

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2014

THESE

N° 2014PA06G055

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : Médecine générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 juin 2014

PAR

Anna Alexandra Paula ROUDIER

Née le 21/08/1985 à Bayonne

**Recours aux approches complémentaires en médecine :
revue de la littérature et enquête dans un cabinet de
médecine générale**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Guy ELBEZ

PRESIDENT DU JURY : Professeur Jean CABANE

MEMBRES DU JURY : Professeur Luc MARTINEZ

Docteur Dominique TIRMARCHE

Docteur Michel GUILBERT

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean CABANE,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, je suis très honorée de votre présence.

Aux membres du jury,

Professeur Luc MARTINEZ, Docteur Dominique TIRMARCHE et Docteur Michel GUILBERT,

Je vous remercie d'avoir accepté si promptement de faire partie du jury et merci pour votre disponibilité.

Au Docteur Guy ELBEZ merci de m'avoir encadrée et proposé de relever ce pari,

Merci aux patients et aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail,

A Alex pour son soutien et sa patience,

A mes parents et mon frère à qui je dois beaucoup,

A ma famille, mes amis et le G8 pour leur soutien,

A tout le personnel rencontré jusqu'à maintenant (externes, internes, médecins, infirmiers, aides-soignants, ou secrétaires). Pour votre accueil, votre générosité et les moments partagés, merci !

**LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE**

Site PITIE

ACAR Christophe - CHIRURGIE
THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
AGUT Henri - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
HYGIENE
ALLILAIRE Jean-François - PSYCHIATRIE
ADULTE
AMOUR Julien - ANESTHESIE
REANIMATION
AMOURA Zahir - MEDECINE INTERNE
ANDREELLI Fabrizio - MEDECINE
DIABETIQUE
ARNULF Isabelle - PATHOLOGIES DU
SOMMEIL
ASTAGNEAU Pascal -
EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
AURENGO André - BIOPHYSIQUE ET
MEDECINE NUCLEAIRE
AUTRAN Brigitte - IMMUNOLOGIE ET
BIOLOGIE CELLULAIRE
BARROU Benoît - UROLOGIE
BASDEVANT Arnaud - NUTRITION
BAULAC Michel - ANATOMIE
BAUMELOU Alain - NEPHROLOGIE
BELMIN Joël - MEDECINE
INTERNE/GERIATRIE Ivry
BENHAMOU Albert (surnombre) - CHIRURGIE
VASCULAIRE
BENVENISTE Olivier - MEDECINE INTERNE
BITKER Marc Olivier - UROLOGIE
BODAGHI Bahram - OPHTALMOLOGIE
BODDAERT Jacques - MEDECINE
INTERNE/GERIATRIE
BOURGEOIS Pierre - RHUMATOLOGIE
BRICAIRE François - MALADIES
INFECTIEUSES ET TROPICALES
BRICE Alexis - GENETIQUE/HISTOLOGIE
BRUCKERT Eric - ENDOCRINOLOGIE ET
MALADIES METABOLIQUES
CACOUB Patrice - MEDECINE INTERNE
CALVEZ Vincent - VIROLOGIE
CAPRON Frédérique - ANATOMIE ET
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CARPENTIER Alexandre -
NEUROCHIRURGIE
CATALA Martin - CYTOLOGIE ET
HISTOLOGIE
CATONNE Yves - CHIRURGIE THORACIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUMES Eric - MALADIES INFECTIEUSES
ET TROPICALES
CESSELIN François - BIOCHIMIE
CHAMBAZ Jean - INSERM U505/UMRS 872
CHARTIER-KASTLER Emmanuel -
UROLOGIE
CHASTRE Jean - REANIMATION MEDICALE
CHERIN Patrick - CLINIQUE MEDICALE

CHICHE Laurent - CHIRURGIE VASCULAIRE
CHIRAS Jacques - NEURORADIOLOGIE
CLEMENT-LAUSCH Karine - NUTRITION
CLUZEL Philippe - RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE II
COHEN David - PEDOPSYCHIATRIE
COHEN Laurent - NEUROLOGIE
COMBES Alain - REANIMATION MEDICALE
CORIAI Pierre - ANESTHESIE
REANIMATION
CORNU Philippe - NEUROCHIRURGIE
COSTEDOAT Nathalie - MEDECINE INTERNE
COURAUD François - INSTITUT BIOLOGIE
INTEGRATIVE
DAUTZENBERG Bertrand -
PHYSIOPATHOLOGIE RESPIRATOIRE
DAVI Frédéric - HEMATOLOGIE
BIOLOGIQUE
DEBRE Patrice - IMMUNOLOGIE
DELATTRE Jean-Yves - NEUROLOGIE
(Fédération Mazarin)
DERAY Gilbert - NEPHROLOGIE
DOMMERMES Marc - GYNECOLOGIE -
OBSTETRIQUE
DORMONT Didier - NEURORADIOLOGIE
DUYCKAERTS Charles -
NEUROPATHOLOGIE
EYMARDE Bruno - NEUROLOGIE
FAUTREL Bruno - RHUMATOLOGIE
FERRE Pascal - IMAGERIE PARAMETRIQUE
FONTAINE Bertrand - NEUROLOGIE
FOSSATI Philippe - PSYCHIATRIE ADULTE
FOURET Pierre - ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
FOURNIER Emmanuel - PHYSIOLOGIE
FUNCK BRENTANO Christian -
PHARMACOLOGIE
GIRERD Xavier -
THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
GOROCHOV Guy - IMMUNOLOGIE
GOUDOT Patrick - STOMATOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
GRENIER Philippe - RADIOLOGIE
CENTRALE
HAERTIG Alain (surnombre) - UROLOGIE
HANNOUN Laurent - CHIRURGIE GENERALE
HARTEMANN Agnès - MEDECINE
DIABETIQUE
HATEM Stéphane - UMRS956
HELFT Gérard - CARDIOLOGIE
HERSON Serge - MEDECINE INTERNE
HOANG XUAN Khê - NEUROLOGIE
ISNARD Richard - RADIOLOGIE ET
MALADIES VASCULAIRES
ISNARD-BAGNIS Corinne - NEPHROLOGIE

JARLIER Vincent - BACTERIOLOGIE
 HYGIENE
JOUVENT Roland - PSYCHIATRIE ADULTE
KARAOUI Mehdi - CHIRURGIE DIGESTIVE
KATLAMA Christine - MALADIES
 INFECTIEUSES ET TROPICALES
KHAYAT David - ONCOLOGIE MEDICALE
KIRSCH Mathias - CHIRURGIE THORACIQUE
KLATZMANN David - IMMUNOLOGIE
KOMAJDA Michel - CARDIOLOGIE ET
 MALADIES VASCULAIRES
KOSKAS Fabien - CHIRURGIE VASCULAIRE
LAMAS Georges - ORL
LANGERON Olivier - ANESTHESIE
 REANIMATION
LAZENNEC Jean-Yves -
 ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LE FEUVRE Claude - CARDIOLOGIE
LE GUERN Eric - INSERM 679
LEBLOND Véronique - HEMATOLOGIE
 CLINIQUE
LEENHARDT Laurence - MEDECINE
 NUCLEAIRE
LEFRANC Jean-Pierre - CHIRURGIE
 GENERALE
LEHERICY Stéphane - NEURORADIOLOGIE
LEMOINE François - BIOTHERAPIE
LEPRINCE Pascal - CHIRURGIE
 THORACIQUE
LUBETZKI Catherine - NEUROLOGIE
LUCIDARME Olivier - RADIOLOGIE
 CENTRALE
LUYT Charles - REANIMATION MEDICALE
LYON-CAEN Olivier (surnombre) -
 NEUROLOGIE
MALLET Alain - BIostatistiques
MARIANI Jean - BIOLOGIE
 CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
MAZERON Jean-Jacques - RADIOTHERAPIE
MAZIER Dominique - INSERM 511
MEININGER Vincent (surnombre) -
 NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
MENEGAUX Fabrice - CHIRURGIE
 GENERALE
MERLE-BERAL Hélène (surnombre) -
 HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
MICHEL Pierre Louis - CARDIOLOGIE
MONTALESCOT Gilles - CARDIOLOGIE
NACCACHE Lionel - PHYSIOLOGIE
NAVARRO Vincent - NEUROLOGIE
NGUYEN-KHAC Florence - HEMATOLOGIE
 BIOLOGIQUE-
OPPERT Jean-Michel - NUTRITION
PASCAL-MOUSSELLARD Hugues -
 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
 TRAUMATOLOGIQUE
PAVIE Alain (surnombre) - CHIRURGIE
 THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE.
PELISSOLO Antoine - PSYCHIATRIE
 ADULTE
PIERROT-DESEILLIGNY Charles -
 NEUROLOGIE

PIETTE François - MEDECINE INTERNE Ivry
POYNARD Thierry - HEPATO
 GASTROENTEROLOGIE
PUYBASSET Louis - ANESTHESIE
 REANIMATION
RATIU Vlad - HEPATO
 GASTROENTEROLOGIE
RICHARD François - UROLOGIE
RIOU Bruno - ANESTHESIE REANIMATION
ROBAIN Gilberte - REEDUCATION
 FONCTIONNELLE Ivry
ROBERT Jérôme - BACTERIOLOGIE
ROUBY Jean-Jacques (surnombre) -
 ANESTHESIE REANIMATION
SAMSON Yves - NEUROLOGIE
SANSON Marc - ANATOMIE/NEUROLOGIE
SEILHEAN Danielle - NEUROPATHOLOGIE
SIMILOWSKI Thomas - PNEUMOLOGIE
SOUBRIER Florent -
 GENETIQUE/HISTOLOGIE
SPANO Jean-Philippe - ONCOLOGIE
 MEDICALE
STRAUS Christian - EXPLORATION
 FONCTIONNELLE
TANKERE Frédéric - ORL
THOMAS Daniel - CARDIOLOGIE
TOURAIN Philippe - ENDOCRINOLOGIE
TRESALLET Christophe - CHIRURGIE
 GENERALE ET DIGESTIVE/MEDECINE DE LA
 REPRODUCTION
VAILLANT Jean-Christophe - CHIRURGIE
 GENERALE
VERNANT Jean-Paul (surnombre) -
 HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNY Marc - MEDECINE INTERNE
 (Marguerite Bottard)
VIDAILHET Marie-José - NEUROLOGIE
VOIT Thomas - PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
ZELTER Marc - PHYSIOLOGIE

Site SAINT-ANTOINE

ALAMOWITCH Sonia - NEUROLOGIE
AMARENCO Gérard - NEUROUROLOGIE
AMSELEM Serge - GENETIQUE/INSERM U933
ANDRE Thierry - CANCEROLOGIE
ANTOINE Jean Marie - GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
APARTIS Emmanuelle - PHYSIOLOGIE
ARACTINGI Selim - DERMATOLOGIE
ARLET Guillaume - BACTERIOLOGIE
ARRIVE Lionel - RADIOLOGIE
ASSOUAD Jalal - CHIRURGIE THORACIQUE
AUCOUTURIER Pierre - UMR S893/INSERM
AUDRY Georges - CHIRURGIE VISCERALE
INFANTILE
BALLADUR Pierre - CHIRURGIE GENERALE
ET DIGESTIVE
BAUD Laurent - EXPLORATIONS
FONCTIONNELLES MULTIDISCIPLINAIRES
BAUDON Jean Jacques (surnombre) -
NEONATOLOGIE
BAUJAT Bertrand - ORL
BAZOT Marc - RADIOLOGIE
BEAUGERIE Laurent -
GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION
BEAUSSIER Marc - ANESTHESIE
REANIMATION
BENIFLA Jean-Louis - GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
BENSMAN Albert (surnombre) -
NEPHROLOGIE ET DIALYSE PEDIATRIQUE
BERENBAUM Francis - RHUMATOLOGIE
BERNAUDIN Jean-François - HISTOLOGIE
BIOLOGIE TUMORALE
BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry -
NEUROPEDIATRIE
BOCCARA Franck - CARDIOLOGIE
BOELLE Pierre Yves - INSERM U707
BOFFA Jean-Jacques - NEPHROLOGIE ET
DIALYSE
BONNET Francis - ANESTHESIE
REANIMATION
BORDERIE Vincent - OPHTALMOLOGIE
BOUCHARD Philippe - ENDOCRINOLOGIE
BOUDGHENE Franck - RADIOLOGIE
BREART Gérard - GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
BROCHERIOU Isabelle - ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
CABANE Jean - MEDECINE INTERNE
CADRANEL Jacques - PNEUMOLOGIE
CALLARD Patrice - ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
CALMUS Yvon - CENTRE DE TRANSPL.
HEPATIQUE
CAPEAU Jacqueline - INSERM U.680
CARBAJAL SANCHEZ Diomedes -
URGENCES PEDIATRIQUES
CARBONNE Bruno - GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
CARETTE Marie-France - RADIOLOGIE
CARRAT Fabrice - INSERM U707
CASADEVALL Nicole - HEMATOLOGIE
BIOLOGIQUE
CAYRE Yvon - HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE
CHABBERT BUFFET Nathalie -
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
CHAZOULLERES Olivier - HEPATOLOGIE
CHOUAID Christos - PNEUMOLOGIE
CHRISTIN MAITRE Sophie -
ENDOCRINOLOGIE
CLEMENT Annick - PNEUMOLOGIE
CLERGUE François - DETACHE AU
MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES :
HOPITAL CANTONAL / ANESTHESIOLOGIE
COHEN Aron - CARDIOLOGIE
CONSTANT Isabelle - ANESTHESIOLOGIE
REANIMATION
COPPO Paul - HEMATOLOGIE CLINIQUE
COSNES Jacques - GASTROENTEROLOGIE ET
NUTRITION
COULOMB Aurore - ANATOMIE ET
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DAMSIN Jean Paul - ORTHOPEDIE
DARAI Emile - GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE
DE GRAMONT Aimery - ONCOLOGIE
MEDICALE
DENOYELLE Françoise - ORL ET CHIRURGIE
CERVICO FACIALE
DEVAUX Jean Yves - BIOPHYSIQUE ET
MEDECINE NUCLEAIRE
DOUAY Luc - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DOURSOUNIAN Levon - CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE
DUCOU LE POINTE Hubert - RADIOLOGIE
DUSSAULE Jean Claude - PHYSIOLOGIE
ELALAMY Ismail - HEMATOLOGIE
BIOLOGIQUE
FAUROUX Brigitte - PNEUMOLOGIE
PEDIATRIQUE
FERON Jean Marc - CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
FEVE Bruno - ENDOCRINOLOGIE
FLEJOU Jean François - ANATOMIE ET
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
FLORENT Christian - HEPATO
GASTROENTEROLOGIE
FRANCES Camille -
DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE
FUNCK BRENTANO Christian -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
GARABEDIAN Eréa Noël - ORL ET
CHIRURGIE CERVICO FACIALE
GARBARG CHENON Antoine - VIROLOGIE
GIRARD Pierre Marie - MALADIES
INFECTIEUSES ET TROPICALES

GIRARDET Jean Philippe (surnombre) - GASTROENTEROLOGIE PEDIATRIQUE
GIROT Robert - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
GOLD Francis (surnombre) - NEONATOLOGIE
GORIN Norbert (surnombre) - HEMATOLOGIE CLINIQUE
GRATEAU Gilles - MEDECINE INTERNE
GRIMFELD Alain (surnombre) - PEDIATRIE ORIENTATION
PNEUMOLOGIE/ALLERGOLOGIE
GRIMPREL Emmanuel - PEDIATRIE GENERALE
GRUNENWALD Dominique - CHIRURGIE THORACIQUE
GUIDET Bertrand - REANIMATION MEDICALE
HAAB François - UROLOGIE
HAYMANN Jean Philippe - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
HELARDOT Pierre Georges - CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE
HENNEQUIN Christophe - PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE
HERTIG Alexandre - NEPHROLOGIE
HOURY Sidney - CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE
HOUSSET Chantal - BIOLOGIE CELLULAIRE/INSERM U. 680
JOUANNIC Jean-Marie - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
JUST Jocelyne - PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUES
LACAINÉ François - CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE
LACAU SAINT GUILY Jean - ORL
LACAVE Roger - HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE
LANDMAN-PARKER Judith - HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES
LAPILLONNE Hélène - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
LAROCHE Laurent - OPHTALMOLOGIE
LE BOUC Yves - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
LEGRAND Ollivier - CANCEROLOGIE ET HEMATOLOGIE
LEVERGER Guy - HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES
LEVY Richard - NEUROLOGIE
LIENHART André - ANESTHESIE REANIMATION
LOTZ Jean Pierre - CANCEROLOGIE
MARIE Jean Pierre - HEMATOLOGIE
MARSAULT Claude - RADIOLOGIE
MASLIAH Joëlle - BIOLOGIE/IMAGERIE/INSERM U.538
MAURY Eric - REANIMATION MEDICALE
MAYAUD Marie Yves - PNEUMOLOGIE
MENU Yves - RADIOLOGIE
MEYER Bernard - ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE
MEYOHAS Marie Caroline - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
MITANCHEZ Delphine - NEONATOLOGIE
MOHTI Mohamad - HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE MEDICALE
MONTRAVERS Françoise - BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MURAT Isabelle - ANESTHESIE REANIMATION
NETCHINE Irène - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
NICOLAS Jean Claude - VIROLOGIE
OFFENSTADT Georges - REANIMATION MEDICALE
PAQUES Michel - OPHTALMOLOGIE
PARC Yann - CHIRURGIE DIGESTIVE
PATERON Dominique - ACCUEIL DES URGENCES
PAYE François - CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE
PERETTI Charles Siegfried - PSYCHIATRIE ADULTE
PERIE Sophie - ORL
PETIT Jean Claude - BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE
PIALOUX Gilles - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
PICARD Arnaud - CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
POIROT Catherine - HISTOLOGIE/BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
RENOLLEAU Sylvain - REANIMATION NEONATALE ET PEDIATRIQUE
ROBAIN Gilberte - REEDUCATION FONCTIONNELLE
RODRIGUEZ Diana - NEUROPEDIATRIE
RONCO Pierre Marie - INSERM 702
RONDEAU Eric - URGENCES NEPHROLOGIQUES/TRANSPLANTATION RENALE
ROSMORDUC Olivier - HEPATO GASTROENTEROLOGIE
ROUGER Philippe - I.N.T.S.
ROUZIER Roman - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SAHEL José Alain - OPHTALMOLOGIE
SAUTET Alain - CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
SCATTON Olivier - CHIRURGIER HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION
SEBE Philippe - UROLOGIE
SEKSIK Philippe - GASTRO ENTEROLOGIE ET NUTRITION
SEZEUR Alain - CHIRURGIE GENERALE
SIFFROI Jean Pierre - GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES
SIMON Tabassome - PHARMACOLOGIE CLINIQUE
SOUBRANE Olivier - CHIRURGIE HEPATO-BILIAIRE

SOUBRIER Florent - DEPARTEMENT DE GENETIQUE
STANKOFF Bruno - NEUROLOGIE
TALBOT Jean Noël - BIOPHYSIQUE/MEDICINE NUCLEAIRE
THOMAS Guy - PSYCHIATRIE ADULTE
THOUMIE Philippe - REEDUCATION NEURO ORTHOPEDIQUE
TIRET Emmanuel - CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE
TOUBOUL Emmanuel - RADIOETHERAPIE

TOUNIAN Patrick - GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION PEDIATRIQUES
TRAXER Olivier - UROLOGIE
TRUGNAN Germain - INSERM U538
ULINSKI Tim - NEPHROLOGIE/DIALYSE
VALLERON Alain Jacques (surnombre) - UNITE DE SANTE PUBLIQUE
VIALLE Raphaël - ORTHOPEDIE
WENDUM Dominique - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
WISLEZ Marie - PNEUMOLOGIE

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Site PITIE

ANKRI Annick - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
AUBRY Alexandra - BACTERIOLOGIE
BACHELOT Anne - ENDOCRINOLOGIE
BELLANNE-CHANTELOT Christine - GENETIQUE
BENOLIEL Jean-Jacques - BIOCHIMIE A
BENSIMON Gilbert - PHARMACOLOGIE
BERLIN Ivan - PHARMACOLOGIE
BERTOLUS Chloé - STOMATOLOGIE
BOUTOLLEAU David - VIROLOGIE
BUFFET Pierre - PARASITOLOGIE
CARCELAIN-BEBIN Guislaine - IMMUNOLOGIE
CARRIE Alain - BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
CHAPIRO Elise - HEMATOLOGIE
CHARBIT Beny - PHARMACOLOGIE
CHARLOTTE Frédéric - ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHARRON Philippe - GENETIQUE
CLARENCON Frédéric - NEURORADIOLOGIE
COMPERAT Eva - ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CORVOL Jean-Christophe - PHARMACOLOGIE
COULET Florence - GENETIQUE
COUVERT Philippe - GENETIQUE
DANZIGER Nicolas - PHYSIOLOGIE
DATRY Annick - PARASITOLOGIE
DEMOULE Alexandre - PNEUMOLOGIE
DUPONT-DUFRESNE Sophie - ANATOMIE/NEUROLOGIE
FOLLEZOU Jean-Yves - RADIOETHERAPIE
GALANAUD Damien - NEURORADIOLOGIE
GAY Frédéric - PARASITOLOGIE
GAYMARD Bertrand - PHYSIOLOGIE
GIRAL Philippe - ENDOCRINOLOGIE/METABOLISME
GOLMARD Jean-Louis - BIostatistiques
GOSSEC Laure - RHUMATOLOGIE
GUIHOT THEVENIN Amélie - IMMUNOLOGIE
HABERT Marie-Odile - BIOPHYSIQUE

HALLEY DES FONTAINES Virginie - SANTE PUBLIQUE
HUBERFELD Gilles - EPILEPSIE/CORTEX
KAHN Jean-François - PHYSIOLOGIE
KARACHI AGID Carine - NEUROCHIRURGIE
LACOMBLEZ Lucette - PHARMACOLOGIE
LACORTE Jean-Marc - UMRS 939
LAURENT Claudine - PEDOPSYCHIATRIE
LE BIHAN Johanne - INSERM U505
MAKSUD Philippe - BIOPHYSIQUE
MARCELIN-HELLOT Anne Geneviève - VIROLOGIE
MAZIERES Léonore - REEDUCATION FONCTIONNELLE
MOCHEL Fanny (stagiaire) - GENETIQUE/HISTOLOGIE
MORICE Vincent - BIostatistiques
MOZER Pierre - UROLOGIE
NGUYEN-QUOC Stéphanie - HEMATOLOGIE CLINIQUE
NIZARD Jacky - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PIDOUX Bernard - PHYSIOLOGIE
POITOU BERNERT Christine - NUTRITION
RAUX Mathieu (stagiaire) - ANESTHESIE
ROSENHEIM Michel - EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
ROSENZWAJG Michelle - IMMUNOLOGIE
ROUSSEAU Géraldine - CHIRURGIE GENERALE
SAADOUN David (stagiaire) - MEDICINE INTERNE
SILVAIN Johanne - CARDIOLOGIE
SIMON Dominique - ENDOCRINOLOGIE/BIostatistiques
SOUGAKOFF Wladimir - BACTERIOLOGIE
TEZENAS DU MONTCEL Sophie - BIostatistiques ET INFORMATIQUE MEDICALE
THELLIER Marc - PARASITOLOGIE
TISSIER-RIBLE Frédérique - ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
WAROT Dominique - PHARMACOLOGIE

Site SAINT-ANTOINE

ABUAF Nisen -
HEMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE
AIT OUFELLA Hafid - REANIMATION
MEDICALE
AMIEL Corinne - VIROLOGIE
BARBU Véronique - INSERM U680
BERTHOLON Jean François -
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
BILHOU-NABERA Chrystèle - GENETIQUE
BIOUR Michel - PHARMACOLOGIE
BOISSAN Matthieu - BIOLOGIE CELLULAIRE
BOULE Michèle – POLE INVESTIGATIONS
BIOCLINIQUES
CERVERA Pascale - ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
CONTI-MOLLO Filomena
COTE François
DECRE Dominique -
BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE
DELHOMMEAU François - HEMATOLOGIE
DEVELOUX Michel - PARASITOLOGIE
ESCUДИER Estelle - DEPARTEMENT DE
GENETIQUE
FAJAC-CALVET Anne -
HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE
FARDET Laurence - MEDECINE INTERNE
FERRERI Florian - PSYCHIATRIE ADULTE
FLEURY Jocelyne -
HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE
FOIX L'HELIAS Laurence - (stagiaire)
FRANCOIS Thierry - PNEUMOLOGIE ET
REANIMATION
GARÇON Loïc - HEMATOLOGIE
GARDERET Laurent - HEMATOLOGIE
GAURA SCHMIDT Véronique -
BIOPHYSIQUE
GEROTZIAS Grigorios - HEMATOLOGIE
GONZALES Marie - GENETIQUE ET
EMBRYOLOGIE
GOZLAN Joël - BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE
GUEGAN BART Sarah - DERMATOLOGIE
GUITARD Juliette -
PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE
HENNO Priscilla - PHYSIOLOGIE
JERU Isabelle - GENETIQUE
JOHANET Catherine - IMMUNOLOGIE ET
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUES
JOSSET Patrice - ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
JOYE Nicole - GENETIQUE
KIFFEL Thierry - BIOPHYSIQUE ET
MEDECINE NUCLEAIRE
LACOMBE Karine - MALADIES
INFECTIEUSES
LAMAZIERE Antonin - POLE DE
BIOLOGIE/IMAGERIE
LASCOLS Olivier - INSERM U.680
LEFEVRE Jérémie - CHIRURGIE GENERALE
LESCOT Thomas - ANESTHESIOLOGIE
LETAVERNIER Emmanuel - EXPLORATIONS
FONCTIONNELLES MULTI.
MAUREL Gérard - BIOPHYSIQUE ET
MEDECINE NUCLEAIRE
MAURIN Nicole - HISTOLOGIE
MOHAND-SAID Saddek - OPHTALMOLOGIE
MORAND Laurence -
BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE
PARISET Claude - EXPLORATIONS
FONCTIONNELLES
PETIT Arnaud - (stagiaire)
PLAISIER Emmanuelle - NEPHROLOGIE
POIRIER Jean Marie - PHARMACOLOGIE
CLINIQUE
RAINTEAU Dominique - INSERM U.538
SAKR Rita - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SCHNURIGERN Aurélie - LABORATOIRE DE
VIROLOGIE
SELLAM Jérémie - RHUMATOLOGIE
SEROUSSI FREDEAU Brigitte -
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE
SOKOL Harry - HEPATO GASTRO
ENTEROLOGIE
SOUSSAN Patrick - VIROLOGIE
STEICHEN Olivier – MEDECINE INTERNE
SVRCEK Magali - ANATOMIE ET
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
TANKOVIC Jacques -
BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE
THOMAS Ginette - BIOCHIMIE
THOMASSIN Isabelle - RADIOLOGIE
VAYLET Claire - MEDECINE NUCLEAIRE
VIGOUROUX Corinne - INSERM U680
VIMONT-BILLARANT Sophie -
BACTERIOLOGIE
WEISSENBURGER Jacques -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE

ENSEIGNANTS DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE PARIS 6

Pr Anne-Marie MAGNIER - Professeur universitaire de médecine générale

Pr Philippe CORNET - Professeur associée de médecine générale

Pr Jean LAFORTUNE - Professeur associé de médecine générale

Dr Gladys IBANEZ – Maître de conférences universitaire de médecine générale

Pr Luc MARTINEZ - Professeur associée de médecine générale

Dr Dominique TIRMARCHE - Maître de conférences associé de médecine générale

Dr Gilles LAZIMI - Maître de conférences associé de médecine générale

Dr Nicolas HOMMEY - Maître de conférences associé de médecine générale

Dr Claire RONDET - chef de clinique de médecine générale

Dr Julie CHASTANG - chef de clinique de médecine générale

Dr Sarah ROBERT - chef de clinique de médecine générale

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	11
I. INTRODUCTION	12
I. 1. Contexte.....	12
I. 1. 1. Terminologie.....	13
I. 1. 2. Classifications des approches complémentaires.....	14
I. 1. 3. Présentation de quelques approches complémentaires.....	15
I. 1. 4. Liens entre approches complémentaires et Médecine générale.....	18
I. 2. Formulation de la question de recherche et objectifs.....	21
II. MATERIELS ET METHODES	22
II. 1. REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
II. 1. 2. Revue méthodique de la littérature.....	22
II. 1. 2. Conduite de la lecture critique.....	26
II. 1. 3. Extraction des données.....	27
II. 2. ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE.....	28
II. 2. 1. Réalisation de l'enquête.....	28
II. 2. 2. Questionnaire patient.....	29
II. 2. 3. Questionnaire médecin.....	31
II. 2. 4. Recueil et traitement des données.....	32
III. RESULTATS	34
III. 1. REVUE DE LA LITTERATURE.....	34
III. 1. 1. Présentation des études.....	34
III. 1. 2. Résultats des études.....	37
III. 2. ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE.....	41
III. 2. 1. Participation.....	41
III. 2. 2. Résultats du questionnaire patient.....	41
III. 2. 2. 1. Caractéristiques des patients et comparaison à la population.....	41
III.2. 2. 2. Recours aux approches complémentaires.....	42
III. 2. 2. 3. Popularité des approches complémentaires.....	43
III. 2. 2. 4. Mode d'orientation.....	44
III. 2. 2. 5. Information du médecin traitant.....	45
III. 2. 2. 6. Satisfaction de la médecine conventionnelle.....	45
III. 2. 3. Résultats du questionnaire médecin.....	46

IV. DISCUSSION	48
IV. 1. Analyse des résultats.....	48
IV. 1. 1. Définition des approches complémentaires et prévalence du recours.....	49
IV. 1. 2. Popularité des approches complémentaires	49
IV. 1. 3. Facteurs prédictifs.....	50
IV. 1. 4. Communication avec le médecin généraliste.....	50
IV. 2. Limites et forces de notre travail.....	50
IV. 2. 1. Limites de la revue de littérature.....	50
IV. 2. 2. Limites de l'enquête.....	52
IV. 2. 3. Forces de notre travail.....	52
IV. 3. Confrontation de nos résultats à la pratique clinique.....	53
IV. 3. 1. Interprétation du recours aux approches complémentaires	53
IV. 3. 2 Favoriser la communication.....	54
IV. 3. 3. Autres données à prendre en compte.....	55
V. CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	61
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	64
RESUME	65
TITRE	65
MOTS-CLES	65
SERMENT	67

ABREVIATIONS en français

AC : Approches Complémentaires
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BDSP : Banque de Données en Santé Publique
CH : Centésimale Hahnemannienne
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS : Haute Autorité de la Santé
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MCA : Médecines Complémentaires et Alternatives
MG : Médecins Généralistes
MEP : Mode d'Exercice Particulier
MIVILUDES : Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
MOST : Médecine à Orientations Spécifiques Thérapeutiques
MTC : Médecine Traditionnelle Chinoise
NSN : Nombre de Sujets Nécessaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMNE : Pratiques Médicales Non Eprouvées
SCM : Société Civile de Moyens
TC : Thérapies complémentaires
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

ABREVIATIONS en anglais

BRFSS : Behavioral Risk Factor Surveillance System
CAM : Complementary and Alternative Medicine
GP : General Practice
MEPS : Medical Expenditure Panel Survey
NCBI : National Center for Biotechnology Information
NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine
NIH : National Institutes of Health

I. INTRODUCTION

En sortant de l'université, nous pensions que la médecine avait la capacité de répondre à toutes les plaintes des malades. Dès nos premiers pas dans l'exercice de la médecine générale, nous avons été interpellée par des récits de patients relatant leur expérience voire leur surprenante guérison. Aussi, de nombreux patients nous ont déjà questionnée sur telle ou telle pratique non enseignée pendant notre parcours universitaire.

Les objectifs de notre travail sont de définir ces pratiques non conventionnelles dans les pays économiquement développés et d'évaluer dans quelle proportion la population générale y a recours.

Par définition il s'agit de pratiques non reconnues par les autorités de santé du pays, mais certaines sont « acceptées » et « se sont fait une place » en ambulatoire ou dans des services hospitaliers (1–5).

I. 1. Contexte

Dans le domaine de la santé, on assimile souvent les « pratiques conventionnelles » à la « médecine occidentale » et les « pratiques non conventionnelles » aux « médecines traditionnelles ». Cependant, il existe de nombreux autres types de pratiques utilisées à travers le monde, y compris dans les pays occidentaux. Entre croyances, rites et médecines, les frontières ne sont pas claires. Rappelons que, dans les pays en développement, probablement pour des raisons culturelles mais aussi en rapport avec la difficulté d'accès à la médecine dite « occidentale », la « médecine traditionnelle » reste centrale puisque 80% des personnes y font appel pour des soins primaires (6).

Pour d'autres raisons, dans les pays développés, où l'accès aux soins est possible pour l'ensemble de la population, on observe un engouement croissant pour des « pratiques non conventionnelles » (7). Au-delà d'un possible effet de mode, assistons-nous à une évolution des comportements concernant la santé ? Dans l'Union Européenne, 70% des personnes ont eu recours au moins une fois dans leur vie à une pratique « non conventionnelle ».

Selon les domaines, les patients mais aussi les professionnels de santé utilisent ces pratiques. Ainsi en cancérologie, de nombreux services encouragent le développement encadré de « médecines douces » dans le cadre de soins de support (8,9), et le taux de patients y ayant recours atteint 80% (7).

I. 1. 1. Terminologie

Comment appeler ces pratiques différentes de celles sous-tendues par les systèmes de santé officiels ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) emploie le terme « médecines traditionnelles » et les anglo-saxons utilisent l'acronyme CAM pour *Complementary and Alternative Medicine*, dont la traduction en français donne MCA pour Médecines Complémentaires et Alternatives (10).

En France, l'Ordre National des Médecins propose le terme Pratiques Médicales Non Eprouvées (PMNE) et dans sa note d'octobre 2012, le Centre d'Analyse Stratégique propose « médecines non conventionnelles » et donne la définition suivante (7) :

« Ce terme regroupe l'ensemble des pratiques, soins ou croyances qui sont pour la plupart non reconnus par le système de santé dominant à un endroit et à une période donnée » (définition du *National Center for Complementary and Alternative Medicine* et de *la Cochrane Collaboration*).

Plus récemment, dans son rapport de mars 2013, l'Académie Nationale de Médecine, retient le terme de « Thérapies Complémentaires » (4). Cela évite d'employer l'appellation « médecine ». En effet, d'après l'encyclopédie Larousse**, le terme de « médecine » sous entend une dimension scientifique qu'on ne retrouve pas dans la naturopathie ou certaines techniques de relaxation par exemple.

Dans un courrier adressé à la Revue Prescrire en 1985, le terme « patamédecine » est employé par un rhumatologue (11) dont l'objectif est de mettre en garde face à des « pratiques douteuses ».

Barrett (12,13), ancien médecin américain, auteur d'un blog « contre le charlatanisme », propose un classement en deux catégories pour qualifier ces méthodes : d'une part les termes employés par les partisans ou défenseurs, d'autre part ceux retrouvés du côté des critiques (Tableau 1).

** Médecine = Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités

Partisans ou adeptes	Critiques
Non traditionnelles, complémentaires, holistiques, alternatives, intégrées	Non prouvées, non conventionnelles, non orthodoxes, non scientifiques, douteuses, suspectes, frauduleuses, charlatanesques

Tableau 1 : Terminologie selon Barrett

On comprend le sens de l'appellation « MCA », mais cela paraît inapproprié de rapprocher le mot « alternatif » qui signifie « à la place », du mot « complémentaire » qui signifie « avec ». Dans notre travail, pour simplifier la suite de la lecture, nous utiliserons le terme approches complémentaires (AC). Cela se justifie par le fait que les pratiques évoquées ici relèveront le plus souvent de techniques utilisées à titre complémentaire, c'est-à-dire en association avec la médecine conventionnelle (14,15).

I. 1. 2. Classifications des approches complémentaires

Plus de 4000 pratiques seraient répertoriées (16). Devant la diversité des pratiques, les comités de différents pays ont tenté d'établir une classification. En 1986 « *The British Medical Association* » recensait 116 pratiques au Royaume Uni, parmi celles utilisées « assez souvent ». En 1998, dans son livre *The Expanded Dictionary of Metaphysical Healthcare, Alternative Medicine, Paranormal Healing, and Related Methods*, Jack Raso a établi une liste de 1200 méthodes (12,13). En 2000, devant la liste grandissante, le rapport de la Chambre des Lords au Royaume-Uni propose une classification des médecines complémentaires et alternatives en trois groupes. De la même manière, les Américains du *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) ont réparti les différentes techniques selon trois domaines (10) :

- **Produits naturels**
- **Techniques du corps et de l'esprit**
- **Autres approches** : Médecines traditionnelles, Homéopathie ou Naturopathie

D'après Steven B. Kayne (14), on retient le classement suivant :

- **Thérapies fondées sur les produits naturels** : Homéopathie, Phytothérapie, Aromathérapie
- **Médecines traditionnelles** : Médecine chinoise (acupuncture par exemple), Ayurveda
- **Thérapies manuelles** : Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie
- **Thérapies du corps et de l'esprit** : Hypnose, Méditation, Biofeedback
- **Autres** : Iridologie, Kinésiologie, Naturopathie, Médecine anthroposophique

Quelle que soit la classification utilisée, on note que la frontière entre AC et médecine conventionnelle reste difficile à définir. Parmi les AC, on retrouve des techniques intégrées au système de santé conventionnel telles que le Biofeedback dans le domaine de la rééducation ou encore l'Hypnose utilisée par les psychiatres ou anesthésistes. Le point commun entre AC et médecine conventionnelle est le soin, la volonté d'apporter un soulagement.

I. 1. 3. Présentation de quelques approches complémentaires

HOMEOPATHIE :

C'est un médecin saxon Dr Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) qui en est le précurseur en 1790.

L'Homéopathie repose sur 4 principes :

Le principe de similitude selon lequel une substance ayant provoqué certains symptômes chez une personne en bonne santé pourrait guérir les malades présentant ces mêmes symptômes. « Le semblable se guérit par le semblable ».

Le principe d'individualisation ou « thérapie holistique » selon lequel chaque traitement est personnalisé à chaque patient, quel que soit le nom de la maladie.

Le principe de haute dilution ou « infinitésimalité » visant à réduire le principe actif au maximum par une technique de dilutions infinitésimales. Le degré de dilution s'exprime en centésimale hahnemannienne (CH), il s'agit d'une dilution par 100 ($nCH = 10^{2xn}$).

Le principe de « dynamisation », agitation vive du mélange qui lui conférerait les propriétés pharmacologiques malgré les dilutions importantes.

En France, il n'existe pas de diplôme d'Etat d'Homéopathie mais plusieurs diplômes universitaires (DU). L'exercice de l'Homéopathie est réservé aux médecins ou à certains professionnels de santé non médecins (kinésithérapeutes et sages-femmes) après l'obtention d'un DU délivré par une faculté de médecine.

PHYTOTHERAPIE :

Pratiquée en Mésopotamie en 3000 avant JC, elle serait « la plus ancienne des médecines ».

Il s'agit de l'utilisation thérapeutique de substances végétales ou « traitement par les plantes ». Elle est basée sur l'observation empirique de l'action pharmacologique des plantes médicinales.

AROMATHERAPIE :

Déjà utilisée par les Egyptiens de l'Antiquité, qui savaient extraire les essences aromatiques de plantes médicinales. C'est un chimiste, René-Maurice Gattefossé (1881-1950), qui invente le terme Aromathérapie en 1920. Il publie le premier ouvrage en 1935.

Par la suite, des médecins militaires essaient de développer la technique et, c'est un chirurgien militaire, le Dr Jean Valnet (1920-1995), qui l'expérimente cliniquement sur les blessures de guerre.

ACUPUNCTURE :

Technique de la Médecine Traditionnelle Chinoise, dont la théorie a plus de 2000 ans. Le principe de base est la circulation de l'énergie Qi (prononcer « tchi ») via les méridiens répartis en 6 dorsaux et 6 ventraux de chaque côté du corps (soit 24 méridiens) et 8 « extra-méridiens ». La maladie proviendrait d'un déséquilibre entre le Yin et le Yang et le traitement consisterait à rétablir « un équilibre énergétique » en agissant sur des points cutanés situés sur les méridiens.

La stimulation des points cutanés appelés « points d'acupuncture » se fait par introduction d'aiguilles fines (c'est l'Acupuncture), digitopression ou massage (massage tui na) mais aussi par la chaleur (moxibustion), par stimulations électriques ou par ultrasons.

L'Acupuncture est inscrite depuis 2010 au patrimoine culturel immatériel de l'UNESCO.

En France, seuls les médecins, les sages-femmes ou les dentistes peuvent exercer légalement l'Acupuncture, après l'obtention d'un diplôme d'Etat. Elle est pratiquée officiellement dans les hôpitaux français depuis les années 1970.

OSTEOPATHIE :

Inspirée de la vertébrothérapie pratiquée dans l'Antiquité pour soulager les douleurs, elle naît aux Etats-Unis au 19^{ème} siècle. Andrew Taylor Still (1828-1917), inventeur de machines agricoles et passionné d'anatomie, élabore une théorie selon laquelle les remèdes permettant de restaurer la santé se trouvent dans le corps de chaque individu ; «la structure gouverne la fonction». L'idée de base est que toutes les structures du corps sont interdépendantes.

La première école d'Ostéopathie est fondée en 1892.

CHIROPRAxie/CHIROPRAIQUE :

A la même époque aux Etats-Unis, Daniel David Palmer (1845-1913) invente la Chiropraxie après avoir prétendu guérir un sourd par une simple manipulation vertébrale. Selon sa théorie,

le corps est traversé par « des forces » et la correction des anomalies vertébrales permet de supprimer les interférences des courants nerveux afin de rétablir un courant électrique normal. Depuis 2002, l'Ostéopathie et la Chiropraxie sont des pratiques légales en France.

LA MEDECINE MANUELLE de Robert Maigne (1923-2012) est pratiquée uniquement par les médecins et professionnels de santé déjà formés. Avant 2002, c'était la seule technique de thérapie manuelle autorisée en France. Il s'agit de manipulations, obéissant à la règle de la non douleur et du mouvement contraire, en forçant sur le mouvement libre et indolore.

THERAPIES DU CORPS ET DE L'ESPRIT :

Ensemble de techniques comprenant méditation et/ou mouvements, ces thérapies consistent à focaliser son attention sur un point central et à suspendre le cours de la pensée qui occupe son esprit (Yoga, Méditation en pleine conscience, Tai Chi).

HYPNOSE :

Introduite par Charcot (1825-1893), elle a été développée par un autre neurologue français, Bernheim (1840-1919).

Il s'agit d'une technique de psychothérapie qui se base sur l'induction d'un état d'attention focalisée avec suppression partielle de l'éveil. Le point d'appui de l'hypnose, comme dans la relaxation, est la suggestion.

NATUROPATHIE :

Croyance selon laquelle la santé est avant tout une hygiène de vie. Le traitement porte dans ce cas sur une modification du style de vie impliquant, par exemple, l'alimentation, les exercices, la psychologie, la phytothérapie.

MEDECINE ANTHROPOSOPHIQUE:

Cette théorie philosophique a été inventée vers 1920 par un philosophe autrichien Rudolf Steiner (1861-1925). Elle ne rejette pas la médecine conventionnelle, mais propose une nouvelle approche des maladies. La Médecine anthroposophique considère que la maladie est l'expression d'un déséquilibre entre les niveaux biologique, psychologique et spirituel de l'être humain. Elle s'est surtout développée en Europe (Allemagne, Pays-Bas, Autriche, France, Italie, Finlande et Suède).

Le remède utilisé est le gui (*Viscum album*).

MESOTHERAPIE

Cette pratique est apparue autour de 1950. Elle consiste à administrer de faibles doses de médicaments par multiples injections locorégionales par voies intradermique et sous cutanée. Les techniques d'injection peuvent varier selon les praticiens. Les produits sont issus de la médecine conventionnelle mais sont utilisés en dehors de leur autorisation de mise sur le marché (AMM).

I. 1. 4. Liens entre approches complémentaires et Médecine générale

En France, il existe 3 types de soignants pouvant exercer des AC :

- Les docteurs en médecine qui choisissent une orientation différente. Ils pratiquent exclusivement des AC ou combinent médecine conventionnelle et AC.
- Certains professionnels paramédicaux ayant suivi et validé une formation complémentaire : sage femme, kinésithérapeute ou infirmier.
- Les non-médecins qui ont reçu une formation délivrée au sein d'organismes privés : certains ostéopathes ou naturopathes par exemple.

De plus, depuis la loi du 13 août 2004 (17), le médecin généraliste qui devient le médecin traitant se trouve au centre du parcours de soins, il a un rôle majeur dans les soins primaires, ainsi il peut être confronté aux AC dans plusieurs situations :

- si le patient sollicite d'emblée un avis au sujet d'une AC.
- si le patient consulte son médecin traitant dans les suites d'une AC. En effet, les AC, ne faisant pas partie du parcours de santé « classique », les patients ont souvent recours aux praticiens d'AC directement, sans consulter un médecin au préalable.
- si le médecin, lui même, pratique une AC (par exemple l'Homéopathie ou l'Acupuncture) ou oriente son patient vers une AC par exemple, l'Ostéopathie.

Dans son rapport annuel l'ONDPS met en évidence la diversité des métiers exercés par les médecins généralistes, dont certains ne relèvent pas des soins primaires (18).

D'après la DREES, sur les 194000 médecins en activité en France en 2000, on recense 95000 médecins généralistes dont 22000 déclarant une orientation complémentaire ou un Mode d'Exercice Particulier (MEP). Il s'agit de disciplines variées telles que la médecine du sport, la gérontologie, l'allergologie mais aussi les AC (Homéopathie, Acupuncture par exemple).

Une étude de l'INSERM menée en 2007 dans 5 régions françaises, rapporte que 31 à 50% des médecins généralistes déclaraient avoir obtenu d'autres diplômes après leur thèse, la moyenne étant de 43,4% en France métropolitaine. 12 à 19% pratiquaient un MEP de manière occasionnelle (ceux pratiquant un MEP de façon exclusive ayant été exclus du panel), la moyenne étant de 15% en France métropolitaine. L'Homéopathie était le MEP le plus fréquent (38%), suivi par la Mésothérapie (27%), l'Acupuncture (21%) et l'Ostéopathie (18%).

A titre d'exemple, nous avons fait une recherche dans la rubrique « Médecine générale » sur le site pagesjaunes.fr (Tableau 2). Plusieurs « activités » sont automatiquement proposées sous la rubrique « Médecine générale » (chaque « activité » est précédée du mot « médecins » suivi de « généralistes, homéopathes, acupunctures, mésothérapeutes, allergologues et parfois échographistes ou traitement de la douleur »). Ainsi, les chiffres correspondent au nombre de professionnels par région et par « Activité ».

REGIONS/MEDECINE

GENERALE	MG*	Homéopathes	Acupuncteurs	Mésothérapeutes
Alsace	1855	90	63	6
Aquitaine	3303	203	119	28
Auvergne	1249	53	28	13
Bourgogne	1342	57	44	6
Bretagne	2880	83	77	7
Centre	1900	71	52	16
Champagne-Ardenne	1223	30	26	8
Corse	268	7	10	1
Franche-Comté	1103	57	21	7
Guadeloupe	275	8	6	2
Guyane	94	3	2	NC
Île-de-France	7937	388	398	93
Languedoc-Roussillon	2793	138	124	8
Limousin	772	35	23	5
Lorraine	2190	73	40	4
Martinique	248	21	12	2
Mayotte	13	NC	NC	NC
Midi-Pyrénées	2940	157	112	8
Nord-Pas-de-Calais	4039	147	86	15
Basse-Normandie	1195	35	33	4
Haute-Normandie	1555	33	41	3
Pays de la Loire	2978	130	95	12
Picardie	1512	51	44	9
Poitou-Charentes	1754	74	57	11
PACA**	5053	300	210	30
La Réunion	811	22	17	NC
Rhône-Alpes	5248	314	190	19
TOTAL	56530	2580	1930	317

*Médecins généralistes

**Provence-Alpes-Côte d'Azur

NC donnée non communiquée

Tableau 2 : Résultats de la recherche « Médecine générale » par région française sur le site pagesjaunes.fr (Recherche réalisée le 21 février 2014)

En France, tout médecin conventionné est libre de proposer un traitement relevant d'une AC sans déclarer un MEP mais il peut aussi revendiquer une « orientation particulière » sans qu'un diplôme ne soit exigé de la part des autorités (Ministère de la santé, CNOM).

Pendant leur cursus universitaire ou plus tard, on recense un grand nombre de formations complémentaires accessibles aux médecins généralistes.

En 2003, sur les 2185 diplômes interuniversitaires (DIU) et diplômes universitaires (DU) recensés en France, 18 DIU et 7 DU sont accessibles aux diplômés de médecine générale. Parmi ces diplômes, 3 DIU et 1 DU sont du domaine des AC (Mésothérapie, Acupuncture, Médecine manuelle et ostéopathie et le DU de Thérapeutiques manuelles) (18).

En 2014, le DIU d'Acupuncture médicale est enseigné dans neuf facultés (Paris XIII, Bordeaux, Lille, Lyon Sud, Aix-Marseille, Montpellier-Nîmes, Nantes, Nice et Strasbourg) et celui d'Acupuncture obstétricale dans quatre facultés de médecine (Paris XIII, Strasbourg 1, Montpellier 1 et Rouen).

Les DU ou DIU ne sont pas des diplômes nationaux, ils dépendent uniquement des universités.

Seule l'Acupuncture donne lieu à une capacité c'est-à-dire qu'elle est reconnue comme un diplôme national (5, 14) (arrêté du 26 avril 2007).

Parmi les AC, certaines sont autorisées à figurer sur les plaques et ordonnances des médecins. En 2014, il s'agit de l'Acupuncture (DIU), de l'Homéopathie (orientation d'activité), de la Médecine manuelle orthopédique et de l'Ostéopathie (DIU) et de la Mésothérapie (DIU) (19).

I. 2. Formulation de la question de recherche et objectifs

Notre objectif principal est de déterminer la prévalence du recours aux AC par la population au moyen d'une revue de la littérature internationale.

Dans le même temps, nous avons identifié les AC les plus populaires et les caractéristiques de la population comme facteurs prédictifs du recours aux AC.

Ensuite, nous nous sommes intéressée à la communication entre les patients et leur médecin.

Afin d'illustrer les résultats de notre revue de la littérature, nous avons également réalisé une enquête auprès de patients de médecine générale.

L'objectif de notre travail est purement descriptif, il ne s'agit pas de discuter la validité scientifique des AC. Nous ne nous intéresserons pas non plus aux motifs du recours.

II. MATERIELS ET METHODES

II. 1. REVUE DE LA LITTERATURE

Entre juillet et novembre 2013, nous avons procédé à une revue de la littérature internationale pour évaluer la prévalence de l'utilisation des AC dans la population.

II. 1. 1. Revue méthodique de la littérature

II. 1. 1. 1. Recherche documentaire automatisée

Nous avons interrogé de façon systématique les trois bases de données suivantes :

- Medline (interface *PubMed*), développée par le *National Center for Biotechnology Information* (NCBI).
- La librairie Cochrane, base de données internationales de revues systématiques dans le domaine de la santé.
- Base documentaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

Notre travail s'intéressait aux études concernant la prévalence du recours aux AC.

Les termes de recherche ont été choisis, à l'aide du *Medical Sub Heading* (MeSH). Ils sont présentés en français et anglais dans le tableau ci-dessous (Tableau 3) (**Annexe 1**).

<i>français</i>	<i>anglais</i>
Thérapies complémentaires	Complementary thérapies
Médecine générale	General practice, family practice
Soins primaires	Primary care
Soins ambulatoires	Ambulatory care
Recours	Use
Prévalence	Prevalence

Tableau 3 : Termes de recherche en français et en anglais

Dans ces bases de données et avec ces termes, nous avons effectué plusieurs recherches entre juillet et novembre 2013 à partir des équations finales suivantes :

« (« Complementary Therapies » [Mesh]) AND (General practice*[Title/Abstract] OR primary care*[Title/Abstract]) »

(« Complementary Therapies » [Mesh]) AND « Data Collection » [Mesh]) AND « Population Surveillance » [Mesh])

« (« Prevalence » [Mesh]) AND « Complementary Therapies » [Mesh]) »

Dès cette étape, nous avons exclu les articles publiés avant 1999, écrits dans d'autres langues que l'anglais et le français et ne concernant pas des sujets humains, patients de population générale.

A l'issue de ces recherches automatisées, nous avons obtenu une liste brute de plus de 600 références (**616** références).

Un premier tri a permis d'éliminer des références non pertinentes (350 hors sujet) et des doublons.

Sur les **151** articles restants, nous avons sélectionné ensuite ceux dont le titre était le plus pertinent par rapport à notre objectif.

Nous avons retenu les articles dont le titre indiquait que l'étude s'intéressait au recours des AC. Dans les cas où le titre était imprécis, les références étaient conservées pour analyser le résumé.

Nous avons exclu les articles dont le titre spécifiait l'évaluation de l'efficacité d'une AC, ou faisait référence à une pathologie ou à une population particulière.

Ensuite nous avons effectué une sélection à partir des résumés (**78** références) :

Nous avons retenu les articles dont le résumé montrait qu'il s'agissait d'une évaluation de la prévalence de l'utilisation des AC.

Nous avons exclu, comme décrit plus haut, les articles traitant d'un domaine ou d'une pathologie particulière, s'intéressant aux comportements des médecins ou à l'organisation du système de soins. Enfin, faute de disponibilité, 36 articles n'ont pas pu être inclus.

Après ces étapes de sélection, il restait **20** articles. La sélection finale et la lecture ont permis d'en exclure 16.

Parmi les 16 références exclues nous avons mis de côté 4 revues de littérature sur lesquelles nous allons revenir dans la discussion. Les 12 autres articles concernaient encore une population particulière. Nous avons finalement gardé pour notre analyse **4** études dont l'objectif principal était l'évaluation de la prévalence de l'utilisation des AC.

II. 1. 1. 2. Recherche manuelle complémentaire

Nous avons réalisé une recherche manuelle, à partir des références bibliographiques des articles pertinents issus de notre recherche automatisée, mais aussi à partir de thèses de Médecine générale répertoriées dans la base documentaire BDSF.

Ainsi, nous avons ajouté **8** références (dont les thèses de Mayer-Lévy, Ait M'Hammed et Thiriati) aux 4 références issues de la recherche automatisée.

Au total, nous avons sélectionné **12 études** (Figure 1).

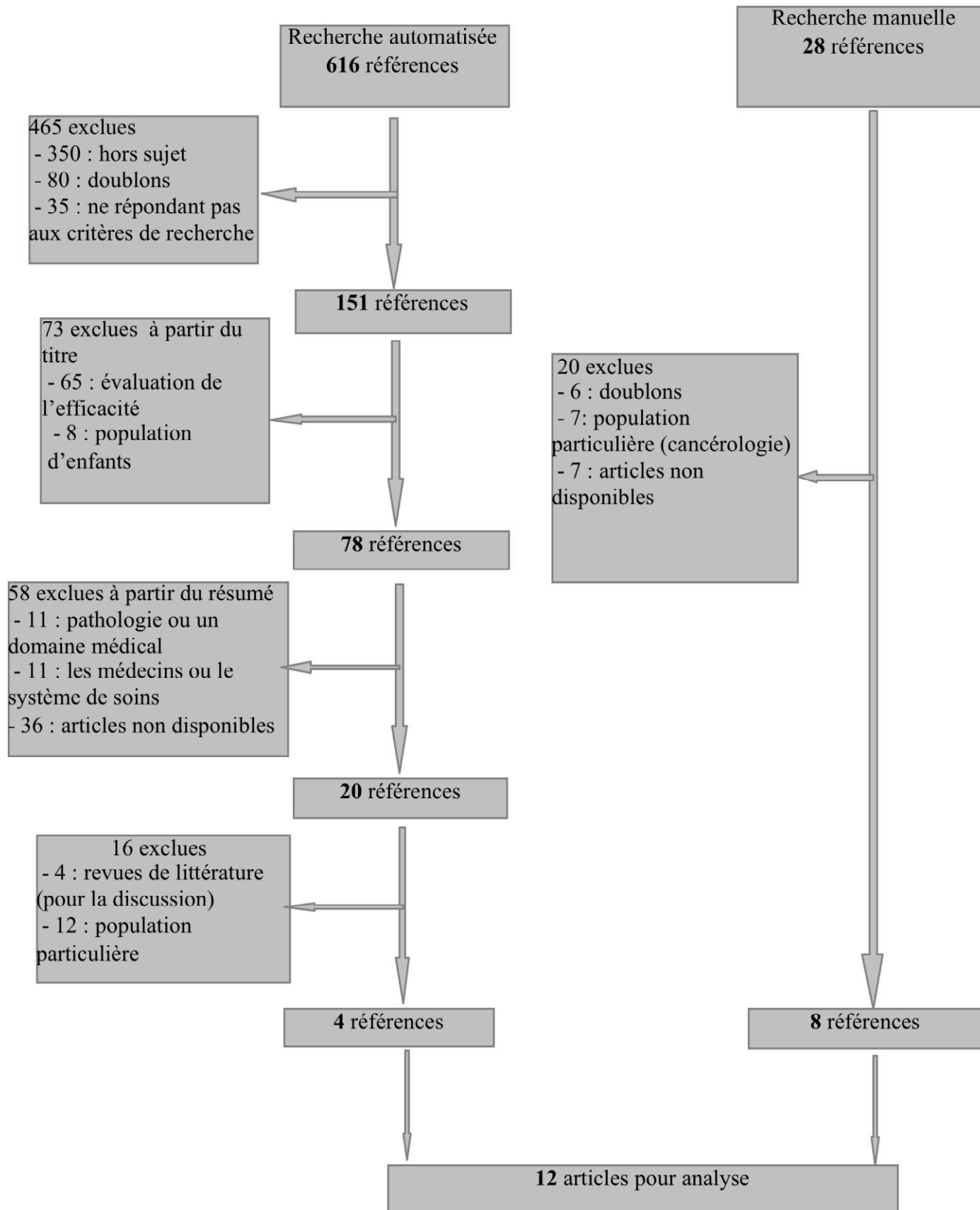


Figure 1 : Schéma de la sélection des articles

II. 1. 2. Conduite de la lecture critique

La lecture des articles a été faite par l'auteur (interne de médecine générale). Il ne s'agissait pas d'une lecture critique en aveugle puisque l'auteur avait accès à l'origine des articles. Sur le plan méthodologique, aucun protocole n'a été défini à l'avance. Cependant, nous avons veillé à respecter un maximum de critères *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis)* (20)(21).

Identification des articles

Pour chaque article, lorsque cela était possible, nous avons recueilli le nom du premier auteur, l'année de publication et le nom du journal.

Par la suite, les données suivantes ont été retenues afin de décrire les études :

- Pays et l'année de réalisation de l'étude
- Mode de recueil des données
- Réalisation d'un test ou étude pilote, le calcul du nombre de sujets nécessaires (NSN)
- Taille de l'échantillon
- Taux de réponse
- Définition et le mode de présentation des AC
- Application à la population du pays de l'étude

Les études sont présentées dans le Tableau 4, selon leur date de publication, par ordre chronologique, de la plus ancienne à la plus récente (22–33).

Définition des AC dans les études :

Les AC sont appelées avec l'acronyme MCA (ou *CAM* en anglais) dans la plupart des études retenues. Seules deux sur les douze les ont définies différemment, Druss et Rosenheck avec « thérapies non conventionnelles » (*unconventional therapies*) aux Etats-Unis, et « médecines complémentaires » (*CM* pour *Complementary Medicine*) pour Klein et al. en Suisse.

La présentation des AC dans les questionnaires destinés aux patients était différente selon les études. Pour onze d'entre elles, il s'agissait d'une liste d'AC et la case « autres ». Seule une étude proposait une question ouverte (25).

Par ailleurs, certains auteurs se limitaient à un ensemble de techniques nécessitant un intervenant (*provider*) tandis que d'autres incluaient des techniques ou produits utilisés directement par le patient, ce qui rentre dans le cadre de l'automédication (*over the counter*) (24,25,27).

Malgré ces différences, nous avons veillé à ce que l'objectif de chaque article soit de décrire la prévalence du recours aux AC en population générale.

Population étudiée :

Quand cela était précisé nous avons noté si l'échantillon avait été comparé à la population du pays, s'il était représentatif et si les résultats étaient applicables à la population.

II. 1. 3. Extraction des données

Nous avons recueilli les indications relatives à la description des études sélectionnées dans un premier tableau (Tableau 4). Les résultats ont été présentés dans un autre tableau (Tableau 5).

- Prévalence du recours aux AC sur les douze derniers mois
- Popularité des AC
- Facteurs prédictifs statistiquement significatifs du recours aux AC
- L'information du médecin traitant concernant le recours aux AC

Prévalence :

La prévalence est une valeur quantitative, exprimée en pourcentage.

Ici, la prévalence sur une période donnée représente la proportion de personnes ayant eu recours à une ou plusieurs AC durant cette période. Nous avons distingué la prévalence du recours aux AC sur l'année passée (c'est-à-dire les douze derniers mois) et la prévalence sur la vie entière. Dans notre revue de littérature, nous nous sommes intéressés aux patients utilisateurs « courants » c'est-à-dire dont le recours aux AC a eu lieu dans les douze derniers mois. La prévalence sur la vie entière, regroupant à la fois les patients utilisateurs « courants » et « occasionnels » (ou « anciens »), a été mise de côté (30)(31).

Popularité des AC :

Nous avons répertorié les AC qui étaient les plus citées dans chaque article afin de mettre en évidence celles qui seraient les plus utilisées.

Facteurs prédictifs :

Il s'agit ici, de savoir si les auteurs ont retrouvé des caractéristiques sociodémographiques ou des situations pouvant être des facteurs prédictifs statistiquement significatifs du recours aux AC.

Nous avons ainsi tenté d'établir un « profil type » du patient ayant recours aux AC.

Information du médecin :

Certains auteurs se sont intéressés à la communication patient médecin et ont cherché à savoir si les patients utilisateurs d'AC en avaient informé leur médecin ou avaient discuté de ce sujet avec lui. Pour quatre études ce renseignement n'était pas donné (24,27,29,32).

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft[®] Excel[®] 2004 et Microsoft[®] Word[®] 2008 sur le système d'exploitation Mac.

II. 2. ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

II. 2. 1. Réalisation de l'enquête

Notre enquête prospective, quantitative et qualitative s'est déroulée dans un cabinet de groupe de médecine générale dans le département de Seine et Marne. Le lieu n'a pas été choisi au hasard. Il s'agit de deux médecins généralistes travaillant au sein d'une société civile de moyens (SCM) sans mode d'exercice ni orientation particulière.

Initialement, nous avons présenté l'enquête à une dizaine de médecins généralistes exerçant en Seine et Marne et en Essonne. L'investissement en temps étant trop important, cela n'a pas pu se faire et nous avons restreint notre enquête à un cabinet de groupe de Seine et Marne. L'hypothèse principale de notre enquête était qu'une proportion importante de patients de médecine générale avait déjà eu recours à au moins une AC et, que peu d'entre eux en avaient informé leur médecin.

Les données ont été recueillies à partir de deux questionnaires, l'un pour les patients, l'autre pour les médecins. Ces questionnaires ont été élaborés avec le directeur de thèse et inspirés des travaux précédents issus de notre revue de littérature.

Il n'y a pas eu de randomisation des patients. L'enquête s'est déroulée pendant dix jours en octobre 2013 (du 14 au 23 octobre 2013 inclus).

En salle d'attente, les patients étaient invités à remplir le questionnaire et à le déposer dans une urne fermée. La participation à l'enquête était libre. Il n'y a eu aucune rémunération ni autre compensation. Une lettre explicative était jointe au questionnaire (**Annexe 2**).

Parallèlement, un questionnaire a été rempli par les deux médecins du cabinet de groupe.

Au préalable les questionnaires ont été testés auprès d'un échantillon de 10 patients et 2 médecins généralistes ne participant pas à l'enquête. Les remarques ont été prises en compte et des corrections ont été apportées.

Ainsi, en raison du résultat difficilement exploitable, une question s'intéressant aux raisons du recours a été supprimée.

Afin de ne pas décourager les patients face à un questionnaire trop long, nous nous sommes attachée à faire un questionnaire bref, d'une page, et à ne pas dépasser le nombre de 6 à 8 questions. Les questionnaires ne comprenaient pas de rubrique concernant le niveau socioprofessionnel ni l'état de santé général des patients.

Aucun comité d'éthique n'a été consulté, s'agissant d'une étude descriptive.

II. 2. 2. Questionnaire patient

Le questionnaire patient comportait 4 parties.

- Informations sur l'âge et le sexe (Question 1)
- Recours aux AC (Questions 2 et 2bis)
- Information et communication avec le médecin traitant (Question 3 et 3bis)
- Satisfaction de la médecine conventionnelle (Question 4).

Enfin, le questionnaire se terminait avec une question ouverte (Question 4bis) où le patient pouvait s'exprimer au sujet de la médecine conventionnelle.

QUESTIONNAIRE PATIENT

1. Vous êtes un homme une femme

De 15 à 30 ans 31 à 50 ans 51 à 70 ans 71 ans et plus

2. Avez-vous déjà eu recours à un ou des soins non conventionnels suivants ?
(plusieurs réponses possibles)

- Homéopathie, Phytothérapie, Aromathérapie
- Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie
- Hypnose, Méditation
- Médecines traditionnelles : Acupuncture, Ayurveda
- Autres

2bis. Si oui, comment avez-vous découvert ces soins ? (plusieurs réponses possibles)

- De vous même
- Médecin
- Ami ou famille
- Médias (journaux, émissions tv ou radio, livres...)

3. Votre médecin traitant en a-t-il été informé ?

- oui non

3bis. Si oui, en avez-vous discuté avec lui ?

- oui non

4. En général, êtes-vous satisfait de la médecine conventionnelle en France ?

- Non, pas du tout
- Un peu
- Oui, tout à fait

4bis. Pourquoi ?

II. 2. 3. Questionnaire médecin

Le questionnaire médecin comportait également 4 parties :

- Information sur le sexe et l'âge du médecin (Question 1)
- Recours aux AC pour lui même (Question 2)
- Les patients et les AC : communication et orientation (Questions 3, 3bis, 4 et 4bis).

La question 4bis était une question ouverte où le médecin interrogé était invité à citer lui même vers quelle(s) AC il avait déjà orienté ses patients.

- Estimation du recours (Question 5)

QUESTIONNAIRE MÉDECIN

1. Vous êtes un homme une femme
- De moins de 35 ans 36 à 55 ans 56 ans et plus
2. Avez-vous déjà eu recours à un ou des soins non conventionnels suivants pour vous-même ? (*plusieurs réponses possibles*)
- Homéopathie, Phytothérapie, Aromathérapie
 - Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie
 - Hypnose, Méditation
 - Médecines traditionnelles : Acupuncture, Ayurveda
 - Autres
3. Avez-vous déjà parlé de ces types de soins avec vos patients ?
- oui non
- 3bis. Si oui, (*2 réponses possibles*)
- à votre initiative
 - à la demande vos patients
4. Avez-vous déjà orienté vos patients vers un ou des soins non conventionnels ?
- oui non
- 4bis. Si oui, lequel ou lesquels ?
5. Selon vous, combien de vos patients ont recours à ces types de soins ?
- moins de 10% entre de 10 et 50% plus de 50%

II. 2. 4. Recueil et traitement des données

Le recueil des données s'est fait en salle d'attente entre le 14 et le 23 octobre 2013, les jours où le cabinet était ouvert.

Les données ont été exportées sous la forme d'un fichier Excel, et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel[®] 2008 pour Mac, puis intégrées dans notre dossier Microsoft Word[®] 2004 pour Mac.

Une analyse descriptive statistique a été réalisée avec des variables exprimées en nombre absolu puis en pourcentage. Le programme en ligne de biostatistiques de l'Unité 707 de l'Inserm, a été utilisé pour le choix et le calcul des tests statistiques.

Le test du Chi-2 a permis de comparer les caractéristiques de sexe, d'âge et de satisfaction de la médecine conventionnelle entre les utilisateurs et les non-utilisateurs d'AC. Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatifs si $p < 0,05$.

Ensuite, nous avons collecté et analysé les réponses du questionnaire médecin directement sous Microsoft Word[®] 2004 pour Mac.

III. RESULTATS

III. 1. REVUE DE LA LITTERATURE

III. 1. 1. Présentation des études

Notre recherche documentaire automatisée par interrogation des trois bases de données (Medline, Cochrane et BDSF) a mis en évidence 616 « références brutes » dont 4 revues de la littérature (34–37). Après sélection, nous n'en avons retenu que **4** pour réaliser notre synthèse de la littérature.

La recherche manuelle complémentaire réalisée à partir des références des thèses d'exercice et d'articles pertinents nous a permis d'ajouter **8** études.

Au total, les deux recherches nous ont donc permis de sélectionner **12 études**. Cinq provenaient des Etats-Unis, une de Singapour, une du Japon, une d'Israël, une de Suisse et trois de France (Tableaux 4 et 5).

Tableau 4 : Description des études

Nom du premier auteur (année de publication, journal)	Pays (année de réalisation)	Mode de recueil des données	Etude pilote	Taille de l'échantillon (n)	Taux de réponse (%)	Définition / Présentation des AC	Application à la population du pays
Druss (1999, JAMA*)	Etats-Unis (1996)	Enquête nationale (MEPS*), entretien téléphonique	Nationale	16068	77,7	Chiropraxie + liste de 11 "thérapies non conventionnelles" + autres	oui
Rafferty (2002, American Journal of Public Health)	Etats-Unis (2001)	Enquête nationale (BRFSS*), entretien téléphonique, Etat du Michigan	Nationale	3794	NC**	Liste de 11 types de "MCA"*** + autres	non
Barnes (2004, Advance Data)	Etats-Unis (2002)	Enquête nationale (NHIS* 2002)	Nationale	31044	74,3	Liste de 27 types de "MCA" Automédication incluse (17 types)	oui
Lim (2005, Complementary Therapies in Medicine)	Singapour (2002)	Entretien à domicile	oui : 64 foyers	468	72,2	"MCA", questions ouvertes Automédication incluse	oui
Wade (2007, Journal of Women's Health)	Etats-Unis (2001)	Enquête nationale, entretien téléphonique, 48 états	oui à New York	808	NC	Liste de 12 types de "MCA" (prière incluse)	oui
Barnes (2008, National Health Statistics Reports)	Etats-Unis (2007)	Enquête nationale (NHIS* 2007)	Nationale	23393	67,8	Liste de 36 types de "MCA", Automédication incluse (26 types)	oui
Hori (2008, BMC Complementary & Alternative Medicine)	Japon (2002)	Auto-questionnaire, hôpital de Tokyo	NC	496	96	Liste de 5 types de "MCA"	non
Ben Arye (2009, Gender Medicine)	Israël (2005/2006)	Questionnaire (13 items), 7 centres de soins primaires, Comité éthique	oui : 2 centres (186 et 1150 patients)	3840	96	Liste de 10 types de "MCA"	non
Mayer-Lévy (2010, Thèse de Médecine, Paris V)	France (2009/2010)	Auto-questionnaire (15 items), 19 cabinets de MG parisiens	oui : 20 patients	521	96	"MCA" ou "médecines douces"	non
Ait M'Hammed (2012, Thèse de Médecine, Amiens)	France (2011/2012)	Auto-questionnaire	oui : 20 patients	311	97	"MCA" ou "médecines douces"	non
Klein (2012, Swiss Medical Weekly)	Suisse (2007)	Enquête nationale (Swiss Health Survey 2007), entretien téléphonique puis écrit	Nationale	14432 - 18760	80,5 - 66,3	Liste de 11 "Médecines Complémentaires" + autres	oui
Thiriart (2012, Thèse de Médecine, Nancy)	France (2011/2012)	Questionnaire (23 items/4 parties), entretien téléphonique puis dans la rue	oui : 20 patients, calcul du NSN	300	55,2 - 77,7	Liste de 5 "Médecines douces" + autres	non

* Medical Expenditure Panel Survey, Behavioral Risk Factor Surveillance System, National Health Interview Survey

** Non Communiqué

***Médecines complémentaires et alternatives

Tableau 5 : Résultats

Nom du premier auteur (année de publication, journal)	Pays (année de réalisation)	Taille de l'échantillon (n)	Prévalence (%)	Popularité des AC	Déterminants	Information du MT** (%)
Druss (1999, JAMA*)	Etats-Unis (1996)	16068	8,3	Chiropraxie (3,3%) Massage (2%) Phytothérapie (1,8%) Thérapies "spirituelles" (1,4%) Acupuncture (0,6%) Méditation (0,5%)	Femmes, blanches, niveau d'études élevé, vivre dans l'ouest	19,7 (utilisateurs des deux)
Rafferty (2002, American Journal of Public Health)	Etats-Unis (2001)	3794	49,7	Phytothérapie (20,5%) Régimes /Alimentation (12,6%) Chiropraxie (12,2%) Autres régimes (10,8%)	Femmes, blanches, niveau d'études élevé, moins bon état de santé	45,9
Barnes (2004, Advance Data)	Etats-Unis (2002)	31044	36 (prière : 62)	Prière (24,4 - 43%) "Produits naturels" (18,9%) Exercices respiratoires (11,6%) Méditation (9,6%) Chiropraxie (7,5%)	Femmes, niveau études élevé, (noires pour la prière et la vitaminothérapie)	NC***
Lim (2005, Complementary Therapies in Medicine)	Singapour (2002)	468	76	MTC**** (88%) Jamu (8%) Ayurveda (3%)	Femmes, Origine ethnique (chinoise>malaisienne>indienne)	74 (n'informent pas)
Wade (2007, Journal of Women's Health)	Etats-Unis (2001)	808	53 (prière : 67)	"Techniques spirituelles", Prière (39%) Vitamines (26%) "Herboristerie" (18%)	Niveau d'études élevé, moins bon état de santé, Haut revenu (prière exclue)	52 - 96
Barnes (2008, National Health Statistics Reports)	Etats-Unis (2007)	23393	38,3	"Produits naturels" (17,7%) Exercices respiratoires (12,7%) Méditation Chiropraxie/Ostéopathie	Ethnie	NC
Hori (2008, BMC Complementary & Alternative Medicine)	Japon (2002)	496	50	Massages (43%) Vitamines (35%) Régimes diététiques (23%) Acupuncture (21%) Kampo (19%)	Femmes, polypathologie	42
Ben Arye (2009, Gender Medicine)	Israël (2005/2006)	3840	43 (Femmes : 46,6 / Hommes : 39,4)	Phytothérapie (31,4 - 40,3%) Thérapies manuelles (42 - 36,1%) Chiropraxie (6,7 - 10,6%) Thérapies "corps-esprit" (13,8 - 8,1%) Homéopathie (8 - 4,7%)	Femmes, religion	NC
Mayer-Lévy (2010, Thèse de Médecine, Paris V)	France (2009/2010)	521	18,4	Ostéopathie (54,5%) Homéopathie (53,5%) Acupuncture (42,7%)	Femmes, niveau études élevé, moins satisfaction du temps de consultation	48,8
Ait M'Hammed (2012, Thèse de Médecine, Amiens)	France (2011/2012)	311	13,5	Homéopathie (49%) Ostéopathie (39%) Acupuncture (34%) Mésothérapie (14%) Sophrologie (8%) Phytothérapie (5%)	Femmes, prise d'un traitement au long cours, ruralité	39 (n'informent pas)
Klein (2012, Swiss Medical Weekly)	Suisse (2007)	14432 - 18760	23	Homéopathie (6,4%) Ostéopathie (5,4%) Acupuncture (4,9%) Réflexologie (4,8%)	Femmes, âge (moins de 25 ans ou plus de 64 ans), niveau d'études élevé, région (lac de Genève ou centre)	NC
Thiriart (2012, Thèse de Médecine, Nancy)	France (2011/2012)	300	25,3	Homéopathie (65,2%) Ostéopathie (47,8%) Magnétiseur (29,8%) Acupuncture (28%) Phytothérapie/Aromathérapie (23%)	Femmes, niveau d'études élevé, en couple, actives	53,8

* Journal of the American Medical Association

** Médecin traitant

*** Non Communiqué

**** Médecine Traditionnelle Chinoise

III. 1. 2. Résultats des études

L'étude de Druss et Rosenheck (22), publiée dans le JAMA en 1999, s'est déroulée en 1996 aux Etats Unis. Les auteurs ont repris les données d'une enquête nationale MEPS («Medical Expenditure Panel Survey») et ont défini 4 groupes de personnes ; ceux n'ayant eu recours qu'à la médecine conventionnelle, ceux ayant déjà eu recours aux AC et à la médecine conventionnelle, ceux n'ayant eu recours qu'aux AC et enfin, ceux n'ayant jamais eu recours ni à l'une ni aux autres. Les résultats étaient respectivement 59,9%, 6,5%, 1,8% et 32,2%. Au total, 8,3% de la population américaine avait eu recours aux AC dans les 12 mois précédents.

Les AC les plus utilisées étaient la Chiropraxie (3,3%) et les massages (2%) puis la Phytothérapie (1,8%), les Techniques « spirituelles » (1,4%) et les conseils diététiques (1,1%). Plus loin l'Acupuncture (0,6%), la Méditation (0,5%) et l'Homéopathie (0,4%).

Être une femme, blanche, avec un niveau d'études élevé et vivre dans l'Ouest du pays étaient, selon les auteurs, des facteurs prédictifs statistiquement significatifs du recours aux AC.

Dans le groupe de personnes ayant eu recours aussi bien à la médecine conventionnelle qu'aux AC, seulement 19,7% avaient informé leur médecin traitant de leur recours aux AC.

Rafferty et al. (23), en 2002, ont recensé 49,7% utilisateurs d'AC dans l'état du Michigan aux Etats-Unis.

Ici, c'était la Phytothérapie qui arrivait en première place avec 20,5% de personnes y ayant recours, suivie des régimes alimentaires (12,6%). La Chiropraxie, se retrouvait en troisième position (12,2%).

Les facteurs prédictifs significatifs du recours aux AC étaient similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Druss (être une femme, blanche avec un niveau d'études élevé), mais il n'était pas question de localisation géographique puisque cette étude était limitée à l'état du Michigan. En revanche, les auteurs ont mis en évidence un facteur prédictif supplémentaire, estimant qu'un patient se décrivant « en moins bon état de santé » avait plus recours aux AC.

Parmi ces usagers d'AC, un peu moins de la moitié avait informé son médecin traitant (45,9%).

En 2004, Barnes et al. (24) ont réalisé une enquête regroupant 31044 personnes à partir des données du NHIS 2002. Ils ont mis en évidence une prévalence du recours aux AC, sur les 12 derniers mois, allant jusqu'à 62% s'ils incluaient la prière et 36% en l'excluant. La prière apparaissait en première ligne des AC avec 24,4 à 43% de personnes y ayant recours pour leur

santé ou celle de proches. Les autres AC fréquemment utilisées étaient les Produits dits « naturels » (18,9%), les exercices respiratoires (11,6%), la Méditation (9,6%) et la Chiropraxie (7,5%). Dans cette étude également, être une femme et avoir un niveau d'études élevé étaient deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs. Par ailleurs, la prière et les « mégavitamines » (ou « vitaminothérapie ») semblaient plus utilisées dans les populations noires.

Lim et al. (25) ont publié en 2005 une enquête réalisée à Singapour en 2002 où ils ont rapporté une prévalence de 76%. La Médecine Traditionnelle Chinoise était la plus citée avec un taux de 88% puis la médecine traditionnelle indonésienne (ou Jamu, 8%) et la médecine Ayurvédique (8%). Dans son enquête être une femme, chinoise, était fortement prédictif du recours à une AC. 74% des usagers d'AC n'en avaient pas informé leur médecin traitant « de formation occidentale ».

Wade et al. (26) en 2007 ont publié une étude réalisée en 2001 aux Etats-Unis au sein d'une population de femmes. La prévalence du recours aux AC sur les 12 derniers mois était de 53%. Elle allait jusqu'à 67% en incluant le domaine spirituel, religieux ou la prière auxquels avaient recours 39% des femmes. Les autres AC largement utilisées étaient la vitaminothérapie (26%) et la Phytothérapie (*herbs*) (18%).

Les facteurs prédictifs statistiquement significatifs étaient, pour ces auteurs, le niveau d'études élevé et « un moins bon état de santé ». Par ailleurs, le salaire devenait significatif en excluant la religion. C'est dans cette étude qu'on a retrouvé le plus fort taux de personnes informant leur médecin traitant du recours aux AC (52 à 96%).

Barnes et al. (27) ont repris les données du NHIS 2007 et ont retrouvé une prévalence du recours aux AC de 38%.

Par comparaison à l'étude précédente datant de 2002, on a noté une plus grande popularité pour les approches appelées Thérapies du corps et de l'esprit telles que la Méditation, le Yoga ainsi que pour l'Acupuncture et la Naturopathie.

Par ailleurs, seule l'appartenance ethnique est apparue comme un facteur prédictif statistiquement significatif du recours aux AC et, les auteurs ne se sont pas intéressés à l'information du médecin traitant.

Hori et al. (28), dans l'étude réalisée au Japon en 2002, ont retrouvé une prévalence du recours aux AC de 50%. Il s'agissait principalement des massages (43%), de la

vitaminothérapie (35%), mais aussi de l'Acupuncture (21%) et du Kampo (19%). Le sexe féminin était ici aussi un facteur prédictif statistiquement significatif ($p = 0,003$) de l'utilisation d'AC mais aussi la polypathologie (définie par les auteurs à partir de 3 maladies ou plus). D'autre part, parmi les usagers des AC, 42% en avaient informé leur médecin traitant.

Ben Arye et al. (29), en Israël, ont réalisé une étude dans 7 centres de soins primaires entre 2005 et 2006. La prévalence du recours aux AC était de 43%. Les AC les plus citées étaient la Phytothérapie et les Thérapies manuelles. Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatif étaient une fois encore le sexe féminin (46,6% des femmes avaient déjà utilisé une AC contre 39,4% des hommes) et l'appartenance à la communauté juive. La communication avec le médecin traitant n'a pas été abordée.

Plus récemment, en 2010, Mayer-Lévy (30) a retrouvé une prévalence de recours aux AC de 18,4% (et 24,2% sur la vie entière) parmi un échantillon de 521 patients recrutés dans les salles d'attentes de dix-neuf cabinets de médecine générale à Paris. L'Ostéopathie arrivait en tête (54,5%) suivie de près par l'Homéopathie (53,5%) et l'Acupuncture (42,7%). Les facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés étaient le sexe féminin, le niveau d'étude élevé et une moindre satisfaction du temps de consultation en Médecine générale. 48,8% des utilisateurs d'AC avaient abordé le sujet avec leur médecin traitant.

Deux ans plus tard, Ait M'Hammed (31), s'est inspiré de la méthode de Mayer-Lévy et a recruté 311 patients dans treize cabinets de Médecine Générale dans l'Oise. La prévalence du recours aux AC sur les 12 derniers mois était de 13,5%. Les AC les plus populaires étaient, ici aussi, l'Homéopathie (49%), l'Ostéopathie (46%) et l'Acupuncture (34%). Les facteurs prédictifs statistiquement significatifs étaient le sexe féminin, la prise d'un traitement au long cours et vivre dans une zone rurale. Parmi les utilisateurs d'AC, 59% ont déclaré informer leur médecin traitant d'un tel recours, tandis que 39% l'avaient caché.

Klein et al. en Suisse (32), ont publié une enquête réalisée en 2007 où ils ont retrouvé une prévalence du recours aux AC de 23%. Là encore, l'Homéopathie (6,4%) suivie de l'Ostéopathie (5,4%) et l'Acupuncture (4,9%) arrivaient en tête.

Les facteurs prédictifs statistiquement significatifs de ce recours étaient le sexe féminin, avoir moins de 25 ans ou plus de 64 ans, un niveau d'études élevé et vivre dans la région du lac de

Genève ou dans le centre de la Suisse. L'information du médecin traitant n'a pas été répertoriée.

Enfin, de nouveau en France et en 2012, Thiriart (33) a recruté 300 personnes par tirage au sort dans la région Lorraine. La prévalence du recours aux AC sur les 12 derniers mois était de 25,3%. Les AC les plus citées étaient, encore une fois, l'Homéopathie (65,2%), l'Ostéopathie (47,8%) et le recours aux Magnétiseurs (29,8%) qui venaient juste devant l'Acupuncture (28%). Dans les facteurs prédictifs significatifs, on retrouvait ici aussi le sexe féminin et le niveau d'études élevé. L'auteur a aussi montré que vivre en couple et être actif s'ajoutait aux précédents facteurs. Parmi les personnes ayant recours aux AC, environ la moitié (53,8%) a déclaré avoir échangé à ce sujet avec son médecin traitant.

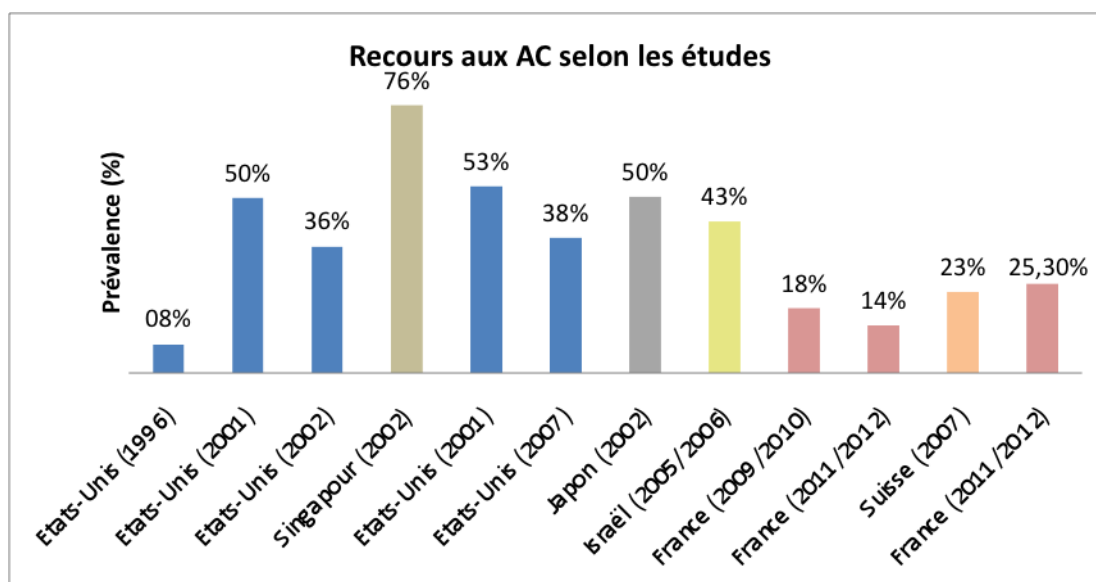


Figure 2 : Prévalence du recours aux AC selon les études

III. 2. ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

III. 2. 1. Participation

La participation des médecins et des patients était volontaire et non rémunérée.

Les deux médecins généralistes à qui nous avons présenté le projet, ont accepté de participer et ont rempli le « questionnaire médecin » en totalité le premier jour de l'étude. Le taux de réponse des médecins a été de 100% (2/2).

Concernant les patients, sur les 300 questionnaires déposés au début de l'étude, 295 ont été récupérés à la fin de l'enquête (98%) :

- 284 correctement remplis
- 2 vierges
- 9 incomplets

Nous avons exclu les questionnaires vierges et incomplets.

Pendant la période de l'étude, 355 actes ont été enregistrés (152 pour l'un des médecins et 203 pour l'autre). On a donc considéré que 355 patients (sans prendre en compte les accompagnants) étaient passés en salle d'attente à cette période.

Ainsi, avec un total de 284 questionnaires correctement remplis, le taux de réponse des patients a été de 80% (284/355).

III. 2. 2. Résultats du questionnaire patient

III. 2. 2. 1. Caractéristiques des patients et comparaison à la population

La comparaison de notre échantillon avec la population de Seine et Marne selon les données INSEE au 1^{er} janvier 2013 (48), a révélé que la proportion de femmes dans notre enquête était plus importante (Figure 3). En effet, dans notre échantillon, nous avons observé une prédominance de femmes, le sex-ratio est de 0,7 (soit 59,2% de femmes) contre un sex-ratio de 0,9, soit 51,7% de femmes en Seine et Marne.

Dans notre échantillon, les 36-55 ans étaient les plus représentés, ce qui correspond aux données de l'INSEE du département. En revanche, les 15-35 ans étaient sous-représentés dans notre enquête (Figure 4).

Figure 3 :

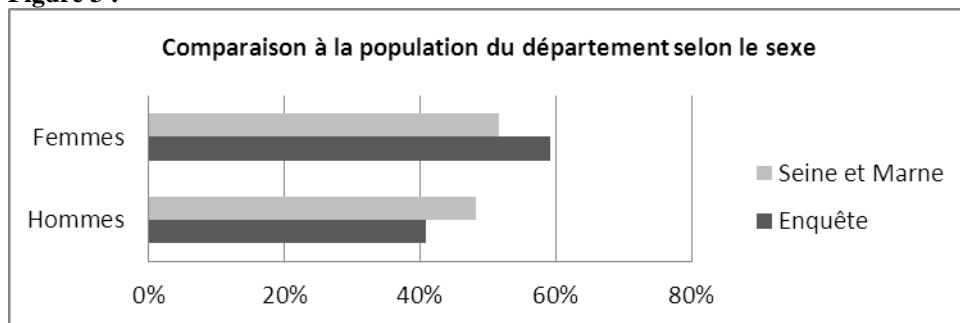
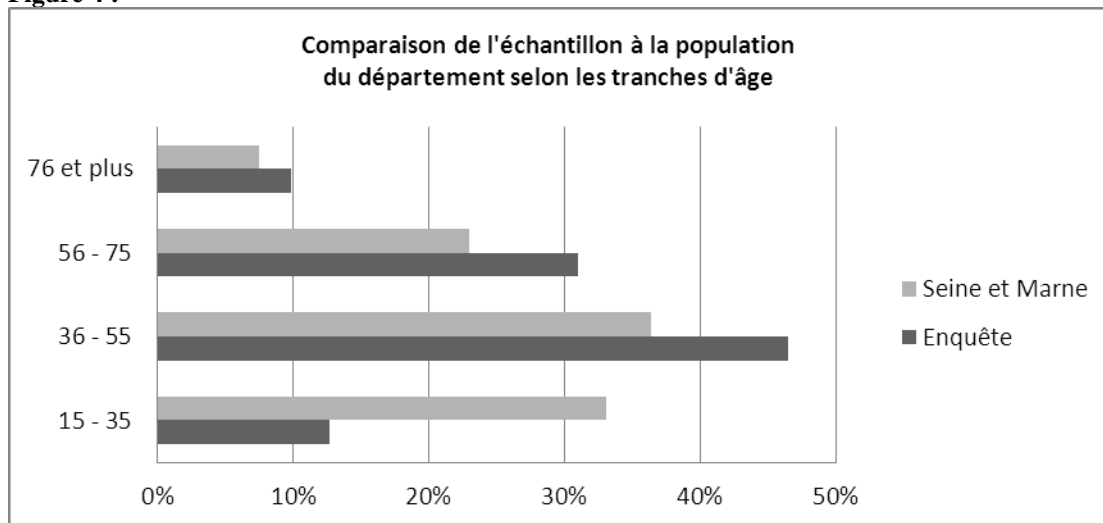


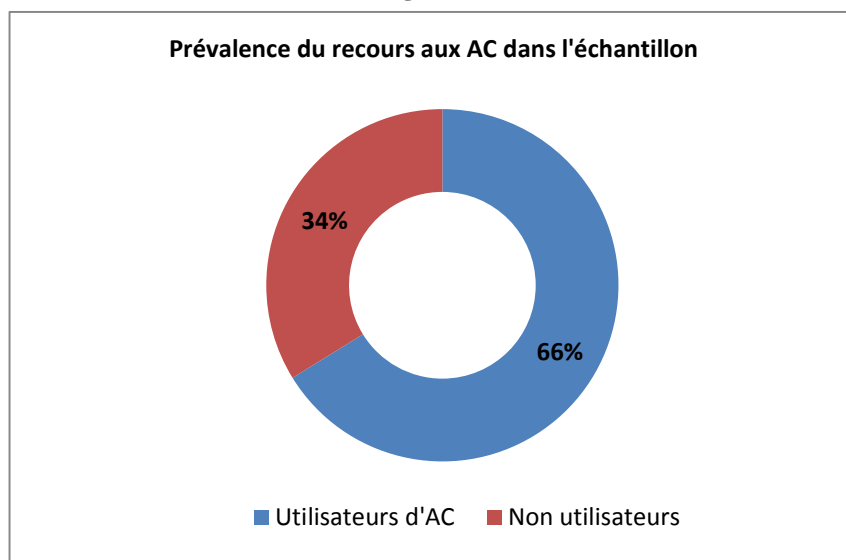
Figure 4 :



III. 2. 2. 2. Recours aux AC

Nous avons défini comme utilisateurs d'AC, les patients ayant coché au moins une réponse à la question 2 (« avez-vous déjà eu recours à un ou des soins non conventionnels suivants ? »). Ainsi 66,2% (188/284) des patients de notre enquête ont déclaré avoir déjà eu recours à une ou des AC dans leur vie (Figure5).

Figure 5 :



Dans le groupe utilisateurs d'AC, nous avons observé une prédominance de femmes et de patients ayant entre 36 et 55 ans.

Après réalisation d'un test du Chi-2, la différence de sexe n'est pas apparue comme étant statistiquement significative ($p > 0,05$) mais avoir entre 36 et 55 ans serait un facteur prédictif statistiquement significatif du recours aux AC ($p < 0,05$) (Tableau 6).

III. 2. 2. 3. Popularité des AC

Les AC les plus populaires étaient les Thérapies manuelles (« Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie ») - (77%), suivies de « l'Homéopathie, la Phytothérapie ou Aromathérapie » (55%), puis les « Médecines traditionnelles » (23%). Les Thérapies du corps et de l'esprit dont l'Hypnose arrivaient en dernière position (Figure 6).

Nous nous sommes intéressée à la répartition hommes/femmes selon le type d'AC (Figure 7). Ainsi, nous avons observé que les femmes utilisaient davantage les Thérapies du corps et de l'esprit, les Médecines traditionnelles ou l'Homéopathie/Phytothérapie/Aromathérapie tandis que les hommes se tournaient plus vers d'autres AC et vers les Thérapies manuelles.

Figure 6 :

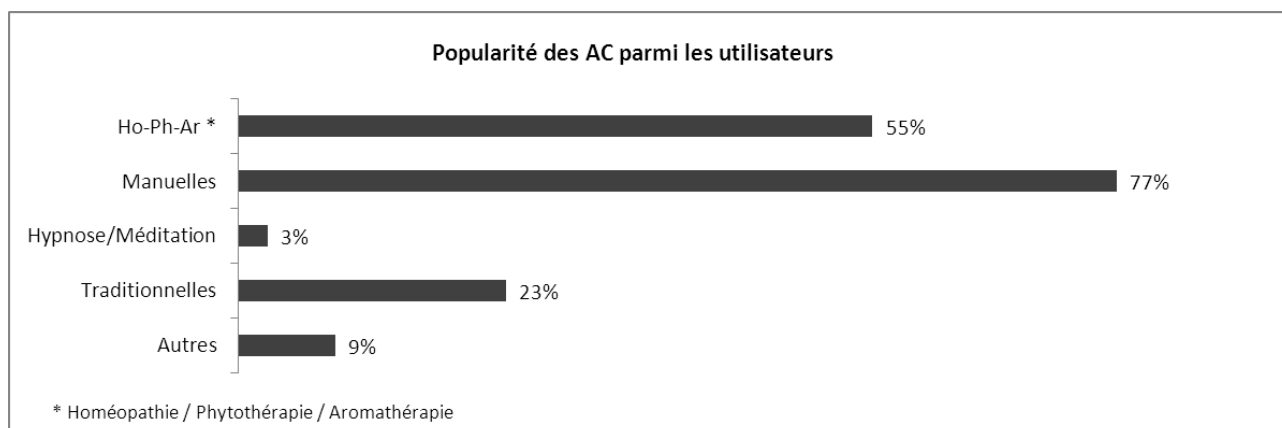
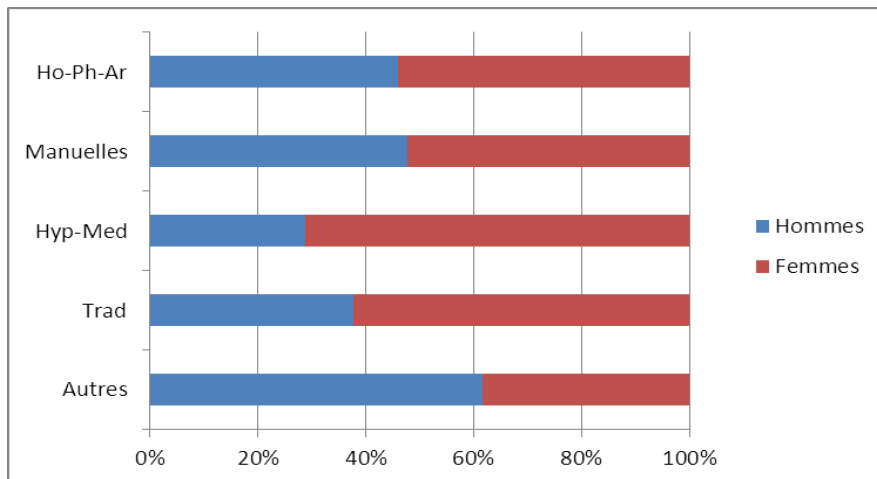


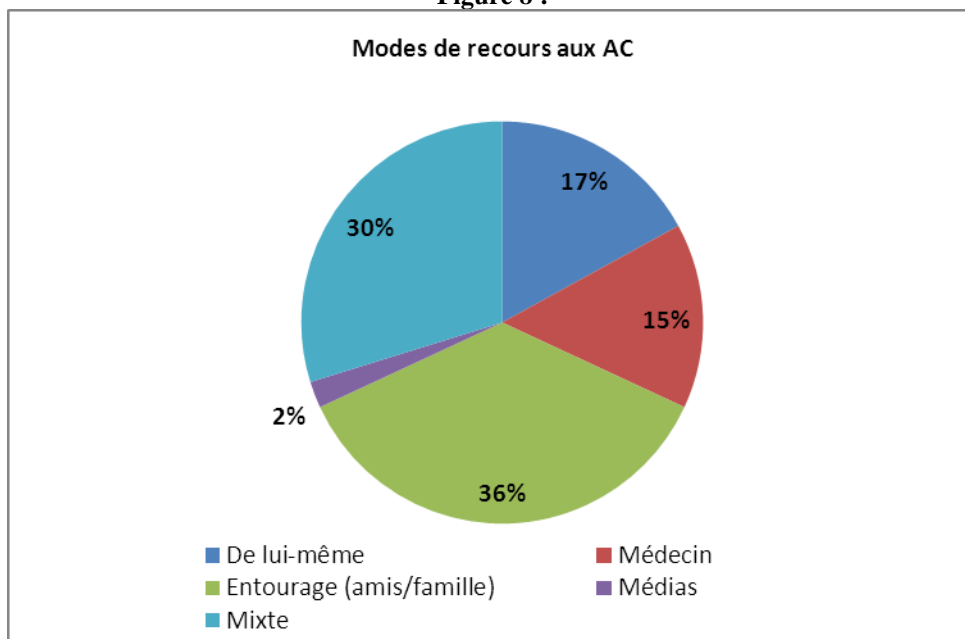
Figure 7 : Popularité des AC selon le sexe



III. 2. 2. 4. Mode d'orientation

Parmi les utilisateurs d'AC, la majorité des patients a déclaré y avoir eu recours par le biais de l'entourage (ami ou famille) (36%). Cependant, s'ils ont été nombreux à citer plusieurs moyens d'accès (entourage, médecin et/médias) (30%), seuls 15% d'entre eux ont déclaré avoir été orientés uniquement par un médecin. Enfin, malgré le *marketing* à travers les médias, seulement 2% des patients ont évoqué le rôle unique des médias dans leur recours aux AC (Figure 8).

Figure 8 :



III. 2. 2. 5. Information du médecin traitant

Pour cette partie, nous avons récolté les réponses du groupe utilisateurs d'AC. L'analyse de sous-groupe a donné le résultat suivant ; 66% ont déclaré avoir informé leur médecin traitant du recours (soit 43,7% rapporté à notre échantillon total). De plus, 42,5% en auraient discuté plus longuement avec lui (28,2% de l'échantillon total).

Par ailleurs, on a observé que les utilisatrices femmes informaient et discutaient davantage avec leur médecin traitant que les hommes, mais ces résultats ne se sont pas révélés statistiquement significatifs ($p=0,344$).

III. 2. 2. 6. Satisfaction de la médecine conventionnelle

La majorité des participants ont déclaré être satisfaits de la médecine conventionnelle en France (86% de l'échantillon). Le rôle de la satisfaction dans le recours aux AC n'a pas pu être analysé par un test statistique du fait de la taille trop petite d'un sous-groupe.

Tableau 6 : Tableau comparatif des utilisateurs d'AC et des non utilisateurs selon leur sexe, leur âge et leur satisfaction de la médecine conventionnelle.

	TOTAL (n=284)	AC (66.2%)	Non AC (33.8%)	P
Sexe				0.274
Hommes	40,8%	25,4%	15,5%	
Femmes	59,2%	40,8%	18,3%	
Age (ans)				< 0,05
15 - 35	12,7%	8,5%	4,2%	
36 - 55	46,5%	36,6%	9,9%	
56 - 75	31,0%	18,3%	12,7%	
76 et plus	9,9%	2,8%	7,0%	
Satisfaction MC*				n.a. †
Oui	85,9%	53,5%	32,4%	
Un peu	12,7%	11,3%	1,4%	
Non	1,4%	1,4%	0,0%	

*Médecine Conventionnelle

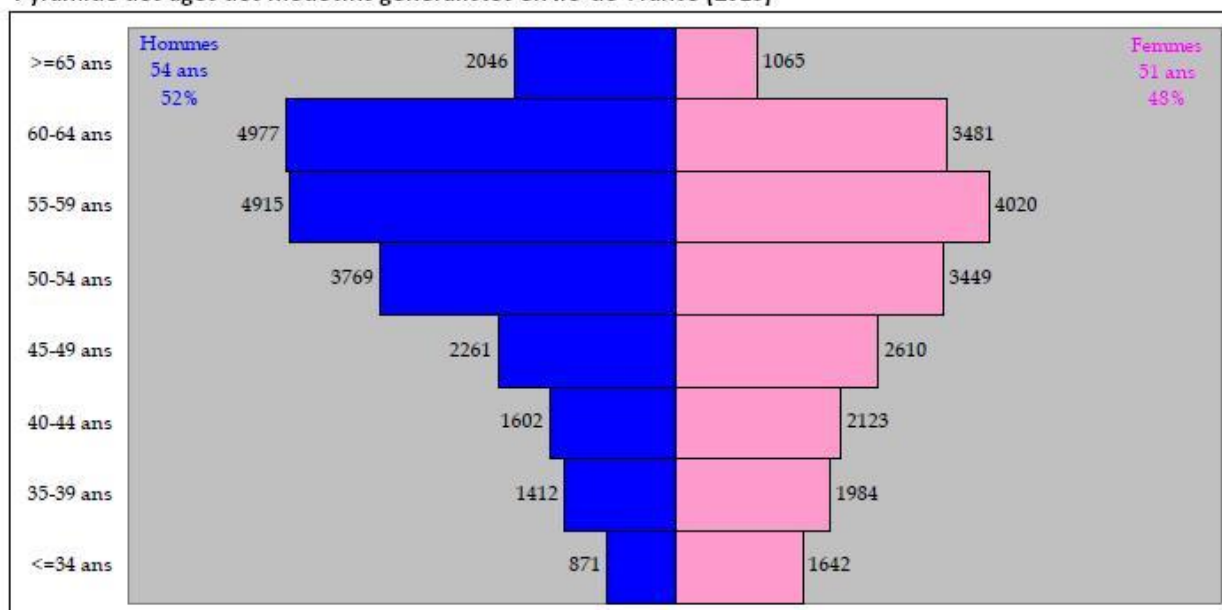
† non applicable

III. 2. 3. Résultats du questionnaire médecin

Caractéristiques et comparaison aux médecins généralistes de la région :

Les deux médecins interrogés étaient des hommes comme la majorité des médecins de Seine et Marne. Leur âge, compris entre 36 et 55 ans, ne fait pas partie de la tranche d'âge prédominante chez les médecins généralistes d'île de France en 2013 (55-64 ans) (Figure 9).

Pyramide des âges des médecins généralistes en Île-de-France (2013)



Médecins généralistes à l'échelle départementale

	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	>=60 ans
Essonne	53 ans	46%	10%	26%
Hauts-de-Seine	53 ans	52%	12%	25%
Seine-et-Marne	52 ans	40%	10%	24%
Seine-Saint-Denis	53 ans	44%	11%	26%
Val d'Oise	53 ans	44%	10%	24%
Val-de-Marne	52 ans	47%	14%	24%
Paris	54 ans	51%	11%	33%
Yvelines	53 ans	49%	11%	26%

Figure 9 : Graphique et tableau tirés de *La démographie médicale en région île-de-France. Situation en 2013*, sous la direction de J. F. Rault, CNOM (p. 15)

Recours aux AC pour le médecin :

Aucun des deux médecins interrogés n'a déclaré avoir déjà eu recours à une AC pour lui-même.

Communication et orientation des patients sur les AC :

Les deux médecins ont déclaré avoir déjà parlé des AC avec leurs patients, que ce soit à la demande du patient mais aussi à leur initiative.

Ils ont par ailleurs, tous deux déjà orienté un ou des patients vers une ou des AC. Les AC sont Homéopathie et Acupuncture.

Estimation du recours des patients :

Selon l'estimation des deux médecins, moins de 10% de leurs patients auraient recours à des AC.

IV. DISCUSSION

IV. 1. Analyse des résultats

Notre travail visait à déterminer la prévalence du recours aux AC en population générale. A partir des **12** études issues de notre revue de la littérature internationale, nous avons montré que la prévalence du recours aux AC durant l'année écoulée varie de **8 à 76%**. Depuis les Médecines traditionnelles jusqu'à l'Homéopathie en passant par des Thérapies du corps et de l'esprit, les AC rassemblent des pratiques diverses et variées. Notre revue de la littérature est constituée de 5 études d'échelle nationale dont 4 aux Etats-Unis et 1 en Suisse.

En France, la prévalence varie de 14 à 25% et les AC les plus populaires sont l'Ostéopathie et l'Homéopathie (30,31,33). Dans notre enquête, nous avons retrouvé des résultats similaires avec 77% d'adeptes des Thérapies manuelles et 55% de patients ayant déjà eu recours à l'Homéopathie, la Phytothérapie ou l'Aromathérapie. Cependant, la prévalence du recours aux AC qui atteint 66,2% dans notre échantillon, pourrait s'expliquer par l'absence de limitation dans le temps et rassemble des patients ayant eu une fois dans leur vie recours à une AC aux côtés de patients « utilisateurs courants ». Les résultats en Suisse sont comparables à ceux de la France, l'Ostéopathie et l'Homéopathie sont les plus populaires. D'autre part, aux Etats-Unis, la Chiropraxie, populaire avant les années 2000 (22) semble avoir laissé la place aux Thérapies « spirituelles » très souvent évoquées dans les études plus récentes (24,26).

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à définir un « profil type » des utilisateurs d'AC. Dans notre revue de la littérature, il s'agit surtout des femmes, ayant fait des études supérieures (22–24,26,30,32,33). Dans notre enquête, malgré la prédominance de femmes parmi les utilisateurs d'AC, le sexe féminin n'est pas statistiquement significatif. En revanche, avoir entre 36 et 55 ans ressort comme facteur prédictif statistiquement significatif du recours aux AC.

Enfin, nous nous sommes intéressée à la communication entre les patients et leur médecin traitant. Dans une étude états-unienne seuls 20% des patients ayant recours aux AC déclarent en informer leur médecin (22) ; cinq ans plus tard, toujours aux Etats-Unis, ce taux atteint 96% (26). En France, l'information du médecin est plus constante, de 48,8% en 2010 (30) à 53,8% en 2012 (33), elle atteint 66% dans notre enquête en 2013. Tout ceci, nous amène à croire que la communication entre patient et médecin traitant s'améliore malgré la différence de méthodologie entre les enquêtes.

IV. 1. 1. Définition des AC et prévalence du recours

Dans les articles sélectionnés, les auteurs s'attachent dès le début à définir les AC comme nous l'avons détaillé dans l'introduction de notre travail.

De plus, nous constatons que selon les auteurs, le domaine des AC est vaste, d'où les nombreuses classifications existantes. Les AC sont des pratiques et techniques délivrées par des soignants mais, pour certains auteurs, cela peut aussi relever de l'automédication avec la vente libre de produits dits « naturels » (24,25,27). Dans les études sélectionnées, il était difficile de savoir comment les patients comprenaient la question posée.

Ces différences viennent en grande partie de la différence culturelle entre les pays. Il serait difficile d'établir une définition « universelle » des AC.

Dans le questionnaire de notre enquête, il a fallu trouver une manière de présenter clairement les AC aux patients. Nous nous sommes basée sur les « représentations » françaises des AC, avec notamment l'image et l'information donnée dans les médias à ce sujet (6,9,5).

Quant à la variabilité constatée au sujet de la prévalence du recours aux AC, nos résultats sont concordants avec la littérature antérieure. Ernst, dans une revue systématique, publiée en 2000, qui a regroupé 12 études à travers 8 pays (Autriche, Etats-Unis, Royaume-Uni, Ecosse, Australie, Chine, Allemagne et Canada) de 1988 à 1998, la prévalence du recours aux AC variait de 9 à 65% (34). Harris et Rees en 2000 qui ont rassemblé 12 études (Australie, Canada, Finlande, Royaume-Uni, Israël et Etats-Unis), de 6 à 62%. Plus récemment, Harris et al. ont retrouvé une prévalence du recours aux AC de 9,8 à 76% à partir de 49 études de 15 pays (35,36). Enfin, Wardle et al, ont retrouvé une prévalence du recours aux AC variant de 40 à 70% (et de 9 à 63% si seules les consultations sont prises en compte) en synthétisant 8 études états-uniennes et australiennes qui s'intéressaient aux AC en population rurale (37).

IV. 1. 2. Popularité des AC

En France, on note une prédominance de l'Homéopathie et de l'Ostéopathie.

Aux Etats-Unis, la Chiropraxie qui était une des approches les plus populaires en 1996 (22), semble avoir laissé la place à la Phytothérapie, aux « Produits naturels » mais aussi aux « Techniques spirituelles ».

Les régimes alimentaires peuvent être considérés comme des AC, ainsi dans l'étude de Rafferty et al. (23), les auteurs évoquent une possible surestimation de la prévalence du

recours aux AC, les patients pouvant à tort inclure les régimes hypocholestérolémiant ou antidiabétique.

IV. 1. 3. Facteurs prédictifs

Dans l'analyse des facteurs prédictifs, le sexe féminin est celui qui apparaît statistiquement significatif dans toutes les études hormis pour Barnes et al (27) et Wade et al (26) qui s'intéressent exclusivement aux femmes. Les femmes voient plus souvent leur médecin traitant, posent plus de questions et passent plus de temps en consultation (15).

Le niveau d'études élevé ressort comme un facteur prédictif statistiquement significatif dans 7 études (22–24,26,30,32,33).

Thiriart (33) est le seul à démontrer un lien statistiquement significatif entre le fait de vivre en couple et le recours aux AC.

Enfin, « un moins bon état de santé » serait en rapport avec le recours aux AC dans 3 études (23,26,28).

D'après la littérature, on retiendra que les « utilisateurs d'AC » sont décrits comme des personnes « conscientes de leur santé », des « chercheurs de bien-être » ou encore des « personnes en bonne santé mais inquiets » (38).

IV. 1. 4. Communication avec le médecin traitant

Plus de la moitié des patients utilisateurs d'AC n'informent pas leur médecin traitant, 74% dans l'étude de Lim à Singapour et 59% dans la thèse de Ait M'Hammed en France.

Si on compare avec la littérature, d'après Busse et al. (39) en 2005, 41% des personnes prenant des produits naturels ne le mentionnent pas à leur médecin.

IV. 2. Forces et limites de notre travail

IV. 2. 1. Limites de la revue de littérature

Sur le plan de la recherche bibliographique, les termes de recherche employés sont des mots peu spécifiques ce qui explique les nombreuses références obtenues initialement (dont 350 références hors sujet) qu'il a fallu trier et exclure manuellement.

Nous nous sommes intéressée aux études publiées au cours des quinze dernières années (entre 1998 et 2013). Il nous a paru pertinent de ne pas étendre la recherche à une période plus lointaine, compte tenu du nombre d'articles suffisant pour cette période et de l'existence de revues systématiques s'intéressant aux études publiées dans les années 1990 (34–36).

Pour élargir notre réflexion au niveau international et avoir une vue d'ensemble mais aussi un plus grand nombre d'études, nous avons sélectionné des études de divers pays. Cependant, nous n'avons pas pris en compte les différences entre les systèmes de santé des pays.

Face à la grande hétérogénéité des AC, la définition des AC présente aussi quelques différences selon les études sélectionnées.

Concernant la méthodologie des études sélectionnées, nous n'avons pas suivi de protocole pour évaluer la qualité méthodologique. En 2012, Harris, qui a publié plusieurs travaux sur ce sujet, propose des critères afin d'évaluer la qualité méthodologique des études (36).

Harris considère une étude de bonne qualité si elle comporte au moins quatre des six critères suivants :

- Critères relatifs au schéma d'étude :
 - 1/ Méthode de mesure et questionnaire détaillés
 - 2/ Etude pilote rapportée
 - 3/ Taille de l'échantillon ≥ 1000 et/ou calcul du NSN reporté
- Critères relatifs au recueil des données :
 - 4/ Taux de réponse $\geq 60\%$
- Critères relatifs à l'analyse des données :
 - 5/ Données ajustées aux caractéristiques de la population
- Critères relatifs aux résultats :
 - 6/ Intervalle de confiance à 95%

Si on applique la méthode de Harris, certains critères ne sont pas retrouvés dans les études sélectionnées. Il s'agit de la taille des échantillons (25,26,28,30,31,33) et de l'intervalle de confiance à 95% (25,26,30,31).

Par ailleurs, le mode de recueil des données détaillé dans les études n'était pas le même pour toutes. Pour certaines, il s'agissait de questionnaires conduits au moyen d'enquêtes téléphoniques, d'entretien individuel ou des deux combinés ou d'auto-questionnaires. Cela contribue aussi à l'obtention de résultats différents. Toutefois, les études remplissent au moins 4 critères et sont donc de bonne qualité méthodologique.

IV. 2. 2. Limites de l'enquête

Rappelons que la définition d'AC a été difficile à appréhender, et nous nous sommes basée sur notre revue de la littérature mais aussi sur la représentation des AC donnée dans les médias français. Nous avons ainsi sélectionné des pratiques que nous avons regroupé en cinq domaines afin de faciliter la passation du questionnaire aux patients et l'analyse des données.

Dans notre enquête, nous avons choisi de ne pas limiter la période du recours aux AC à l'année précédente. Il s'agit du recours sur la vie entière. Par conséquent, dans les 66% nous avons des patients ayant voulu expérimenter une technique une fois dans leur vie sans pour autant y adhérer par la suite. Nous pouvons considérer que si un patient a déjà eu recours une fois dans sa vie à une AC, c'est qu'il a probablement jugé cela « utile ».

Nous pouvons évidemment discuter ici la petite taille de l'échantillon, 355 patients, et le fait que notre enquête a été réalisée dans un seul cabinet de Médecine générale ce qui n'est pas représentatif de la population française.

En revanche, nous avons obtenu un taux de réponse élevé ce qui est un point positif.

Le fait que les médecins ayant participé à cette étude soient tous deux des hommes créé également un biais potentiel. Il aurait été intéressant d'inclure des médecins femmes et d'analyser la communication en fonction du sexe du médecin. Par ailleurs, du côté des patients, les résultats selon le sexe se sont révélés statistiquement non significatifs : être une femme ne serait pas prédictif du recours aux AC ($p > 0,05$).

Parallèlement au sujet de l'utilisation des AC en population générale, ces résultats rappellent que les utilisateurs d'AC sont aussi des patients de médecine générale.

IV. 2. 3. Forces de notre travail

En plus de l'originalité de notre sujet, il s'agit aussi d'un sujet auquel le médecin généraliste est confronté dans sa pratique quotidienne.

En introduction, nous proposons une réflexion sur la terminologie et la classification de ces pratiques. Ensuite, notre travail propose une synthèse et une mise à jour des données sur la prévalence de l'utilisation des AC par la population générale.

Devant l'importance de la pathologie fonctionnelle, des maladies chroniques en Médecine générale, il y a un rapport étroit entre les AC et le domaine de la Médecine générale. Les AC pourraient être de nouveaux outils pour le médecin et le patient.

Contrairement à d'autres travaux (40,41), il ne s'agit pas de proposer une intégration des AC au sein de la Médecine générale mais de connaître les comportements des patients concernant leur santé.

IV. 3. Confrontation de notre analyse à la pratique clinique

Nos résultats soulignent l'engouement de la population mais aussi des patients de Médecine générale pour les AC. Cependant, la satisfaction envers la médecine conventionnelle reste forte (86% de patients satisfaits dans notre enquête). Les patients se tourneraient vers ses pratiques non pas au détriment de la médecine conventionnelle mais plus à titre complémentaire. D'autre part, on observe que les médecins sous-estiment le taux de recours aux AC de leurs patients ce qui traduit un décalage entre le corps médical et les patients.

Au-delà de tout débat polémique, le médecin généraliste doit avoir conscience de l'existence des AC dans le parcours de santé de certains patients. A l'avenir, afin de préserver la relation de confiance médecin patient, mais aussi pour éviter les dérives concernant la santé, il faudrait que le médecin se renseigne davantage sur le parcours du patient.

IV. 3. 1. Interprétation du recours aux AC

Le recours aux AC peut être perçu comme une forme de démedicalisation. Face à la medicalisation grandissante de la société, certains patients choisissent de prendre le contre-pied. Ils recherchent des approches thérapeutiques plus « naturelles » ou plus « douces ».

On peut s'interroger sur le fait que des patients ayant recours aux AC, souvent avec un niveau d'études élevé, exercent leur esprit critique envers la médecine conventionnelle mais acceptent plus facilement des pratiques parfois non démontrées.

Les AC semblent offrir au patient d'autres modèles explicatifs et un apaisement ou une réassurance. Dans ce cas, il est donc intéressant de ne pas opposer ces pratiques et de les prendre en compte dans l'itinéraire thérapeutique du patient (40,41).

Quant aux approches relevant du domaine sectaire (42), le rôle du médecin généraliste est différent, cela consisterait à prévenir et protéger le patient.

IV. 3. 2. Favoriser la communication

Il est important de favoriser la communication puisque les consommateurs semblent réticents à discuter des AC avec les professionnels de la médecine conventionnelle (43). Et, d'après White (15), les patients ayant recours aux AC sont des patients de soins primaires de la médecine conventionnelle.

Malgré la formation des médecins, très marquée par le modèle biomédical, le généraliste est souvent amené à alterner entre approche « holistique » et « biomédicale ».

Quelles que soient les techniques, on retrouve l'importance de la relation entre le soignant et le soigné. D'après Maurin (44) « Ce fait de société doit pousser à nous interroger sur notre pratique médicale. Cette rencontre guérisseur - malade semble souvent signer un échec relationnel et technique du médecin vis-à-vis de malades qui, soit parce qu'ils souffrent de troubles purement fonctionnels, soit parce qu'ils sont incurables, mettent en défaut le savoir médical ».

La médecine intervient à différents niveaux de la santé ; le diagnostic, le soin et la prévention. Au contraire, le niveau d'action des AC dans le domaine de la santé reste mal défini. De nos jours, comme le médecin s'attache à évaluer le rapport bénéfice risque d'un traitement, il s'agit d'évaluer l'intérêt de telle ou telle pratique pour son patient. Cependant, nous disposons de peu de données concernant l'efficacité des AC (45,46). Enfin, il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir des dérives dans le domaine de la santé (42) où nous pouvons y retrouver des AC.

Enfin, Dilhuydy (47) cite les travaux de Holland repris par Doan, des règles simples seraient utiles aux médecins afin d'améliorer la relation médecin-patient :

- Être bien informé sur les AC actuelles
- Analyser les raisons du patient pour ce type de «traitement»
- Donner des informations précises aux patients et à l'entourage proche
- Être capable de susciter des questions à ce sujet
- Discuter des aspects positifs et négatifs des AC
- Ne pas porter de jugement de valeur sur le choix du patient
- Discuter des risques liés aux effets secondaires possibles et des bénéfices escomptés
- Assurer un suivi régulier de cette problématique au décours de l'évolution de la maladie dans la mesure où le patient peut modifier ses choix et ses comportements.

IV. 3. 3. Autres données à prendre en compte dans le recours aux AC

On pourra s'interroger sur le rôle du médecin généraliste dans l'écoute du patient au sujet des AC. Le patient peut s'attendre à une simple écoute ou à des informations précises au sujet des AC (modalités, indications ou contre-indications, effets attendus).

D'autres pistes sont à explorer, notamment l'aspect économique. Que ce soit à l'échelle de l'individu, ou de la société, étudier le coût des AC serait intéressant.

D'ailleurs, les systèmes de santé étant différents, le développement des AC n'est pas le même selon les pays. De plus, contrairement à la médecine, les AC font couramment usage de la promotion commerciale (ou *marketing*).

Par ailleurs, la plupart des AC sont dans la quête du « bien-être » plus que de la « bonne santé ». Dans notre société, la frontière entre « bien-être » et « bonne santé » est difficile à donner et cela est conforté dans la définition de la santé par l'OMS**.

**« santé » = état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

V. CONCLUSION

En définitive 12 études ont été sélectionnées pour analyse. Notre revue de la littérature donne un aperçu de la prévalence du recours aux approches complémentaires dans la population générale de six pays (8 à 76%). De plus, notre enquête confirme l'intérêt grandissant des patients vis-à-vis des approches complémentaires (66,2%), sans que cela se fasse au détriment de la médecine conventionnelle.

A l'issue de ce travail, il apparaît encore plus clairement que les approches complémentaires occupent une place non négligeable dans les pays occidentaux. Cependant, nous observons une grande variabilité selon les études et les pays, ce qui confirme la difficulté d'étudier et de surveiller l'utilisation des approches complémentaires de nos jours.

Au-delà de tout débat polémique, chaque médecin peut être amené à soigner des patients ayant recours aux approches complémentaires. Il s'agit ici, de sensibiliser les médecins généralistes.

La consultation de Médecine générale est l'occasion d'appréhender le patient dans son ensemble. En posant une fois la question : « Avez-vous déjà eu recours à d'autres types de soins ? », le médecin généraliste pourrait mieux comprendre le parcours du patient, ses plaintes mais aussi ses attentes. A l'inverse, « ne pas voir », « ne pas s'y intéresser » et « ne pas prendre en compte » serait accepter que les approches complémentaires restent parallèles aux soins primaires avec le risque d'engendrer des interactions néfastes dans la prise en charge du patient.

BIBLIOGRAPHIE/REFERENCES

1. **Ernst E, Marbouty J-M.** Médecines alternatives : le guide critique. Edition 2005 Paris: Elsevier; 504 p.
2. **Bouquier J-J.** Evolution du métier de médecin. 2001 juin p. 15–20
3. **Fagon J-Y, Viens-Bitker C.** Médecines complémentaires à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. Paris: AP-HP / Comité d'orientation Médecines complémentaires; 2012 mai p. 119
4. **BONTOUX D, COUTURIER D, MENKÈS C-J.** THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. Académie Natl Médecine 05 Mars 2013 [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 18]; Available from: http://www.blog-acupuncture.com/Base_connaissances/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf
5. **Vidard M.** La médecine chinoise dans les hôpitaux français [Internet]. La tête au carré. France inter; 2013. Available from: <http://www.franceinter.fr/emission-la-tete-au-carre-la-medecine-chinoise-dans-les-hopitaux-francais>
6. Médecines d'ailleurs | ARTE [Internet]. [cited 2014 Mar 25]. Available from: <http://www.arte.tv/guide/fr/048081-002/medecines-d-ailleurs>
7. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cited 2014 Mar 13]. Available from: <http://www.strategie.gouv.fr/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note>
8. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pratiques de soins non conventionnelles - Introduction. www.sante.gouv.fr. 2011
9. **Gauthier U, Campagnolle A.** Dossier : Médecines douces, ce qui marche vraiment. 2013 du au 21 août;Le Nouvel Observateur(2545):52–63
10. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. [cited 2014 Apr 9]. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>
11. **Kahn M-F.** Médecines “douces” Patamédecine. La Revue Prescrire. Tome 5 N°45. 1985 mai;42–3
12. **Barrett S.** Quackwatch [Internet]. Your Guide to Quackery, Health Fraud, and Intelligent Decisions. Available from: <http://www.quackwatch.com>
13. **Barrett S, Weisnagel J, Tessier G-A, Lesage R.** Quackwatch en Français [Internet]. Votre guide sur la fraude et le charlatanisme dans le domaine de la santé, et décisions intelligentes. Available from: <http://www.johnweisnagelmd.com/quackwatchfrancais.html>
14. **Kayne SB.** Introduction to the complementary concept of healthcare.

15. **White P.** What can general practice learn from complementary medicine? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2000;50(459):821–3
16. **Adamo B.** Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris-Nord; 2012
17. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004
18. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris: La Documentation française; 2008
19. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances [Internet]. Ordre National des Médecins, 2014. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/titres.pdf>
20. **Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG.** Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ* [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 13];339. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714657/>
21. **Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al.** The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med.* 2009 Jul 21;6(7):e1000100
22. **Druss BG, Rosenheck RA.** Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA J Am Med Assoc.* 1999 Aug 18;282(7):651–6
23. **Rafferty AP, McGee HB, Miller CE, Reyes M.** Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Am J Public Health.* 2002 Oct;92(10):1598–600
24. **Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL.** Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data.* 2004 May 27;(343):1–19
25. **Lim MK, Sadarangani P, Chan HL, Heng JY.** Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. *Complement Ther Med.* 2005 Mar;13(1):16–24
26. **Wade C, Chao M, Kronenberg F, Cushman L, Kalmuss D.** Medical Pluralism among American Women: Results of a National Survey. *J Womens Health.* 2008 Jun;17(5):829–40
27. **Barnes PM, Bloom B, Nahin RL.** Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Rep.* 2008 Dec 10;(12):1–23
28. **Hori S, Mihaylov I, Vasconcelos JC, McCoubrie M.** Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complement Altern Med.* 2008;8:14
29. **Ben-Arye E, Karkabi S, Shapira C, Schiff E, Lavie O, Keshet Y.** Complementary medicine in the primary care setting: Results of a survey of gender and cultural patterns in Israel. *Gend Med.* 2009 Jul;6(2):384–97
30. **Mayer-Lévy C.** Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris [Internet] [Thèse de Médecine générale].

Université Paris Descartes; 2010. Available from: <http://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Mayer2010.pdf>

31. **Ait M’Hammed M.** Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l’Oise [Internet] [Thèse de Médecine générale]. Université de Picardie Jules Verne; 2012. Available from: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20DE%20MEDECINE%20GENE%20RALE%20EVALUATION%20DES%20MCA%20PAR%20AIT%20M%20HAMMED%20MOLOUD%20-%20Copie.pdf>
32. **Klein S, Frei-Erb M, Wolf U.** Usage of complementary medicine across Switzerland. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2012 Aug 15 [cited 2014 Mar 13]; Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2012.13666>
33. **Thiriart F.** Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain [Internet] [Thèse de Médecine générale]. Université de Lorraine; 2012. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_THIRIART_FRANCK.pdf
34. **Ernst E.** Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2000;78(2):252–7
35. **Harris P, Rees R.** The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complement Ther Med.* 2000 Jun;8(2):88–96
36. **Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ.** Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract.* 2012;66(10):924–39
37. **Wardle J, Lui C-W, Adams J.** Complementary and Alternative Medicine in Rural Communities: Current Research and Future Directions: CAM in Rural Communities. *J Rural Health.* 2012 Jan;28(1):101–12
38. **Astin JA.** Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA J Am Med Assoc.* 1998 May 20;279(19):1548–53
39. **Busse JW, Heaton G, Wu P, Wilson KR, Mills EJ.** Disclosure of natural product use to primary care physicians: a cross-sectional survey of naturopathic clinic attendees. *Mayo Clin Proc.* 2005 May;80(5):616–23
40. **Park J.** Le recours aux soins de santé non traditionnels [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 21]. Available from: <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-003-X20040027789&lang=fra>
41. **Pélissier-Simard L, Xhignesse M.** Qu’est-ce que la médecine intégrative. *Médecin Qué.* 2008 Jan;43(1):21–30.
42. **Le Borgne C.** Sectes : gare aux gourous guérisseurs [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 28]. Available from: <http://www.egora.fr/sante-societe/faits-divers/135001-sectes-gare-aux-gourous-gu%C3%A9risseurs>
43. **Gouvernement du Canada SC.** ARCHIVÉE - Bulletins de recherche sur les politiques de santé, numéro 7, novembre 2003 [Santé Canada, 2003] [Internet]. 2004 [cited 2014 May

23]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2003-7-complement/index-fra.php#page9>

44. **Maurin S.** Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ? Thèse de Médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1; 2006. Available from: http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_MAUROIN_2007_1217325584217.pdf
45. **Graz B, Rodondi P-Y, Bonvin E.** Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires?
46. **Rodondi P-Y, Graz B, Bonvin E.** Should we collaborate with alternative medicines?. *Rev Médicale Suisse*. 2012 Jan 25;8(325):224–5.
47. **Dilhuydy J-M.** Patients' attraction to complementary and alternative medicine (CAM): a reality which physicians can neither ignore nor deny. *Bull Cancer (Paris)*. 2003 Jul;90(7):623–8
48. INSEE Résultats du recensement 2013 www.insee.fr

ANNEXES

Annexe 1 : Liste MeSH des Thérapies complémentaires

- **Complementary Therapies**
- [Acupuncture Therapy](#)
- [Acupuncture Analgesia](#)
- [Acupuncture, Ear](#)
- [Electroacupuncture](#)
- [Meridians +](#)
- [Moxibustion](#)
- [Anthroposophy](#)
- [Auriculotherapy](#)
- [Acupuncture, Ear](#)
- [Diffuse Noxious Inhibitory Control](#)
- [Holistic Health](#)
- [Homeopathy](#)
- [Horticultural Therapy](#)
- [Medicine, Traditional](#)
- [Medicine, African Traditional](#)
- [Medicine, Arabic +](#)
- [Medicine, Ayurvedic](#)
- [Medicine, East Asian Traditional +](#)
- [Shamanism](#)
- [Mesotherapy](#)
- [Mind-Body Therapies](#)
- [Aromatherapy](#)
- [Biofeedback, Psychology +](#)
- [Breathing Exercises](#)
- [Hypnosis +](#)
- [Imagery \(Psychotherapy\)](#)
- [Laughter Therapy](#)
- [Meditation](#)
- [Mental Healing](#)
- [Psychodrama +](#)
- [Psychophysiology](#)
- [Relaxation Therapy](#)
- [Tai Ji](#)
- [Therapeutic Touch](#)
- [Yoga](#)
- [Musculoskeletal Manipulations](#)
- [Acupressure](#)
- [Kinesiology, Applied](#)
- [Manipulation, Chiropractic](#)

- Manipulation, Osteopathic
- Massage
- Naturopathy
- Organotherapy
- Tissue Therapy
- Phytotherapy
- Aromatherapy
- Eclecticism, Historical
- Reflexotherapy
- Rejuvenation
- Sensory Art Therapies
 - Acoustic Stimulation
 - Aromatherapy
 - Art Therapy
 - Color Therapy
 - Dance Therapy
 - Music Therapy
 - Play Therapy
- Speleotherapy
- Spiritual Therapies
 - Faith Healing
 - Homeopathy
 - Magic
 - Medicine, African Traditional
 - Meditation
 - Mental Healing
 - Occultism
 - Radiesthesia
 - Shamanism
 - Therapeutic Touch
 - Witchcraft
 - Yoga

Annexe 2 : Lettre de présentation jointe au questionnaire patient

Anna ROUDIER
2013
Interne de médecine générale, TCEM 3
Université Pierre et Marie Curie, Paris VI

Paris, le 27 septembre

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, vous trouverez un questionnaire à remplir.

Votre médecin a accepté de participer à mon étude. Bien entendu, le dépouillement et l'analyse des résultats seront effectués en dehors du cabinet uniquement par moi-même après recueil de l'ensemble des feuilles. Ainsi, **les questionnaires resteront anonymes.**

L'étude se déroule sur une semaine dans une dizaine de cabinets de médecine générale d'Essonne et de Seine et Marne.

Il s'agit d'un questionnaire simple et rapide grâce auquel je souhaite étudier **l'utilisation ou la non utilisation des soins non conventionnels** (ou *médecines alternatives*).

En parallèle de la médecine conventionnelle (*c'est à dire la médecine basée sur les preuves, reconnue par les autorités de santé*), il existe de nombreuses pratiques et techniques de soins. Depuis quelques années, en France, on observe un développement croissant de certains soins non conventionnels que ce soit à l'hôpital ou en en libéral.

Pour simplifier, on entend par soins non conventionnels :

- **Thérapies fondées sur les produits naturels** : Homéopathie, Phytothérapie, Aromathérapie
- **Médecines traditionnelles** : chinoise (acupuncture par exemple), Ayurveda
- **Thérapies manuelles** : Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie
- **Thérapies du corps et de l'esprit** : Hypnose, Méditation, Biofeedback, Reiki
- **Autres** : Iridologie, Kinésiologie, Naturopathie, médecine anthroposophique, Magnétiseur...

Je vous remercie par avance de m'accorder un peu de votre temps.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Terminologie selon Barrett.....	14
Tableau 2 : Résultats de la recherche « Médecine générale ».....	20
Tableau 3 : Termes de recherche.....	22
Figure 1 : Schéma de la sélection des articles.....	25
Tableau 4 : Description des études.....	35
Tableau 5 : Résultats des études.....	36
Figure 2 : Prévalence du recours aux AC selon les études.....	40
Figure 3 : Comparaison à la population du département selon le sexe.....	42
Figure 4 : Comparaison à la population du département selon les tranches d'âge.....	42
Figure 5 : Recours aux AC.....	43
Figure 6 : Popularité des AC.....	43
Figure 7 : Popularité des AC selon le sexe.....	44
Figure 8 : Mode de recours.....	44
Tableau 6 : Comparaison entre les utilisateurs et les non utilisateurs d'AC.....	45
Figure 9 : Démographie médicale en île de France.....	46

RESUME

Contexte et objectifs : Les approches complémentaires liées à la santé sont difficiles à définir et à surveiller. Face à leur développement et l'engouement du public, notre travail a pour objectif d'évaluer la prévalence du recours aux approches complémentaires en population générale.

Méthodes : Nous avons mené une revue de la littérature à partir de trois bases de données complétée par une revue manuelle couvrant la période de 1998 à 2013. La sélection des articles a été faite sur les titres et résumés puis sur l'analyse du contenu. Notre critère de jugement principal était la prévalence du recours aux approches complémentaires sur les douze derniers mois.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une enquête dans un cabinet de médecine générale de Seine et Marne.

Résultats : Nous avons retenu douze articles de six pays différents. La prévalence du recours aux approches complémentaires sur les douze derniers mois variait de 8 à 76%. L'homéopathie et les thérapies manuelles étaient les plus populaires. Etre une femme et avoir fait des études supérieures sont apparus comme des facteurs prédictifs significatifs. Seuls 20 à 59% des utilisateurs ont informé leur médecin traitant de ce recours.

Dans notre enquête, 66% des patients ont déclaré avoir eu recours à une approche complémentaire dans leur vie tandis que les médecins ont estimé que cela concernait moins de 10% de leurs patients.

Conclusion :

Une large proportion de la population des pays économiquement développés a recours aux approches complémentaires. Ainsi, dans le cadre de la relation médecin patient, le médecin généraliste devrait tenir compte de ces résultats et favoriser la communication au sujet des approches complémentaires.

TITRE :

Recours aux approches complémentaires en médecine : Revue de littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale

MOTS-CLES :

Médecine générale, Médecines parallèles, Relation médecin patient

SUMMARY

Background and objectives :

Complementary therapies related to health are difficult to define and monitor. Given the growing development and public enthusiasm, the objective of our study is to assess the prevalence of use of complementary therapies among the population.

Methods :

We conducted a systematic literature review using three databases and references lists from key articles were hand-searched covering the period from 1998 to 2013. Selection was made on the titles and abstracts then on the analysis of specific content. Primary outcome was the prevalence of use of complementary therapies over the last twelve months.

Afterwards, we conducted a survey at a general practice's office based in Seine et Marne.

Results :

We selected twelve studies across six countries. The twelve-month prevalence of complementary therapies' use varied from 8% to 76%. Homeopathy and manual therapies were the most popular. Being a woman and having a higher education were key significant criteria. Only 20 to 59% of users informed their physician about their use of complementary therapies.

In our survey, 66% of patients reported having used a complementary therapy in their lives while physicians felt that this involved less than 10% of their patients.

Conclusion :

Complementary therapies are used by a wide range of the population from developed countries. Thus, the general practitioners should take into account these results and better communicate on complementary therapies.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*