois même TC seraient qu'elles sont les seules à pouvoir être mentionnées comme étant pratiquées par un médecin. En effet ce sont les seules TC autorisées par le CNOM pour apparaitre sur les annuaires, les entêtes des feuilles de soins et les plaques des médecins. Selon le Code de déontologie médicale une TC pratiquée conformément au cadre légal mais ne faisant pas partie de la liste du CNOM ne peut être affichée bien qu'elle puisse être exercée (25,26,52). Ceci peut donc créer un biais d'information important vis à vis des médecins qui connaissent très mal la législation en vigueur sur les TC comme le montrent nos résultats. Pour rappel, il n'existe pas de registre officiel informant des indications pour chaque TC. Il est donc plus simple et plus sûr pour un MG de conseiller l'une des TC reconnue par le CNOM.

Nous allons maintenant détailler ces TC utilisées avec les particularités que nous avons retrouvées dans notre enquête.

V.2. Utilisations et perceptions des différentes TC

Avant d'aborder les différents types de TC, il est important de prendre en compte qu'il existe une augmentation de la fréquence mais aussi une diversification des recours aux TC (53).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Ceci peut donc expliquer les chiffres (très) élevés de recours à différente TC malgré la démographie des praticiens.

Quatre-vingt-onze pour cent des médecins ayant répondu déclaraient avoir recours à une TC dans le parcours de soins de leurs patients ce qui était concordant avec les résultats retrouvés dans d'autres régions de France (43,49).

Les raisons de non-prescription de TC mettaient en première position dans notre enquête le manque de niveau de preuve dans les études (64%) suivi par le manque de connaissance des MG (56%). L'expérience d'inefficacité et les dérives thérapeutiques (33% et 31%) venaient ensuite. Notre questionnaire ne permettait pas de savoir exactement quelles TC étaient concernées ou si cela était d'ordre général. Notre hypothèse est que les déclarations concernaient les TC qu'ils ne prescrivaient pas. Notre question aurait peut-être dû être posée spécifiquement pour chaque TC. Il est alors probable que les réponses aient été plus nuancées car le degré de données factuelles dans les études EBM sont très variées selon les TC. De plus, la raison économique n'a pas été évoquée par les MG dans notre enquête. L'argument économique comme frein au recours aux TC apparait controversé dans la littérature. En effet selon certaines études comme le sondage Harris, 50% des Français ayant déjà fréquenté un praticien de TC avaient déjà dû y renoncer pour des raisons financières (11). D'un autre côté d'autres études réalisées en France montraient que plus de 60% des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME avaient tout de même eu recours aux TC (43).

Les domaines auxquels les MG y avaient recours se répartissaient principalement autour des troubles musculosquelettiques/ rhumatologiques (76%), psychiatriques/addictologiques (60%) et digestifs (48%). Nos chiffres étaient concordants avec les données de la littérature (43) (54). Ainsi les TC avaient une place plus importante dans la prise en charge de troubles psychiatriques ou addictologiques dans notre étude que dans celle du Dr Strugala-Branchu (55).

V.2.1. Ostéopathie

Les motifs de recours à l'ostéopathie étaient sans surprise les troubles rhumatologiques (65%) et musculosquelettiques (74%). On peut se demander pourquoi il existe un tel recours malgré une présence relativement modeste d'ostéopathes sur le territoire.

Notre enquête retrouvait que l'ostéopathie était la TC perçue comme la plus utile (82% des MG) et la plus souhaitable pour intégrer le SS (63% des MG). Les MG utilisant fréquemment les TC la percevaient nettement utile (91%, p=0,03) et souhaitaient nettement l'intégrer dans le SS (77%, p=0,009). Il est intéressant de remarquer qu'à preuves scientifiques équivalentes entre ostéopathie et chiropraxie (cf. parti II), les MG de notre enquête utilisaient préférentiellement l'ostéopathie. Nous expliquons ce résultat par le fait que l'attrait d'une TC dans un pays donné est souvent fonction de son intégration historique et du cadre légal appliqué. Ainsi des études réalisées sur le sujet montrent par exemple que les allemands et les portugais ont davantage recours à la naturopathie, les espagnols au yoga et les anglosaxons à la chiropraxie (10).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

V.2.2. Acupuncture

Les premiers motifs de recours à l'acupuncture apparaissaient principalement les troubles psychiatriques/addictologiques (47%) mais aussi digestifs (24%), oncologiques (23%), neurologiques (24%) et cardiologiques (4%). Même si elle est difficilement quantifiable du fait d'un manque de registre officiel, la démographie d'acupuncteurs en Limousin est très faible. Le nombre d'acupuncteurs est encore plus réduit si l'on prend en considération la législation française et la jurisprudence de l'arrêté de la Cour de Cassation imposant que le praticien soit un professionnel de santé pour exercer (18,56). L'accessibilité aux soins d'acupuncture est d'ailleurs encore plus aggravée lorsque l'on considère qu'il existe un faible nombre de médecins libéraux ayant un exercice particulier (MEP) qui plus est nettement en baisse selon le rapport de la CPAM de 2022. Soixante pour cent des MEP du territoire national ont plus de 60 ans (soit 3.394 MEP) et sont donc susceptibles de partir à la retraite dans les années à venir. A titre comparatif seulement 34 MEP se sont installés au niveau national cette même année 2022… Pour autant, le territoire Limousin a une densité de MEP supérieure à la moyenne nationale avec 25 MEP pour la Corrèze et la Haute Vienne (données non communiquées pour la Creuse) **(**57). Il est donc assez étonnant de retrouver l'acupuncture aussi sollicitée par les MG pour autant de variétés de motifs de consultation.

Malgré les preuves scientifiques d'efficacité principalement contre la douleur ou la nausée, l'acupuncture est vraisemblablement intégrée par les MG dans leur pratique courante (49). En effet notre enquête retrouvait que l'acupuncture était la deuxième TC perçue comme la plus utile (77%). Parmi les MG utilisant les TC fréquemment la proportion étaient encore plus élevée et atteignait 91% (p=0,004). Son intégration dans le SS était nettement souhaitée par les MG (49%) et était logiquement plus prononcée chez les MG utilisant les TC fréquemment (67%) (p=0,001).

Nos résultats montraient donc que plus les MG utilisaient les TC, plus l'ostéopathie et l'acupuncture était perçues utiles. Il est logique de retrouver un fort désir de les intégrer au SS.

L'association entre cette perception d'utilité et le désir de voir intégrer une TC dans le SS semble assez logique. Nous trouvions que 77% des MG étaient satisfaits de l'acupuncture et 49% voulaient l'intégrer. La proportion de MG trouvant utiles l'homéopathie était quasiment la même que celle pour la chiropraxie (33% vs 30%). Pourtant les proportions des MG désirant intégrer ces TC dans le SS étaient nettement différentes (20% pour l'homéopathie vs 9% pour la chiropraxie). Ainsi on retrouvait une différence de taille dans l'écart entre satisfaction et désir d'intégration selon la TC. Nous faisons l'hypothèse que ces résultats sont les fruits de l'histoire des TC dans le pays. Une autre hypothèse serait que la question du désir d'intégration de certaines TC pourrait être en lien avec le coût pratiqué des prestations et leur remboursement par les mutuelles. En effet 50% des patients déclaraient renoncer à une prise en charge par TC du fait de non-remboursement de celles-ci en 2019 (11). On peut penser qu'une solution pour palier à ce problème d'accessibilité aux soins serait d'intégrer plus de TC dans notre SS mais la tendance politique depuis plusieurs décennies est plus au désengagement des politiques publiques en faveur d'une pratique de la médecine a minima. Une des limites de notre questionnaire est que nous n'avons pas pu chercher les raisons spécifiques motivant l'absence de satisfaction ou l'absence de désir d'intégrer ces TC précisément.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Enfin nous pourrions aussi évoquer un raisonnement contraire aux données scientifiques existant actuellement sur les différents TC (37–39). Prenons l'exemple de l'homéopathie pour laquelle il n'existe pas de données scientifiques prouvant son efficacité versus placebo mais dont l'intégration au SS est pourtant envisagée par 20% des MG limousins.

V.2.3. Homéopathie

Nos résultats étaient concordants avec ceux de la revue systématique de 1998 (Astin & al) qui la situait en 3° position mais leur score de recours était plus faible avec 9% (58). Elle était la première TC prescrite pour les troubles d'ordre pédiatrique (21%), endocrinien (14%), gynécologique (10%) et pneumologique (7%) dans notre enquête. Cette large utilisation est corroborée notamment par un sondage sur 1.500 français rapportant que 54% des français consultaient un homéopathe au moins une fois par an (11). Bien qu'utilisée encore amplement aujourd'hui, l'homéopathie semble une TC en perte de vitesse en France. En effet, depuis 2018, on note un désengagement des universités et des facultés de médecine concernant les formations en homéopathie avec une baisse sensible de leur nombre (59). Cette volonté politique se manifeste aussi par l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie depuis 2021 alors qu'elle était remboursée à hauteur de 30% auparavant (60). Il est probable qu'en ces temps d'hostilité de la CNAM et du milieu universitaire, l'utilisation de l'homéopathie soit encore amenée à diminuer dans les prochaines années. Ainsi la consommation d'homéopathie s'est alors peut être reportée sur d'autres méthodes de soins.

Selon notre enquête, même si l'homéopathie était utilisée par 54% des MG limousins, seuls 33% la trouvait utile. Les MG utilisant fréquemment les TC étaient plus nombreux à la trouver utile (47%, p=0,004). Seulement 20% de tous les MG souhaitait la voir intégrer le SS. Notre enquête a donc retrouvé plus de MG *prescripteurs* (54%) que de MG *satisfaits* de son utilité (33%). Il est assez paradoxal de voir que même si les MG ne perçoivent pas l'homéopathie comme utile ils la prescrivent. A quelle fin ? Notre questionnaire ne permettait pas d'explorer les raisons de cette différence.

Un autre paradoxe était que la proportion de MG désirant voir l'homéopathie intégrer le SS était différente de la proportion de MG se disant satisfaits. Notre questionnaire ne permettait pas de savoir les raisons pouvant expliquer cette différence. A notre connaissance il n'existe pas d'étude sur le sujet mais des entretiens seraient utiles pour connaitre le raisonnement.

V.2.4. Chiropraxie

Elle était la quatrième TC perçue comme la plus utile avec 29% des MG satisfaits. Pour autant son intégration dans le SS était souhaitée par seulement 9% des MG.

La proportion de MG percevant la chiropraxie utile et voulant son intégration dans le SS variait significativement selon la fréquence d'utilisation des TC par les MG. Plus ils utilisaient fréquemment les TC plus ils percevaient la chiropraxie utile (41%) et voulaient l'intégrer au SS (16%) (p=0,001).

De manière générale l'homéopathie et la chiropraxie étaient perçues comme moyennement utiles avec respectivement 33% et 29% et étaient nettement en retrait par rapport à l'ostéopathie et l'acupuncture. De plus, même si la perception de leur utilité publique est

Licence CC BY-NC-ND 3.0

sensiblement équivalente, le désir de les intégrer au SS était radicalement différent. Parmi ceux percevant ces 2 TC utiles, 60% étaient en faveur de l'intégration de l'homéopathie contre seulement 30% pour la chiropraxie. Ainsi malgré l'absence d'étude prouvant son efficacité versus placebo un certain nombre de MG restaient convaincus de l'utilité de l'homéopathie et se montraient donc comme des adeptes irréductibles. Notre enquête ne nous permet pas de déterminer si ces « irréductibles » MG préconisaient et utilisaient l'homéopathie comme un placebo ou comme un traitement à part entière. Devant ces chiffres élevés de l'homéopathie nous nous sommes donc demandé si ces MG « pro » homéopathie avaient un profil de raisonnement de type EBM. Quarante-huit pour cent des MG voulant intégrer l'homéopathie considéraient qu'un manque de preuve EBM était une raison suffisante pour s'abstenir de prescrire une TC... Seulement 16% de MG pro-intégration de l'homéopathie au SS avaient une formation en homéopathie (DU). Par ailleurs, nos résultats montraient quelques MG à la marge voulaient intégrer des TC dans notre SS alors qu'ils ne les trouvaient pas utiles (acupuncture, homéopathie, naturopathie).

V.2.5. Autres TC

La naturopathie

Elle était la cinquième TC perçue comme la plus utile avec 18% des MG. Son intégration dans le SS était souhaitée par seulement 6% des MG. Nos résultats montraient que son utilité était plus perçue par des MG utilisant les TC fréquemment (32% vs 7%, p=0,001).

Le magnétisme et le reboutement

Globalement, ils étaient à la sixième place ex æquo des TC perçues comme utiles avec 12% des MG les trouvant satisfaisants.

Comme dans d'autres études, nous n'avons pas retrouvé de prédominance de ces TC. Aucune estimation chiffrée n'est actuellement disponible étant donné le milieu de leur pratique assez opaque. Leur intégration dans le SS était souhaitée par moins de 2% des MG. Leur utilité était tout de même plus perçue par des MG utilisant les TC fréquemment ($p<0,05$).

Il existe une nette différence de résultats sur l'utilisation des TC entre d'un côté l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie et de l'autre la chiropraxie et la naturopathie. Nos chiffres étaient différents de ceux retrouvés dans une étude canadienne où l'acupuncture, la chiropraxie et l'hypnose étaient les TC les plus utiles (61). La différence que nous retrouvons peut en partie être expliquée par le fait que les 3 premières TC soient connues pour être pratiquées par des MG. Elles sont donc facilement identifiées par les MG conventionnels non pratiquants et mieux perçues par les usagers (11). Une autre explication serait que la chiropraxie et l'hypnose sont facilement pris en charge par le système assurantiel canadien alors qu'elles le sont moins en France. L'efficacité ou le niveau de preuve scientifique peuvent être déterminants dans la prescription mais la dimension sociologique d'une TC et le cadre légal qui l'entoure sont des paramètres tout aussi importants à considérer. C'est par ailleurs ce qu'a confirmé notre enquête qui rapportait que le sentiment de sécurité était un facteur associant positivement la fréquence d'utilisation de TC ($p<0,0001$).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

V.3. Profil des MG ayant une utilisation fréquente des TC

Les MG ayant un recours fréquent aux TC étaient plutôt des femmes (58%) âgée de 43 ans en moyenne. Par ailleurs, ils avaient créé leur réseau de praticiens (63%) et connaissaient leur formation (58%) ($p<0,001$).

En revanche, ils ne travaillent pas dans une structure où exerçaient des praticiens de TC (26% seulement) mais discutaient facilement des TC avec leurs patients (97%) ($p<0,0001$). Ceci est à mettre en parallèle avec certaines études ayant montré que la capacité du MG à fournir un espace pour se sentir écouté était un facteur important dans une consultation et pouvait ainsi encourager les patients à confier qu'ils utilisaient une TC (62). Il a été montré que les femmes passaient plus de temps avec leurs patients et étaient plus susceptibles d'aborder le sujet des TC. Il aurait été intéressant de savoir quelle était la perception des MG sur leur charge de travail et leur satisfaction vis à vis de leur propre exercice. En effet ces paramètres seraient susceptibles d'augmenter le recours aux TC (63).

Selon notre enquête, ces MG utilisant fréquemment les TC choisissaient de les prescrire en deuxième intention après échec du traitement allopathique (42%) et rarement à la demande du patient ($p<0,001$). Ceci est cohérent avec l'étude du Dr Henriot qui déterminait que les MG avaient recours aux TC s'ils étaient convaincus de ne pas avoir d'alternatives thérapeutiques (64).

Par ailleurs 67% étaient à l'origine de l'orientation vers la TC et n'attendaient pas que le patient le demande pour prescrire les TC. Une proportion importante (28%) avait rapidement recouru aux TC dès le début de leur prise en charge ($p<0,0001$). Ceci est en adéquation avec les attentes des patients selon l'étude du Dr Jong. Celui-ci retrouvait que 70% des patients souhaitaient que leurs MG les orientent vers une TC (65). Notre questionnaire ne nous permettait pas d'explorer la cause de cette précocité d'orientation vers une TC. En revanche notre hypothèse serait qu'une tendance à prescrire tardivement (61% pour le groupe à faible utilisation) en deuxième voire en troisième intention amèneraient les TC à être utilisées pour des troubles en voie de chronicisation. En effet le fait d'avoir une maladie chronique et un traitement au long cours augmenterait le taux de recours aux TC selon Rosenberg (66). Prendre en charge des troubles persistants peut être plus difficile à résoudre car l'arsenal thérapeutique est parfois limité ce qui pourrait expliquer un fort recours aux TC mais pourrait dissuader certains MG à en prescrire devant une problématique sécuritaire.

Les TC apparaissaient comme un bon recours devant des domaines de pathologies bien identifiés (troubles musculosquelettiques, troubles psychiatriques) pour les MG ayant une utilisation fréquente. Une revue de la littérature scientifique sur les 15 dernières années allait aussi dans ce sens et avait montré que la majorité des médecins (toutes spécialités confondues) ayant recours aux TC étaient satisfaits des résultats obtenus et étaient donc plus enclins à les recommander à leurs patients (35).

Pourtant 44% des MG prescrivant fréquemment des TC déclaraient dans notre étude que l'effet était le résultat d'un effet placebo ($p=0,026$) ce qui étaient nettement moins que dans l'étude du Dr Bassel (73%) (45). Ces MG n'apparaissaient donc pas vraiment convaincus du

Licence CC BY-NC-ND 3.0

bien-fondé scientifique des TC qu'ils utilisaient. Assimiler l'effet de certaines TC à un effet placebo ne disqualifie pas leur puissance. Par ailleurs, l'effet placebo ne contrevient pas à l'article 40 du Code de Déontologie médicale interdisant au médecin de faire courir un risque injustifié à son patient (67). Notre enquête ne nous a pas permis de savoir si c'était cet effet qui était recherché par les prescripteurs à défaut d'avoir accès à un médicament placebo en officine.

De plus, la même proportion (44%) de MG utilisant souvent les TC déclaraient ne pas les prescrire à cause du manque de preuve. Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé par le Dr Bassel dans son étude mais est cohérent avec celui de l'effet placebo. Pour autant il serait peut-être surprenant qu'autant de MG prescrivent régulièrement des TC avec cette intention (45). A noter que notre questionnaire ne permettait pas de savoir s'il s'agissait des TC que ces MG ne prescrivaient jamais ou bien s'ils prescrivaient les TC proposées *malgré une lacune de la littérature scientifique.* En effet selon notre enquête ils donnaient nettement moins de valeur au manque de preuve établie par la littérature scientifique ($p<0,0001$) ainsi qu'au manque d'efficacité des TC ($p=0,018$). Il est donc possible qu'il y ait une ambiguïté dans le positionnement des MG face à ces TC.

En outre les MG utilisant fréquemment les TC ne présentaient pas de meilleurs résultats sur notre test de connaissances théoriques ($p=0,09$). Ainsi on peut se demander si leur utilisation est le fruit d'expérience acquise personnellement voire à des préjugés positifs défiant le raisonnement scientifique s'appuyant seulement sur la littérature.

Par ailleurs les MG utilisant fréquemment les TC se sentaient en sécurité pour prescrire ($p<0,0001$). Plus le MG utilisait les TC, moins il en avait peur et moins il les percevait comme une menace pour la santé publique.

Bien que nous ayons trouvé une association entre la perception et l'utilisation des TC, il reste difficile de savoir si cette perception de menace est une *cause* de non-utilisation des TC. On peut supposer *a priori* que la perception des TC influence leur utilisation, notre questionnaire ne permettait pas de répondre à cette question et cette hypothèse devra être confirmée par une étude qualitative.

V.4. Connaissances générales des MG

Notre test de connaissance avait été créé pour cette enquête et n'avait pas été réalisé pour classer les MG mais plutôt pour sonder leur niveau de connaissance sur les TC. Nous avons donc a posteriori discriminé les MG ayant des connaissances moyennes (plus d'une bonne réponse) de ceux qui n'en n'avaient pas (une réponse correcte ou moins). Notre test rapide apparemment difficile ne nous permettait donc pas vraiment de nuancer en différentes catégories les MG.

Plus de 75% des MG limousins n'avaient pas plus d'1 bonne réponse sur 6. Toutefois nos résultats détaillés sembleraient montrer qu'ils étaient plus informés de la réglementation liée aux TC que des avancées scientifiques. De plus, l'acupuncture semblait être la TC la plus connue aux niveaux scientifique et réglementaire (voir Tableau 10). Ces résultats étaient concordants avec d'autres études menées en France montrant que les MG ne connaissaient

Licence CC BY-NC-ND 3.0

pas les domaines d'application des TC validées scientifiquement ni la législation les concernant (43,68).

Par ailleurs un partage de la structure de soins avec des praticiens de TC n'apparaissait pas comme un facteur influençant la connaissance des MG (moins de 33% de bonnes réponses).

Il est assez difficile de comprendre que les MG déclaraient dans notre étude qu'il existait un manque de preuve scientifique concernant les TC alors qu'ils ne connaissaient quasiment pas le cadre des indications et les cadres juridiques établis pour les principales TC.

Certaines caractéristiques semblent tout de même être associées à de bonnes connaissances théoriques et sont à relever :

- Un âge un peu plus avancé que la moyenne (49 ans, p=0,007)
- Une formation sur les TC durant la formation initiale (p=0,002).

Nos résultats permettent donc de penser que l'enseignement des TC durant la formation initiale est un facteur influençant le niveau de connaissance des TC à long terme.

- Avoir un diplôme complémentaire en lien avec les TC (p=0,048)

Un résultat surprenant de notre étude était que la fréquence d'utilisation des TC (p=0,09) n'était pas associée à une bonne connaissance des validations scientifiques et juridiques des TC. De plus un faible niveau de connaissance sur les TC n'influencerait pas les MG limousins pour mieux s'informer sur le sujet.

Rappelons que 91% de MG du Limousin utilisaient des TC mais seulement 46% avaient reçu une formation à leur sujet. Nos résultats sont contradictoires aux résultats du Dr Flandrin-Mouallem qui soulignait que la formation était un obstacle majeur aux MG pour intégrer les TC dans leur pratique (69).

Ceci nous interpelle quant aux perspectives et aux préconisations de l'OMS qui encourage le développement des connaissances sur les différentes pratiques de soins ainsi que la formation des acteurs de santé (70). La méconnaissance des TC et le manque d'intégration est d'autant plus saisissante lorsque l'on s'intéresse aux autres pays occidentaux. En Allemagne 60% des MG s'intéressent aux TC au point qu'ils les ont intégrées dans leur pratique courante (63). Au Texas 75% des MG souhaitaient être mieux formés aux TC (71).

Nos résultats viennent soutenir l'idée qu'une amélioration des connaissances des MG sur les TC serait nécessaire afin d'étoffer leur approche globale du patient. Un enseignement ou tout du moins une introduction sur ce sujet dans le cursus médical initial mis en place ces dernières années à la faculté de Médecine pourra peut-être inciter les futurs MG à renforcer leur curiosité sur l'utilisation de TC tout en restant pragmatique sur le parcours de soins de leurs patients. Les MG en tant qu'interlocuteurs privilégiés, sont la pierre angulaire et le relai éclairé des écrits scientifiques et juridiques notamment sur les bienfondés des TC.

Notre enquête ne permet pas de savoir si c'était la connaissance académique ou l'expérimentation à titre personnelle qui avait permis de répondre à notre questionnaire. En

Licence CC BY-NC-ND 3.0

effet, à titre d'exemple, une étude italienne a montré que les oncologues qui avaient recours personnellement aux TC recommandaient trois fois plus les TC à leurs patients que la moyenne des oncologues (72).

Pour finir, en Limousin les MG manquent de connaissances sur les TC mais cela ne les empêcherait pas de s'en servir et d'en discuter avec leurs patients. Ils considèrent que les TC manquent de base scientifique mais eux-mêmes ne connaissent pas vraiment la littérature sur le sujet des TC... En outre bien que les TC ne fassent pas parties des domaines médicaux basés sur la science, un bon tiers souhaitent tout de même s'y former…

Une étude américaine parue en 1999 dans JAMA montrait que seuls 4% des usagers de TC y avaient recours de manière exclusive (73). La majorité des patients consulteraient leur MG avant de s'adresser à un praticien de TC. Ceci confirme le rôle déterminant du MG dans la prise de décision d'une consultation chez le TC (68). Le manque de connaissances sur les TC peut empêcher des discussions importantes entre le patient et le médecin. Un accès à une formation sur les TC fondée sur la recherche renforcerait probablement la confiance des MG dans leur discussion sur le sujet, ce qui conduirait à une prise de décision thérapeutique plus sûre.

Pour finir, il nous semble intéressant de rappeler que l'étude d'Awad & al. (2012) retrouvait un mouvement important en faveur d'un enseignement complémentaire sur les TC avec 90% des étudiants de médecine et de pharmacie (ce qui ressemble à un plébiscite) (74).

V.5. Limites

Un des biais de notre étude est lié à une faible participation. Nous avons eu un taux de réponse de 18% ce qui était déjà plus élevé que la moyenne régionale. Néanmoins, cela reste un taux de participation modeste. On peut émettre l'hypothèse que le thème des TC n'intéressait pas beaucoup les médecins généralistes et que ceux qui ont répondu étaient les plus intéressés par le sujet (biais de sélection).

Malgré le fait que notre questionnaire repose sur des travaux antérieurs solides (43,75–77), on pourrait regretter son caractère superficiel. Nous avons dû nous limiter à un nombre de questions compatible avec un temps de réponse inférieur à 10min car plus le questionnaire demande du temps moins les MG y consacrent le temps nécessaire, privilégiant le temps passé auprès du patient

Une troisième limite se trouve dans l'étendue des informations récoltées par notre questionnaire. Les TC étant un sujet vaste et complexe, un questionnaire évaluant leur recours pose un dilemme entre un questionnaire court, simple mais partiel et un questionnaire plus complet, plus long mais plus complexe. Or selon les auteurs de l'ICAM-FR, plus le questionnaire est complet, plus il a de limites (20).

Une quatrième limite se trouve dans le fait que les informations rendues dans le questionnaire soient issues d'une auto-déclaration du répondeur. Ainsi, nous nous exposons à un biais d'information.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Notre étude étant une première recherche sur le sujet dans la région, nous avons voulu limiter le nombre de questions pour obtenir un taux de réponse élevé. Ce choix nous a permis de dépeindre une première image de l'utilisation, la perception et des connaissances des MG au sujet des TC. Toutefois nous restons très limités pour donner une idée précise sur les divers sujets abordés. Un travail qualitatif avec des entretiens approfondis avec des MG et des MEP nous semble essentiel à l'avenir.

V.6. Perspectives

Beaucoup de questions restent ouvertes au sujet de l'utilisation et de la perception des TC par les MG en Limousin.

Comme nous l'avons indiqué dans notre discussion, notre questionnaire ne détaillait pas les types de TC abordées dans les discussions MG-patient ni la fréquence ou les circonstances de ces discussions. Il serait pertinent dans une prochaine étude de connaitre avec plus de détail les liens existants entre MG et praticiens des TC en Limousin. Une étude de ce(s) réseau (x) serait fortement intéressante pour identifier les personnes ressources dans la promotion et/ou la diffusion des savoirs sur certaines TC.

Selon notre étude, les raisons principales pour ne pas conseiller une TC à un patient, par ordre décroissant, étaient le manque de niveau de preuve dans les études, le manque de connaissances personnelles sur les TC et l'expérience d'inefficacité et de dérives thérapeutiques. Une étude plus spécifique sur l'association entre chaque TC et la raison de non-prescription/prescription permettrait de mieux saisir par exemple les domaines à renforcer dans l'enseignement sur les TC pour les MG.

Par ailleurs, concernant les connaissances des MG sur les TC, il serait intéressant de plus explorer l'origine de celles-ci. Comment construisent-t-ils leurs savoirs sur les TC ? quels critères sont utilisés pour déterminer leur utilité et/ou leur innocuité ?

Notre enquête ne laissait pas de place pour étudier le rôle des visiteurs médicaux associés à des laboratoires de produits parapharmaceutiques utilisés dans certaines TC (phytothérapie, aromathérapie, gemmothérapie, homéopathie…). Quels rôles jouent-ils dans la promotion de certaines TC ? Une analyse sur l'économie créée autour des formations et de la diffusion des savoirs sur les TC serait bien utile au moins certains d'entre elles (nutrithérapie, endobiogénie, coach de santé...)

Notre étude met en doute la rationalité des médecins derrière la prescription des TC. Nous pensons qu'une étude qualitative sur ce sujet pourrait mettre la lumière sur cette contradiction soulevée. Des informations plus claires sur les modalités des choix de TC selon le patient pourraient permettre de cibler, encore une fois, des informations à incorporer dans un enseignement sur les TC en faculté de médecine, ainsi que d'ouvrir des questions de recherche sur le rôle des TC dans le parcours-santé des patients en MG.

Autant de questions qui restent ouvertes pour développer à l'avenir d'autres travaux de thèse.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

VI. CONCLUSION

Il est assez difficile de trouver des données sur le recours aux TC en France. Notre étude est la seule à avoir évalué le taux de recours à différentes TC tout en examinant l'utilisation et la perception des médecins généralistes en Limousin.

Nos résultats rejoignent les conclusions d'autres études menées en France et confirment un intérêt marqué par les MG pour les TC qui ne peut être considéré comme anecdotique. Il existe une utilisation très importante des TC en Limousin avec un taux de satisfaction élevé des MG. Nous avons pu dresser une ébauche de profil-type des MG limousins utilisant fréquemment les TC.

Les MG qui utilisent fréquemment les TC sont plutôt quadragénaires de sexe féminin. Ils utilisent les mêmes types de TC pour compléter leur prise en charge que dans les autres régions étudiées à savoir essentiellement l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie. Ils échangent avec les praticiens, connaissent leur formation mais ne travaillent pas dans la même structure. Ils sont souvent à l'origine du recours qui a lieu généralement en deuxième intention après échec d'un traitement allopathique. Ils ne pensent pas que l'effet des TC soit dû à un effet placebo. Ils donnent peu de valeur à la littérature scientifique et se sentent en sécurité dans leur prescription et leur recours aux TC. Ils ne connaissent pas les recommandations scientifiques ni le cadre légal de ces TC.

Contrairement à notre hypothèse de départ, les MG ne connaissent pas plus les thérapies qu'ils utilisent. En effet nos résultats ont montré que l'absence de connaissance des MG concernant les indications et le cadre légal des TC ne semble pas influencer la fréquence d'utilisation des TC.

Bien que l'acte de prescrire engage la responsabilité du MG, les lacunes et ce manque de rigueur dans l'approche des TC peuvent être un sérieux handicap pour leur bonne utilisation. La réalisation d'un projet de prise en charge multidisciplinaire salutaire selon l'OMS est donc mise à mal dans ses fondements.

Il apparait donc essentiel de mettre l'accent sur la formation des médecins au sein par exemple des projets pédagogiques universitaires pour ne pas prendre plus de retard sur d'autres pays comme nos homologues allemands dont 60% des MG ont intégrés une TC dans leur pratique.

Il est donc important de faire la promotion de la formation au TC à travers les universités comme les DU ou DIU existants à la faculté de Limoges « Thérapies complémentaires » et « Hypnose ».

Par ailleurs, du fait du système de sélection mis en place pour l'internat en France, la moitié des étudiants de médecine sont de futurs généralistes. Il est donc tout aussi important de réaliser durant la formation initiale des présentations claires et loyales sur les avancées parues dans la littérature scientifique ainsi que sur les dernières recommandations des autorités sanitaires concernant les TC.

Une amélioration de la formation pourra ensuite prétendre et aboutir à une amélioration de l'information des patients et permettre un bon encadrement dans la mission de coordination de soins dévolu au MG.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Une étude de 2012 indiquait que les dépenses de santé des patients des MG ayant reçu une formation sur les TC avait moins de dépenses de santé et une mortalité plus faible. Cela semblait dû à des hospitalisations et à des prescriptions de médicaments moins nombreuses (78).

D'une bonne coordination du parcours de soins par le MG bien formé découlera ensuite chez le patient un sentiment d'avoir été entendu et accompagné dans sa recherche de bonne santé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. The World Medicines Situation 2011- Access to controlled medicines, 3rd edition [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-EMP-MIE-2011-2.4

2. IFOP. Les Français et les médecines naturelles [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/medecinesnaturelles.pdf

3. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. Forsch Komplementarmed. 2012;19(SUPPL 2):18-28.

4. Wardle JL, Sibbritt DW, Adams J. Primary care practitioner perceptions and attitudes of complementary medicine: a content analysis of free-text responses from a survey of non-metropolitan Australian general practitioners. Prim Health Care Res Dev. mai 2018;19(3):246-55.

5. Mayer-Lévy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients en médecine générale à Paris. 2010.

6. Articles L162-5 à L162-5-4 [Internet]. Sécurité Sociale 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006186122/

7. Phutrakool P, Pongpirul K. Acceptance and use of complementary and alternative medicine among medical specialists: a 15-year systematic review and data synthesis. Syst Rev. 14 janv 2022;11(1):10.

8. 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 16 nov 2023]. 75 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/95009

9. Kim YH « John », Lichtenstein G, Waalen J. Distinguishing Complementary Medicine From Alternative Medicine. Arch Intern Med. 22 avr 2002;162(8):943.

10. CORDIS | European Commission [Internet]. 2012 [cité 3 oct 2023]. Final Report Summary - CAMBRELLA (A pan-European research network for complementary and alternative medicine (CAM)) | FP7. Disponible sur: https://cordis.europa.eu/project/id/241951/reporting

11. Rapport-Harris-Etude-sur-les-Francais-et-les-medecines-douces-Santeclair.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/11/Rapport-Harris-Etude-sur-les-Francais-et-les-medecines-douces-Santeclair.pdf

12. Perry R, Dowrick C, Ernst E. Complementary medicine and general practice in an urban setting: a decade on. Prim Health Care Res Dev. juill 2014;15(3):262-7.

13. Corbin Winslow L, Shapiro H. Physicians Want Education About Complementary and Alternative Medicine to Enhance Communication With Their Patients. Arch Intern Med. 27 mai 2002;162(10):1176-81.

14. Article 75 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000023857681/2015-03-25

Licence CC BY-NC-ND 3.0

15. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

16. Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie [Internet]. 2011-32 janv 7, 2011. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023387301

17. Lannoye P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs | A4-0075/1997 | Parlement européen [Internet]. 1997 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-4-1997-0075_FR.html

18. Article L4161-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Santé publique mai 19, 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896227/

19. Liu L, Skinner M, McDonough S, Mabire L, Baxter GD. Acupuncture for Low Back Pain: An Overview of Systematic Reviews. Evid Based Complement Alternat Med. 4 mars 2015;2015:e328196.

20. Lhommeau N, Huchet A, Castera P. Acupuncture et arrêt de la consommation tabagique, une revue de la littérature. Rev Mal Respir. 1 juin 2020;37(6):474-8.

21. Goyatá SLT, Avelino CCV, Santos SVM dos, Souza Junior DI de, Gurgel MDSL, Terra F de S. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. Rev Bras Enferm. juin 2016;69:602-9.

22. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Internet]. INSERM; 2012 p. 194. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficaciteosteopathie-2012.pdf

23. Barry C, Dufaure I, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique – 2011 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. INSERM; 2011 [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-la-chiropratique-2011/

24. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. INSERM; 2015 p. 213. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficacitehypnose-2015.pdf

25. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 24 août 2024]. Article 81 - Mentions sur les plaques. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-11

26. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 24 août 2024]. Article 79 - Mentions sur les ordonnances. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-9

27. Article 80 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680590

28. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 5 nov 2023]. Ostéopathie : le point sur la formation. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/osteopathie-le-point-sur-la-formation

Licence CC BY-NC-ND 3.0

29. Article R4127-32 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912894

30. Article R4127-14 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912875

31. Article L5121-12-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628309

32. Article L4161-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Santé publique mai 19, 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896227/

33. Article L4161-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. SANTÉ PUBLIQUE nov 24, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688974

34. Fagon JY. MEDECINES COMPLEMENTAIRES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS [Internet]. Paris: AP-HP; 2012 p. 119. Disponible sur: https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-10-07-2012-rapport_medecines_complementaires.pdf

35. Cadet C. Étude de prévalence du recours aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) chez les patients consultant en médecine générale à La Réunion (Avril-Juillet 2022).

36. DGS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2021 [cité 15 août 2024]. Les pratiques de soins non conventionnelles. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles

37. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. INSERM; 2015 p. 213. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficacitehypnose-2015.pdf

38. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture [Internet]. INSERM; 2014 p. 212. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficacitesecuriteacupuncture-2014.pdf

39. Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [Internet]. INSERM; 2012 p. 194. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficaciteosteopathie-2012.pdf

40. Abbott A. Survey questions safety of alternative medicine. Nature. 1 août 2005;436(7053):898-898.

41. Guillaud A, Darbois N, Riboud C, Dolgopoloff M, Allenet B, Pinsault N. Développement, validation et fiabilité d'un questionnaire pour l'évaluation du recours aux thérapeutes alternatifs : QuERTA. Santé Publique. 2019;31(6):817-26.

42. Lebeugle A. État des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé: étude quantitative transversale auprès de médecins généralistes [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03085499/document

43. Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon : étude quantitative auprès de patients

Licence CC BY-NC-ND 3.0

et de médecins [Internet]. Montpellier; 2016. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCS:329450&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A901&file=2016_Chamard_Audrey.pdf

44. Le Breton, Gwenaelle. Atlas de la démographia médical en France [Internet]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015 p. 322. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/18abtr9/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

45. Bassel A. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris-Nord; 2012.

46. L'homme RA. Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste: état des lieux de la formation et perspectives. Enquête auprès de 160 médecins de Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2006.

47. Träger S. Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2016;125(2):11-6.

48. Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF. 'They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. Ann Fam Med. 1 mars 2009;7(2):139-47.

49. Law-Yee AC. Attitude du médecin généraliste face aux thérapies complémentaires [Internet]. Université de Tours; 2011. Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_LawYeeAnneChristine.pdf

50. Navo MA, Phan J, Vaughan C, Palmer JL, Michaud L, Jones KL, et al. An Assessment of the Utilization of Complementary and Alternative Medication in Women With Gynecologic or Breast Malignancies. J Clin Oncol. 15 févr 2004;22(4):671-7.

51. Mélois P. Communication entre le patient et son médecin traitant à propos de Médecines Complémentaires et Alternatives : étude quantitative descriptive auprès de 453 patients morbihannais en 2014. [Rennes]: européenne de Bretagne; 2014.

52. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 24 août 2024]. Article 80 - Mentions dans les annuaires. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-10

53. Herron M, Glasser M. Use of and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine Among Family Practice Patients in Small Rural Illinois Communities. J Rural Health. 2003;19(3):279-84.

54. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002–2012. Natl Health Stat Rep. 10 févr 2015;(79):1-16.

55. Strugala Branchu A. Guérisseurs, entre méfiance et curiosité: point de vus des médecins généralistes en Limousin. [Limoges]: Faculté de Médecine; 2020.

56. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 3 février 1987, 86-92.954, Publié au bulletin [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007060832

57. CNAM F. Médecins à expertise particulière (MEP) libéraux [Internet]. 2024. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_medecins-a-

Licence CC BY-NC-ND 3.0

exercice-particulier-mep-liberaux.pdf

58. Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. Arch Intern Med. 23 nov 1998;158(21):2303-10.

59. Stromboni C. Dans les universités, l'homéopathie sur la sellette. 20 juill 2019 [cité 6 août 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/campus/article/2019/07/20/dans-les-universites-l-homeopathie-sur-la-sellette_5491435_4401467.html

60. Damgé M, Parienté J. 4 questions pour comprendre le déremboursement de l'homéopathie. 11 juill 2019 [cité 7 août 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/07/11/quatre-questions-sur-le-deremboursement-de-l-homeopathie_5488015_4355770.html

61. Verhoef MJ, Sutherland LR. Alternative medicine and general practitioners. Opinions and behaviour. Can Fam Physician. juin 1995;41:1005-11.

62. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 juill 2006;56(528):496-503.

63. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011(1):495813.

64. Henriot A. Pourquoi les médecins généralistes intègrent-ils les médecines non conventionnelles dans leur pratique ? Etude qualitative de l'intégration des méde [Internet]. [Caen]: Caen; 2012 [cité 22 août 2024]. Disponible sur: https://www.lille.cnge.fr/IMG/pdf/Henriot_Aymeric.pdf

65. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? Patient Educ Couns. 1 déc 2012;89(3):417-22.

66. Rosenberg EI, Genao I, Chen I, Mechaber AJ, Wood JA, Faselis CJ, et al. Complementary and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain. Pain Med. 1 nov 2008;9(8):1065-72.

67. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 24 août 2024]. Article 40 - Risque injustifié. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-40-risque-injustifie

68. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. Nantes; 2013.

69. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Knowledge, attitudes and practices of health professionals toward complementary and alternative medicine in cancer care – a systematic review. J Commun Healthc. 2 juill 2020;13(3):205-18.

70. 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 16 nov 2023]. 75 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/95009

71. Zhang Y, Jones B, Ragain M, Spalding M, mannschreck D, Young rodney. Complementary and Alternative Medicine Use Among Primary Care Patients in West Texas. 2008;101(12):1232-7.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

72. Crocetti E, Crotti N, Montella M, Musso M. Complementary Medicine and Oncologists' Attitudes: A Survey in Italy. Tumori J. 1 nov 1996;82(6):539-42.

73. Druss BG, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. JAMA. 18 août 1999;282(7):651-6.

74. Awad AI, Al-Ajmi S, Waheedi MA. Knowledge, Perceptions and Attitudes toward Complementary and Alternative Therapies among Kuwaiti Medical and Pharmacy Students. Med Princ Pract. 24 févr 2012;21(4):350-4.

75. Lebeugle A. État des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé: étude quantitative transversale auprès de médecins généralistes [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03085499/document

76. Guillaud A. Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France [Internet]. 2020 [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: https://theses.hal.science/tel-02909400

77. Guillaud A, Darbois N, Riboud C, Dolgopoloff M, Allenet B, Pinsault N. Développement, validation et fiabilité d'un questionnaire pour l'évaluation du recours aux thérapeutes alternatifs : QuERTA. Santé Publique. 2019;31(6):817-26.

78. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. déc 2012;13(6):769-76.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

VIII. ANNEXE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Environ 70% des patients ayant recours aux thérapies complémentaires en France le font en complément ou à la suite d'un échec de la médecine conventionnelle avec un taux de satisfaction de 80% selon l'étude Mayer-Levy C (2010).

Pourtant moins de 50% des patients informent leur médecin traitant y avoir recours. Ainsi, des stratégies médicales conventionnelles d'un côté et des thérapies complémentaires de l'autre sont très souvent entreprises en parallèles, sans coordination.

Devant une grande diversité des offres de soins sur le marché de la santé et un faible remboursement par la sécurité sociale et les mutuelles de santé, il est difficile de bien orienter le patient.

Cette recherche s'intéresse à comprendre comment et pourquoi des thérapies complémentaires sont intégrées ou non dans le parcours de soins des patients par les médecins généralistes du Limousin.

Les résultats de cette étude permettront d'appuyer des pistes de réflexion sur l'évolution des modalités d'exercice et de formation des médecins généralistes au sujet de thérapies complémentaires.

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 10 minutes.

Ce questionnaire fait partie d'une étude réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice menée par Cyril CAMINADE-COLAS, interne en médecine générale à la Faculté de Limoges.

Ce travail est effectué sous la direction du Dr Émilie AUDITEAU, PhD, pharmacienne et du Dr Nadège LAUCHET, MCA, médecin généraliste.

Nous vous remercions de prendre ces quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Les informations recueillies seront rendues anonymes avant leur traitement.

Partie A:

Le temps de réponse au questionnaire est estimé à **10 minutes**.

A1.

Acceptez-vous de réaliser ce questionnaire ?

Oui ☐

Non ☐

Partie B: Utilisation en pratique de thérapie complémentaire : Parcours de soins

B1. Cochez les thérapies complémentaires qu'il vous arrive de prescrire ou de conseiller

Acupuncture ☐

Chiropraxie ☐

Homéopathie ☐

Magnétisme ☐

Naturopathie ☐

Ostéopathie ☐

Reboutement ☐

Aucune ☐

Autre ☐

Autre

B2. Pour quel(s) domaine(s) de pathologie(s) conseillez-vous une thérapie complémentaire?

Aucun ☐

Cardiovasculaire (ex. Syndrome d'apnée du sommeil, palpitation, extrasystole...) ☐

Digestif (ex. constipation, nausées, trouble fonctionnel intestinal ...) ☐

Endocrinien (ex. obésité, bouffée de chaleur, ménopause...) ☐

Gynécologique (ex. grossesse, syndrome prémenstruel...) ☐

Musculosquelettique (ex. tendinopathie, torticolis,...) ☐

Neurologique (céphalée, migraine, paresthésie...) ☐

Oncologique (ex. douleur, effet secondaire de traitement...) ☐

Pédiatrique (ex. prévention, colique,...) ☐

Pneumologique (ex. Asthme, allergie...) ☐

Psychiatrique / Addictologique (ex. anxiété, nervosité, stress, sevrage) ☐

Rhumatologique / Gestion de la douleur (ex. arthrose, lombosciatique...) ☐

B3. Pour les troubles cardiovasculaires?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B4. Pour les troubles digestifs ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B5. Pour les troubles endocriniens?

- [ ] Acupuncteur
- [ ] Chiropracteur
- [ ] Homéopathe
- [ ] Magnétiseur
- [ ] Naturopathe
- [ ] Ostéopathe
- [ ] Rebouteux
- [ ] Autre

Autre

B6. Pour les troubles gynécologiques?

- [ ] Acupuncteur
- [ ] Chiropracteur
- [ ] Homéopathe
- [ ] Magnétiseur
- [ ] Naturopathe
- [ ] Ostéopathe
- [ ] Rebouteux
- [ ] Autre

Autre

B7. Pour les troubles musculosquelettiques ?

- [ ] Acupuncteur
- [ ] Chiropracteur
- [ ] Homéopathe
- [ ] Magnétiseur
- [ ] Naturopathe
- [ ] Ostéopathe
- [ ] Rebouteux

Autre ☐

Autre

B8. Pour les troubles neurologiques?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B9. Pour les troubles oncologiques ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B10. Pour les troubles pédiatriques ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B11. Pour les troubles pneumologiques ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B12. Pour les troubles psychiatriques / addictologiques ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B13. Pour les troubles rhumatologiques / gestion de la douleur ?

Acupuncteur ☐

Chiropracteur ☐

Homéopathe ☐

Magnétiseur ☐

Naturopathe ☐

Ostéopathe ☐

Rebouteux ☐

Autre ☐

Autre

B14. En règle générale, à quel moment avez-vous recours à une thérapie complémentaire?

Quand le patient le demande ☐

En cas d'échec d'un traitement allopathique ☐

Dès le début de ma prise en charge ☐

Avant la prise en charge allopathique ☐

Autre ☐

Autre

B15. En général, à quelle fréquence conseillez-vous une thérapie complémentaire dans votre pratique ?

Quotidien ☐

hebdomadaire ☐

mensuelle ☐

très occasionnellement ☐

jamais ☐

B16. Concernant le recours à une thérapie complémentaire, en général, qui est à l'origine de cette orientation?

Vous ☐

le patient ☐

son entourage ☐

B17. Avez-vous un réseau/carnet d'adresse de praticien de thérapie complémentaire pour adresser vos patients?

- ☐ Oui
- ☐ Non

B18. Comment avez-vous connu le professionnel de thérapie complémentaire que vous conseillez ?

- ☐ Retour d'expérience de patient
- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Retour d'un collègue professionnel de santé
- ☐ Après lecture de revue médicale, scientifique
- ☐ Autre

Autre

Partie C: Utilisation en pratique de thérapie complémentaire : Parcours de soins (suite)

C1. Connaissez-vous la formation reçue par les praticiens de votre réseau?

- ☐ Oui
- ☐ Non

C2. Concernant le recours à la thérapie complémentaire, laissez-vous une trace écrite dans le dossier patient ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

C3. Concernant les thérapies complémentaires que vous <u>ne</u> prescrivez <u>pas</u>, pour quelles raisons ne les conseillez-vous pas ?

- ☐ Inefficacité
- ☐ Monopolisation du patient
- ☐ Peur de litige
- ☐ Manque de respect de la médecine factuelle
- ☐ Votre manque de connaissances de ces thérapies
- ☐ Manque de niveau de preuve des thérapies complémentaires
- ☐ Faux espoir de guérison
- ☐ Expérience de dérive thérapeutique
- ☐ Manque de temps dans la consultation

Autre ☐

Autre

Partie D: Attitude-Communication - Perception

D1. Discutez-vous de thérapie complémentaire avec vos patients?

Oui ☐

Non ☐

D2. Vous sentez-vous en difficulté pour parler de thérapie complémentaire à vos patients ?

Oui ☐

Non ☐

D3. Selon vous quel est le degré d'utilité des différentes thérapies complémentaires proposées ?

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Acupuncture	☐	☐	☐	☐
Chiropraxie	☐	☐	☐	☐
Homéopathie	☐	☐	☐	☐
Magnétisme	☐	☐	☐	☐
Naturopathie	☐	☐	☐	☐
Ostéopathie	☐	☐	☐	☐
Reboutement	☐	☐	☐	☐

D4. Parmi celles qui sont satisfaisantes, lesquelles pourraient intégrer la médecine conventionnelle à l'avenir?

Acupuncture ☐

Chiropraxie ☐

Homéopathie ☐

Magnétisme ☐

Naturopathie ☐

Ostéopathie ☐

Reboutement ☐

Aucune ☐

Autre ☐

Autre

D5. Que pensez-vous des propositions suivantes?

	Entièrement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Vous vous sentez en sécurité dans le cadre légal pour adresser vers une thérapie complémentaire.	☐	☐	☐	☐
Les attentes, les croyances et les valeurs d'un patient en matière de santé sont intégrées dans son processus de soin.	☐	☐	☐	☐
Les thérapies complémentaires constituent une menace pour la santé publique.	☐	☐	☐	☐
Les traitements qui n'ont pas été testés d'une manière scientifiquement reconnue devraient être déconseillés.	☐	☐	☐	☐
Les effets des thérapies complémentaires sont généralement le résultat d'un effet placebo.	☐	☐	☐	☐

Partie E: Quizz connaissances générales sur les thérapies complémentaires

E1. Selon les connaissances scientifiques actuelles, l'acupuncture a un effet démontré sur :

Lombalgie chronique ☐

Sevrage tabagique ☐

Nausée post-opératoire ☐

Aucune ☐

Ne sait pas ☐

E2. Selon les connaissances scientifiques actuelles, l'ostéopathie a un effet démontré sur :

Douleur vertébrale ☐

Colique infantile ☐

Asthme ☐

Aucune ☐

Ne sait pas ☐

E3. Selon les connaissances scientifiques actuelles, l'hypnose a un effet démontré sur :

Stress post-traumatique ☐

Sevrage tabagique ☐

Fibromyalgie ☐

Aucune ☐

Ne sait pas ☐

E4. Selon la législation française, pour réaliser une manipulation cervicale, l'ostéopathe non-médecin nécessite un certificat d'absence de contre-indication médicale contrairement au chiropracteur qui n'en nécessite pas.

Vrai ☐

Faux ☐

Ne sait pas ☐

E5. Selon la législation française, l'acte d'acupuncture n'est autorisé qu'aux professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes).

Vrai ☐

Faux ☐

Ne sait pas ☐

E6. Selon la législation française, seules les professions médicales (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) et pharmaceutiques sont autorisées à dispenser la phytothérapie.

Vrai ☐

Faux ☐

Ne sait pas ☐

Partie F: Données démographiques

F1. Quel est votre âge?

F2. Genre

Féminin ☐

Masculin ☐

F3. Année de votre diplôme de médecin thésé

F4. Dans quelle(s) commune(s) exercez-vous la médecine ?

F5. Travaillez-vous dans une ou des structure(s) juridique(s) (association, maison médicale, MSP, CPTS...) qui propose une prise en charge par une thérapie complémentaire ?

- [ ] Oui
- [ ] Non

F6. Quelle(s) thérapie(s) complémentaire(s) propose-t-elle ?

- [ ] Acupuncture
- [ ] Chiropraxie
- [ ] Homéopathie
- [ ] Magnétisme
- [ ] Naturopathie
- [ ] Ostéopathie
- [ ] Reboutement
- [ ] Autre

Autre

F7. Quelle(s) est (sont) le(s) nom(s) de cette (ces) structure(s) juridique(s) ?

F8. Avez-vous reçu un enseignement sur les thérapies complémentaires pendant vos études de médecine ?

- [ ] Oui
- [ ] Non

F9. **Avez-vous un autre diplôme en lien avec des thérapies complémentaires (ex. acupuncture, homéopathie, hypnose, ostéopathie, phytothérapie...) ?**

Oui ☐

Non ☐

F10. **Le(s)quel(s) ? Dans quelle(s) ville(s) et en quelle(s) année(s)?**

F11. **A l'avenir, souhaiteriez-vous suivre une formation sur les thérapie(s) complémentaire(s) ?**

Oui ☐

Non ☐

F12. **Avez vous des commentaires à faire?**

Merci d'avoir pris le temps pour répondre à ce questionnaire.

Pour toute information supplémentaire concernant cette enquête, veuillez nous contacter à l'adresse mail suivante : cyri.caminade@etu.unilim.fr

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.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

RÉSUMÉ

Ce travail est le fruit d'une étude épidémiologique quantitative observationnelle transversale visant à réaliser un état des lieux du recours aux thérapies complémentaires (TC) par les médecins généralistes (MG) en Limousin (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse). Nous nous sommes notamment intéressés aux perceptions des MG et à l'utilisation pratique de ces mêmes thérapies. Les critères de jugement associés sont la prévalence, les types de TC utilisés, les motifs et raisons du recours.

Nous avons réalisé un questionnaire en ligne via Limesurvey, qui permettait de répondre de manière anonyme et volontaire. Celui-ci a été transmis aux MG par les 3 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins du Limousin de manière indépendante.

Un total de 127 MG limousins a répondu à notre enquête entre le 23 mars et le 16 mai 2023. Notre questionnaire sur les TC était organisé autour de 4 thématiques : utilisation pratique des thérapies complémentaires ; Attitude – Communication – Perception ; Connaissances sur les bases scientifiques et légales de quelques TC (Quizz) ; données démographiques.

Notre étude montre que 91% des MG limousins ont recours à une TC dans le parcours de soins de leurs patients. Même si 64% MG considèrent qu'il n'existe pas assez de preuves scientifiques, environ 50% ont recours aux TC de manière hebdomadaire.

Les TC les plus utilisés sont par ordre décroissant l'ostéopathie (87%), l'acupuncture (70%) et l'homéopathie (53%) ce qui correspond à l'ordre de fréquence retrouvé dans les études d'autres régions françaises. Les domaines pathologiques incitant le plus de recours aux TC sont les troubles musculosquelettiques/rhumatologiques (76%), les troubles psychiatriques/ addictologiques (60%) ainsi que les troubles digestifs (48%).

Bien qu'ils se sentent à l'aise pour discuter des TC avec leurs patients, les connaissances des MG limousins sur les TC sont faibles. Les facteurs influençant leurs connaissances apparaissent être un âge proche de la cinquantaine, la présence d'une formation sur les TC durant la formation initiale et l'obtention d'un diplôme complémentaire en lien avec les TC. La fréquence d'utilisation n'apparait pas avoir d'impact sur le niveau de connaissances sur le sujet.

Le profil type du MG limousin ayant recours aux TC serait plutôt une femme quadragénaire ayant créé son réseau de praticiens et connaissant leur formation professionnelle mais n'exerçant pas dans une structure où sont les praticiens de TC. Le recours au TC se ferait de sa propre initiative, plutôt en deuxième intention après échec du traitement allopathique (42%) mais pourrait aussi être en première intention (28%).

Les MG limousins ont généralement une attitude positive à l'égard des TC malgré leur faible niveau de connaissance sur les recommandations scientifiques et le cadre légal d'utilisation. Même si les TC ont un panel d'études scientifiques limité et qu'une bonne partie des MG attribuent leur effet à un placebo, ils sont satisfaits des résultats qu'ils observent et les recommandent à leurs patients au moins pour certaines pathologies.

Afin d'assurer la sécurité et la satisfaction des patients, il semble toutefois nécessaire d'améliorer leurs connaissances sur les TC.

Mots-clés : Thérapies Complémentaires – MAC (médecines alternatives et complémentaires) – Médecine Générale – Limousin – Médecine Intégrative – Ostéopathie – Acupuncture – Homéopathie – Chiropraxie – Naturopathie – Phytothérapie – Magnétisme.

ABSTRACT

General practitioners' perception and use of complementary and alternative medicines in Limousin region

This work is the result of a quantitative, observational, cross-sectional epidemiological study designed to provide an overview of the use of complementary and alternative medicines (CAM) by general practitioners (GPs) in the Limousin region (Haute-Vienne, Corrèze, Creuse). We were particularly interested in GPs' perceptions and practical use of these therapies. The associated assessment criteria were prevalence, types of CAM used, and reasons for use.

We carried out an online questionnaire via Limesurvey, which allowed anonymous and voluntary responses. The questionnaire was sent to GPs independently by the 3 Departmental Councils of the Limousin Medical Association. A total of 127 Limousin GPs responded to our survey between 23 March and 16 May 2023. Our questionnaire on complementary therapies was organised around 4 themes: practical use of complementary therapies; attitude - communication - perception; knowledge of the scientific and legal bases of certain complementary therapies (quiz); demographic data.

Our study shows that 91% of Limousin GPs use a CAM as part of their patients' care. Although 64% of GPs consider that there is insufficient scientific evidence, around 50% use CAM on a weekly basis. The most frequently used CAMs were, in descending order, osteopathy (87%), acupuncture (70%) and homeopathy (53%), similar of frequency found in other studies. The areas of pathology most frequently referred to CAM were musculoskeletal / rheumatological disorders (76%), psychiatric/addictive disorders (60%) and digestive disorders (48%).

Although Limousin GPs feel comfortable discussing CAM with their patients, their knowledge of CAMs is low. The most influential factors on GP's knowledge on CAMs are age (>49 years), training in CAM during their medical studies and having a degree related to CAM. Frequency of use does not appear to have any impact on the level of knowledge on the subject. The typical Limousin GP who uses CAM frequently is a woman in her forties who has created her own network of practitioners and is familiar with their professional training, but whose practice is not shared with CAM practitioners, uses CAM on her own initiative, usually as a second-line treatment after allopathic treatment has failed, but it can also be as a first-line treatment. GPs in the Limousin generally have a positive attitude towards CAM despite their low level of knowledge of scientific and the legal framework for its use. Even though CAMs have little high-quality clinical data on their effectiveness and most of GPs from our study attribute their effect to a placebo, they are satisfied with the results they observe and recommend them to their patients.

To ensure patient safety and satisfaction, however, it seems necessary to improve patients' knowledge of CAMs.

Keywords : Complementary Therapies - CAM (Complementary and Alternative Medicine) - General Medicine - Limousin - Integrative Medicine - Osteopathy - Acupuncture - Homeopathy - Chiropractic - Naturopathy - Phytotherapy - Magnetism.