HAL
open science

Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural

Franck Thiriat

To cite this version:

Franck Thiriat. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01733071

HAL Id: hal-01733071

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733071v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2012 N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Franck THIRIAT

Le 9 octobre 2012

LE RECOURS AUX MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET ALTERNATIVES EN MILIEU RURAL LORRAIN

Examinateurs de la thèse :

PRESIDENT	M. François PAILLE	Professeur
MEMBRES DU JURY	M. Serge BRIANCON	Professeur
	M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur
	Mme Aline HURTAUD (directeur)	Docteur en Médecine
MEMBRE INVITE	Père Joseph-Marie VERLINDE	Docteur en Philosophie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
Assesseurs Relations Internationales	**Professeur Jacques HUBERT**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER
2ème sous-section : *(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER
40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A notre Président de thèse :

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique (Option clinique).

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

Nous tenons à le remercier pour la valeur de son enseignement et pour son accueil au cours de l'élaboration de ce travail.

Pour son intérêt porté à notre sujet.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention.

Nous le remercions pour la confiance qu'il nous a témoigné en acceptant de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne.

Nous le remercions pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à notre travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre Directrice de thèse :

Madame le Docteur Aline HURTAUD

Docteur en Médecine, Chef clinique des Universités, Département de Médecine Générale de Nancy.

Pour son intérêt porté à notre sujet et ses encouragements dès les prémices de notre travail.

Pour toute l'expérience, les conseils et l'aide apportés,

Son soutien, sa disponibilité et sa compréhension constante.

Que toutes ses qualités soient honorées par ce travail.

A notre Membre Invité :

Père Joseph-Marie VERLINDE

Docteur en Chimie nucléaire (ancien chercheur au CNRS), Docteur en Philosophie (ancien Professeur de philosophie) et Docteur en Théologie.

Pour ses encouragements portés dès les débuts de notre rencontre.

Pour l'intérêt porté à notre sujet, le partage riche de son expérience et sa disponibilité.

Pour nous avoir initié à la philosophie.

Qu'il soit assuré de notre profond respect et sincère reconnaissance.

A mes parents,
A toi maman qui m'aime plus qu'on ne peut aimer ! Sans toi, je n'y serais jamais arrivé.

A mes sœurs, Stéphanie et Emilie,
Vous m'avez toujours chouchouté et nous avons tout partagé. Pour votre générosité de cœur, merci. Je ne vous dis pas au revoir tant je me sens prêt de vous.
A toi Adam ! Ne t'inquiète pas, tonton sera toujours là pour continuer nos discussions qui te tiennent tant à cœur.

A mes « chattons », Camille, Marine, Nora et Lucile
Un grand merci pour tous les agréables moments passés à vos côtés au fil de ces années, enfin on y est arrivé ! Que cette amitié perdure malgré les distances. Camille, tu fus sans surprise de connaître mon choix de vie, c'est la marque d'une profonde amitié. Pour tes encouragements, merci !

A Nono,
Tu m'as accompagné et conseillé. Tu as supporté mon sale caractère. Pour cette amitié qui m'est chère, je te remercie. Puisse-t-elle encore durée longtemps !

A tous les membres de l'équipe des Urgences de Bar-le-Duc,
Merci pour toutes ces nuits blanches cumulées ensemble !! Pour votre gentillesse, votre soutien constant, vos sourires qui toujours m'ont porté dans le travail. A vos côtés, je ne me suis jamais senti seul .

A Adrien, Philou et Laurent,
Pour votre aide précieuse en informatique. Je sais, je ne suis pas très doué… mais j'ai fini par prendre la main sur Word !

A tous les moines et moniales de la Famille de Saint Joseph,
Merci pour toutes vos prières. Il peut être difficile de prendre le large, mais quel bonheur quand on sait qu'on a trouvé sa voie ! A très bientôt…

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou de la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

PRIERE MEDICALE

« Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'Art [médical] et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout : car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Eloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant. »

MAÏMONIDE (1135-1204)

Médecin, juriste, philosophe, penseur juif médiéval de Cordoue.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX 16
TABLE DES FIGURES 17
ABREVIATIONS 18
INTRODUCTION 19
MATERIEL ET METHODE 20
1. Type d'étude 20
2. Population étudiée et déroulement de l'enquête 20
2.1. Population rurale de Lorraine : définition utilisée 20
2.2. Nombre de sujets nécessaires pour estimer la prévalence 20
2.3. Méthode d'échantillonnage 21
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion 21
2.5. Durée et modalités de la collecte des données 22
3. Conception du questionnaire et données recueillies 22
3.1. Stratégie de la recherche documentaire 22
3.2. Le questionnaire 23
3.2.1. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives 23
3.2.2. Non-recours aux MCA 23
3.2.3. Médecin traitant 24
3.2.4. Données socioprofessionnelles 24
4. Traitement des données et analyse statistique 24
RESULTATS 25
1. Généralités 25
1.1. Sur les cantons randomisés 25
1.2. Sur le mode de recueil des questionnaires 25
2. Analyse descriptive 26
2.1. Caractéristiques de l'échantillon 26
2.2. Représentativité de l'échantillon par rapport à la population lorraine 27
2.3. Résultat principal : prévalence 29
2.4. Caractéristiques du recours aux MCA 29
2.4.1. Fréquence du recours aux MCA 29
2.4.2. Quelles MCA les patients choisissent-ils ? 29
2.4.3. Mode d'orientation vers une MCA 31
2.4.4. Choix du thérapeute en MCA 31
2.4.5. Pathologies menant à recourir aux MCA 31
2.4.6. Motivations du recours aux MCA 32
2.4.7. Satisfaction quant au recours aux MCA 33
2.5. Les non-utilisateurs : motifs de non-recours aux MCA 33
2.6. Rapport avec la médecine conventionnelle 34
2.6.1. Recours à la médecine générale et accessibilité 34
2.6.2. Echanges sur les MCA avec le médecin traitant 34
3. Analyse bivariée 36

3.1. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et médicales des utilisateurs de MCA à celles des non-utilisateurs de MCA 36
3.1.1. Influence des données sociodémographiques sur le recours aux MCA 36
3.1.2. Influence des données médicales sur le recours aux MCA 37
3.2. Comparaison de la relation avec le médecin traitant suivant le type de recours aux MCA 37
4. Analyse multivariée 38
DISCUSSION 41
1. Critique de l'étude 41
1.1. Sur les modalités de l'enquête 41
1.2. Sur l'échantillon et sa représentativité 41
1.3. Sur les cantons randomisés et leur représentativité du « milieu rural lorrain » 43
2. Analyse des résultats 43
2.1. Prévalence 43
2.2. Quelles médecines complémentaires et alternatives ? 44
2.3. Orientation vers une MCA : par quel intermédiaire ? 46
2.4. Utilisateurs de MCA : un profil particulier ? 46
2.5. Motivations et raisons du recours aux MCA 47
2.6. Satisfaction des MCA : que recherchent les malades vis-à-vis des prescripteurs ? 49
2.7. Choix de ne pas recourir aux MCA 50
2.8. MCA et médecine conventionnelle : quelles places dans le parcours de soins ? 50
2.9. Rapport avec la médecine conventionnelle 51
2.9.1. Médecine générale en milieu rural : état des lieux 51
2.9.2. Place du médecin traitant dans le recours aux MCA 52
2.9.3. Communication médecin-patient sur les MCA 53
2.10. Médecin généraliste : quelle attitude adopter ? 54
CONCLUSION 55
BIBLIOGRAPHIE 56
ANNEXES 60
Annexe 1 : Questionnaire anonyme 60
Annexe 2 : Aires urbaines de Lorraine et cantons tirés au sort 63
Annexe 3 : Analyses bivariées – « Utilisateurs »de MCA vs « Non-utilisateurs » de MCA 65
Annexe 4 : Analyses bivariées – « Utilisateurs courants » de MCA vs « Utilisateurs anciens/occasionnels » de MCA 68
Annexe 5 : Analyses bivariées – Recours aux MCA suivant le sexe et la tranche d'âge 71
RESUME 82

TABLE DES TABLEAUX

Tab. I : Distribution de la population rurale lorraine par département et proportion de cantons tirés au sort 21

Tab. II : Influence du mode de recueil sur le recours ou le non-recours aux MCA 25

Tab. III : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 26

Tab. IV : Représentativité de l'échantillon 27

Tab. V : Types de MCA consultées 30

Tab. VI : Fréquence du recours aux MCA 30

Tab. VII : Satisfaction globale quant au recours aux MCA 33

Tab. VIII : Recours à la médecine générale dans notre échantillon : données générales 34

Tab. IX : Recours aux MCA selon l'accessibilité au médecin traitant 37

Tab. X : Relation avec le médecin traitant suivant le type de recours aux MCA 38

Tab. XI : Facteurs associés à la probabilité de recours aux MCA 39

TABLE DES FIGURES

Fig. 1 : Participation de la population à l'étude 25

Fig.2 : Pyramide des âges de l'échantillon 27

Fig. 3 : Prévalence du recours aux MCA en milieu rural lorrain 29

Fig. 4 : Types de MCA consultées par notre échantillon 29

Fig. 5 : Mode d'orientation vers une consultation de MCA 31

Fig. 6 : Choix de recourir à un médecin exerçant une MCA 31

Fig. 7 : Types de pathologies pour lesquelles les personnes ont consulté en MCA 32

Fig. 8 : Motivations du recours aux MCA 32

Fig. 9 : Motifs de non-recours aux MCA 33

Fig. 10 : Utilité de parler de MCA avec son médecin traitant 35

Fig. 11 : Echange avec le médecin traitant sur les MCA suivant le type de recours 35

ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
AME	Aide médicale d'état
BEP	Brevet d'enseignement professionnel
BEPC	Brevet d'études du premier cycle
BIUM	Bibliothèque interuniversitaire de santé
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CISMeF	Catalogue et index des sites médicaux francophones
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
Miviludes	Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires
MCA	Médecine complémentaire et alternative
NCCAM	*National center for complementary and alternative medicine*
NSN	Nombre de sujets nécessaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
SUDOC	Système universitaire de documentation

INTRODUCTION

« La pluralité actuelle des médecines exercées dans le champ social dépare à peine de celle des époques précédentes.»
LE BRETON, 2001 [1]

Hippocrate et la médecine religieuse des temples d'Esculape, théorie des quatre humeurs et mécanisme de Descartes, controverse entre organicisme et vitalisme du XIXème siècle : l'histoire des idées médicales est empreinte de nombreux débats. Et s'il est un sujet actuel qui déclenche souvent un débat passionné, voire passionnel, c'est bien celui des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA, CAM en anglais).

L'OMS [2] pose ouvertement la question de leur existence et de leur intégration dans les systèmes de soins nationaux dans son rapport *Stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005.* La liste est longue pour désigner ces thérapeutiques qui sont parfois bien éloignées de la pratique médicale officielle, remettant en cause le paradigme scientifique actuel. Elles ont été définies par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) comme « *étant un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle* » [3]. Malgré ou grâce à ce contexte passionnel, le recours aux MCA connait ces dernières décennies un essor important dans les pays économiquement développés. Les MCA prennent de plus en plus de place dans notre société, et surtout auprès de nos patients.

Si nos voisins occidentaux ont déjà publié nombre d'articles sur le sujet, en France, les pionniers dans ce domaine sont issus de la cancérologie. Le Plan Cancer 2003-2007 [4], qui plaçait le malade au centre de sa démarche, incitait le médecin à questionner et informer, dans un objectif thérapeutique et anthropologique, cette démarche singulière des malades. Des études évaluent le recours aux MCA par les patients suivis en cancérologie à 34% [5] en moyenne. Elles s'accordent sur une utilisation des MCA relevant davantage d'une complémentarité que d'une alternative aux traitements conventionnels. Aujourd'hui plus qu'hier les patients sont encouragés à devenir des acteurs de leur santé, et ils déterminent eux-mêmes leur parcours de soins.

Dans la population générale française, cet engouement socioculturel a été peu étudié et uniquement dans le milieu urbain. Deux thèses françaises ont estimé la prévalence de ce recours à 42% en région parisienne [6] et 66% en région Rhône-Alpes [7]. Le médecin traitant, formé ou non à la question, informé ou non, aurait donc un patient sur deux ayant recours aux MCA.

Tenant compte d'une offre de soins différente en milieu rural, et tenant compte des difficultés d'accès au médecin généraliste dans ces zones de désertification médicale, il est possible que le recours aux MCA des patients vivant en campagne diffère de celui des populations déjà étudiées en France. Quelle est la prévalence du recours aux MCA parmi les habitants en milieu rural ? Quelles sont les raisons et motivations de ce recours ? Nous avons choisi de mener une enquête de prévalence en territoire rural, en région Lorraine.

MATERIEL ET METHODE

Le calcul du nombre de sujets nécessaires pour estimer la proportion, la méthode d'échantillonnage et l'analyse statistique ont été réalisés avec l'aide de Madame Irawati Lemonnier du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

1. Type d'étude

Une étude descriptive transversale a été menée sur la base d'un questionnaire anonyme (cf. annexe 1), inspiré de modèles utilisés dans différents articles de la littérature médicale internationale et de deux thèses françaises.

2. Population étudiée et déroulement de l'enquête

2.1. Population rurale de Lorraine : définition utilisée

Nous avons choisi de porter notre étude sur la population rurale de Lorraine.

La définition retenue pour définir les zones rurales découle de celle de l'INSEE des unités urbaines [8] : « *L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, l'ensemble de ces communes forme une agglomération multi communale ou agglomération urbaine. Si l'unité urbaine s'étend sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Remarque : ces seuils, 200 mètres pour la continuité de l'habitat et 2 000 habitants pour la population, résultent de recommandations adoptées au niveau international.* »

Les espaces ruraux lorrains couvrent la moitié de la région et abritent, comme en France métropolitaine, près d'un habitant sur six. La population rurale de Lorraine est prédominante dans la Meuse et les Vosges [9].

2.2. Nombre de sujets nécessaires pour estimer la prévalence

Pour calculer le nombre de sujets nécessaires (NSN), nous avons pris comme référence le travail similaire au nôtre effectué en région parisienne, estimant une prévalence de 42,6% du recours aux MCA [6]. Nous avons souhaité une précision e=5% partant de l'hypothèse que la prévalence du recours aux MCA en milieu rural lorrain serait inférieure à celle estimée en région parisienne. Nous étions prêt à accepter un risque d'erreur à 10% (e_a=1,64) et en utilisant la formule NSN = $e_a^2 . S^2/e^2$ nous avons obtenu une estimation du NSN = $(1,64)^2 * (0.43 * 0,57) / (0,05)^2$ = **269**.
Nous avons donc choisi de retenir un nombre de sujets nécessaire NSN à 300 pour avoir une marge de sécurité (questionnaires incomplets, etc.).

2.3. Méthode d'échantillonnage

Nous avons procédé dans un premier temps à un tirage au sort de 10 cantons situés dans l'espace rural lorrain (cf. annexe 2).

« Environ 416 400 personnes vivent dans les espaces ruraux lorrains, soit 18% de la population régionale. Plus des trois quarts de ces ruraux résident dans la Meuse et dans les Vosges où ils constituent plus de la moitié de la population et occupent l'essentiel du territoire, en dehors des espaces urbains situés autour des grandes communes. » [(9)]

Pour être représentatif, nous avons tenu compte de cette organisation territoriale. Notre échantillonnage par cantons a été fait proportionnellement à la population rurale présente dans chaque département (cf. tableau I) suivant les données de l'INSEE du recensement 2007 [(10)].

Sur chaque canton, 30 personnes étaient interrogées, soit un total de 300 questionnaires pour 10 cantons.

Tableau I. Distribution de la population rurale lorraine par département et proportion de cantons tirés au sort

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Nombre d'habitants en milieu rural	22 800	117 000	71 200	205 400	416 400
Proportion sur la population rurale totale de Lorraine (en %)	6	28	17	48	100
Nombre de cantons tirés au sort	1	3	1	5	10
Nombre de personnes interrogées	30	90	30	150	300

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Critères d'inclusion : tout adulte majeur.
- Critères d'exclusion :
  - Personne ne comprenant pas le français.
  - Personne vivant en maison de retraite, institution ou foyer spécialisé.
  - Personne dans l'incapacité de donner son consentement libre et éclairé à sa participation à une recherche.

Nous avons choisi de ne pas nous limiter aux patients ayant recours à la médecine conventionnelle afin d'inclure aussi les personnes qui n'ont pas de

médecin traitant, ou se soigneraient exclusivement par des MCA, ou qui n'auraient recours à aucun soignant. Pour limiter ce biais de sélection, il a été choisi de ne pas recueillir les questionnaires directement au cabinet de médecins généralistes.

2.5. Durée et modalités de la collecte des données :

La collecte des données s'est déroulée de septembre 2011 à février 2012, par un seul enquêteur.

Nous avons choisi d'utiliser deux modes de recueil :

- appel téléphonique après tirage au sort de numéros dans l'annuaire des Pages Blanches,
- à domicile ou dans la rue, en se rendant de façon aléatoire dans les communes des cantons randomisés.

Nous avons privilégié le recueil par appel téléphonique. Cependant, pour des raisons de disponibilité au domicile, le ratio homme/femme n'étant que de 0,2 après 60 questionnaires renseignés par téléphone, seuls des hommes ont été inclus ensuite par abord direct au domicile et dans la rue afin de redresser l'échantillon (ratio homme/femme en France en 2011 = 0,94) [11].

Dans chaque canton randomisé, nous avons passé une à deux demi-journées pour recueillir les questionnaires, de principe le samedi et après 18h les jours de la semaine, pour s'assurer que les personnes travaillant en semaine ne soient pas sous-évaluées.

Les questionnaires ont été remplis par nos soins lorsque les personnes étaient interrogées par téléphone, par nos soins ou par elles-mêmes à domicile et dans la rue.

Lorsque plusieurs membres d'un même foyer étaient présents au domicile, seule une des personnes majeures présentes était interrogée.

3. Conception du questionnaire et données recueillies

3.1. Stratégie de la recherche documentaire

- Mots clés utilisés : alternative medicine, complementary and alternative medicine, general practice, family practice, osteopathy, homeopathy, acupuncture, rural, use, attraction.

- Méthode de recherche : ont été consultés les moteurs de recherche CISMeF, PASCAL, les catalogues SUDOC et de la BIUM Paris Descartes, Pubmed via Medline, les sites de l'Ecole Nationale de Santé Publique et du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le site de l'INSEE et de l'OMS.

- Période de recherche : les documents trouvés sont datés de 1990 à juin 2011.

3.2. Le questionnaire (cf. annexe 1)

Le questionnaire de l'étude ne présentait pas de numérotation des questions, celles-ci ont été ajoutées au questionnaire d'annexe afin d'expliciter la liste des questions détaillées ci-dessous.
La clarté et la compréhension du questionnaire ont dans un premier temps été testées auprès d'un panel de 20 patients de médecine générale, non inclus dans l'étude, recrutés dans la salle d'attente d'un lieu de stage pour interne de médecine générale en milieu rural (Rupt-sur-Moselle).
Après ce test, le terme de « Médecines Complémentaires et Alternatives » a été remplacé dans le questionnaire par le vocable mieux compris par les patients de « Médecines douces ». La partie du questionnaire relative aux données socioprofessionnelles a été déplacée en fin de questionnaire afin de faire entrer directement les personnes dans le cœur du sujet.
Le questionnaire comprenait quatre chapitres.

3.2.1. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives

- Par souci de comparabilité des travaux, les questions 1 à 7 ont été directement inspirées des questionnaires des thèses françaises de Clarisse Mayer-Levy de l'Université Paris-Descartes (Paris 5) [6] et de Maud Geesen de l'Université de Lyon [7].
- Dans la question 2, nous n'avons pas retenu la liste « exhaustive » des MCA ; nous avons retenu trois MCA « nouvelles », les plus fréquemment utilisées par les populations occidentales [6, 7, 12] et reconnues par l'Ordre des Médecins en France (homéopathie, ostéopathie, acupuncture), et nous avons ajouté deux MCA « traditionnelles », non reconnues comme pratique de soins par l'Ordre des Médecins, qui semblaient particulièrement pertinentes en milieu rural, à savoir le recours au « rebouteux » et au « magnétiseur ». Nous avons cherché à distinguer un recours occasionnel ou fréquent pour tel ou tel MCA en faisant préciser aux personnes interrogées si elles avaient « parfois » ou « le plus souvent » recours à cette MCA.
- Dans la question 4, nous avons choisi d'étoffer les raisons d'un recours éventuel à un médecin pour la pratique d'une MCA : est-ce pour la sécurité des soins, est-ce pour bénéficier d'une part de remboursement de la consultation, ou pour une autre raison ?
- Dans la question 7, nous avons choisi de nuancer la satisfaction du recours à une MCA en distinguant la satisfaction quant au charisme de la personne consultée et celle portant sur l'efficacité réelle des soins apportés.

3.2.2. Non recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives

- La question 8 a été inspirée de l'étude suisse d'Inglin S. [13] en cancérologie de 2008 donnant aux personnes n'ayant pas recours aux MCA la possibilité de s'exprimer quant à leur vision de ces MCA.

3.2.3. Médecin traitant

- La question 9 portant sur le médecin traitant déclaré a été ajoutée puisque notre questionnaire s'adressait à des personnes pouvant avoir ou non un médecin traitant.
- Les questions 10 et 13 ont été tirées de la thèse de Clarisse Mayer-Levy de l'Université Paris-Descartes [6].
- Les questions 11 et 12 ont été ajoutées afin de rechercher un éventuel lien entre les difficultés d'accès aux médecins généralistes en milieu rural (problème reconnu de démographie médicale en France à ce jour) et le recours aux MCA : de par la distance kilométrique ou son accessibilité en « urgence ».
- La question 15 était inspirée de la thèse française de Paris [6] et de l'article français de Träger-Maury S. [12] en cancérologie dont nous avons modifié l'intitulé afin d'analyser « l'utilité » perçue par les patients de parler de MCA avec leur médecin.

3.2.4. Données socioprofessionnelles

- Afin de faciliter l'analyse de ces données, les questions 16 à 22 ont été directement tirées du modèle de données sociodémographiques par canton du recensement de la population de 2007 de l'INSEE [10]. Sur la catégorie socioprofessionnelle (question 22), nous avons demandé aux personnes retraitées de préciser leur ancienne activité professionnelle afin de mieux faire transparaître le « milieu social » dont ils étaient issus.
- La question 23 a été tirée de la thèse française de Clarisse Mayer-Levy [6] de l'Université Paris-Descartes.

4. Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été enregistrées dans un tableau Excel 2010 de Microsoft corporation (Redmond, Washington, USA) généré spécialement pour notre étude et analysées à l'aide du logiciel SAS ® v.9.3. (SAS Int. Inc., Cary, NC, USA).

Les résultats de l'analyse descriptive sur les variables qualitatives ont été présentés en effectifs et pourcentages ; ceux des variables quantitatives en moyennes et leur écart-type.

En analyse bivariée, le test du Chi2 (pour les variables qualitatives) et le test T de Student (pour les variables quantitatives) ont été utilisés pour identifier les variables qui pouvaient être associées au recours aux MCA.
En analyse multivariée, la régression logistique a été utilisée en mettant dans le modèle : le recours (en variable binaire) comme variable à expliquer et des variables qui étaient significatives dans l'analyse bivariée comme variables explicatives. Le risque d'erreur (α, seuil de décision) a été fixé à 5%.

RESULTATS

1. Généralités

1.1. Sur les cantons randomisés

Les dix cantons tirés au sort étaient répartis harmonieusement dans le territoire rural lorrain (cf. annexe 2).

1.2. Sur le mode de recueil des questionnaires : taux de participation et influence sur les personnes interrogées

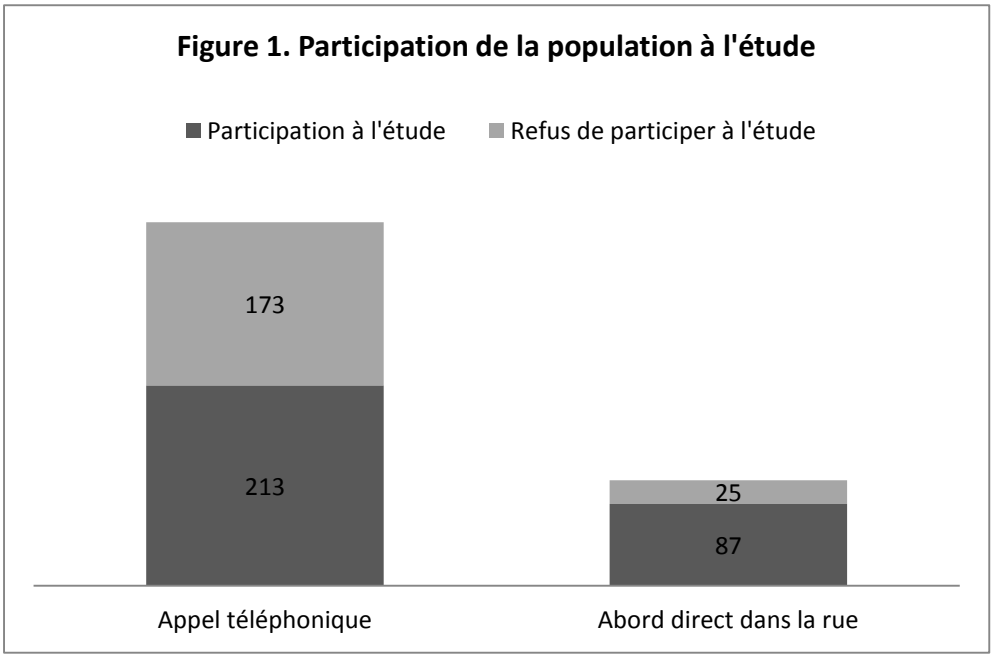


Figure 1. Participation de la population à l'étude

Le taux de participation par appel téléphonique était de 55,2% contre 77,7% par l'abord direct des personnes dans la rue.

Les trois cents questionnaires recueillis étaient correctement remplis.

Le mode de recueil n'a pas influencé la prévalence du recours aux MCA (*test du Chi2, p > 0,05* - cf. tableau 2).

Tableau II. Influence du mode de recueil sur le recours ou non-recours aux MCA

	Non MCA		MCA		
	N	%/moy	N	%/moy	p**
Type de recueil					0,3655
Téléphone	98	70,5	121	75,2	
Dans la rue	41	29,5	40	24,8	
Total	139	100	161	100	

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

2. Analyse descriptive :

2.1. Caractéristiques de l'échantillon (cf. tableau III)

Tableau III. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	N	%/moy	ET*
Sexe			
Homme	145	48,3	
Femme	155	51,7	
Age	300	50,7	17,1
Situation familiale			
Vit seul	36	12,0	
Vit en couple	236	78,7	
Autres (veuvage, collocation, maison familiale)	28	9,3	
Niveau d'études			
Aucun diplôme	25	8,3	
Certificat études primaires	44	14,7	
BEPC, brevet des collèges	26	8,7	
CAP ou BEP	87	29,0	
Baccalauréat	49	16,3	
Diplôme de niveau bac + 2	36	12,0	
Diplôme supérieur à bac + 2	33	11,0	
Type d'activité			
Actifs	**189**	**63,0**	
Actifs ayant un emploi	169	56,3	
Chômeurs	20	6,7	
Inactifs	**111**	**37,0**	
Etudiants	13	4,3	
Retraités	91	30,3	
Autres	7	2,4	
Catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteurs exploitants	17	5,7	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	30	10,0	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	32	10,7	
Professions intermédiaires	25	8,3	
Employés	102	34,0	
Ouvriers	50	16,7	
Etudiants	13	4,3	
Autres sans activité professionnelle	31	10,3	
Couverture sociale			
Mutuelle	288	96,0	
CMU	11	3,7	
Aucune	1	0,3	

* écart-type

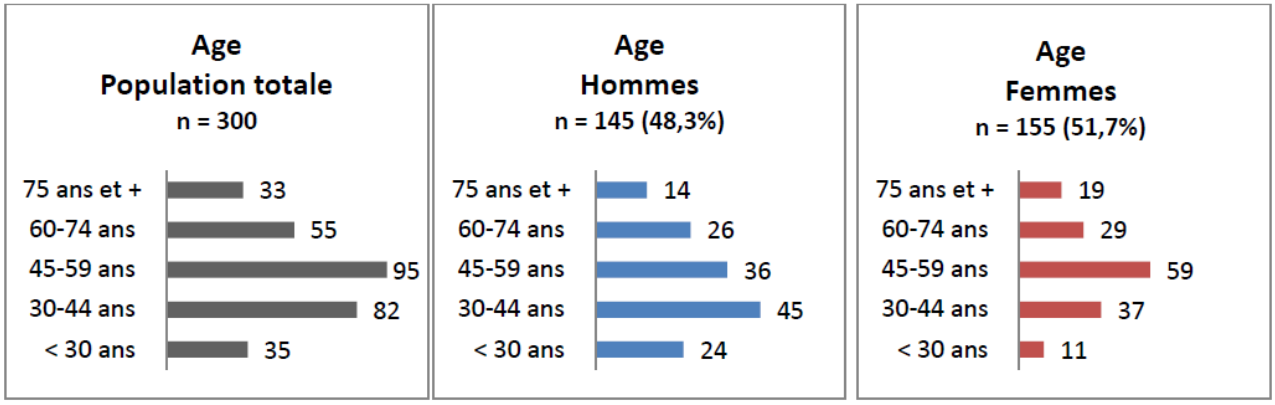
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

L'échantillon était plutôt féminin (51,7%) de 51[+/-17,1] ans en moyenne. 79% des répondants vivaient en couple, presque un tiers possédaient un diplôme CAP ou BEP, et plus de la moitié (56,3%) étaient actifs.

Le **sex-ratio** (homme/femme) de la population étudiée était de **0,94**.

La pyramide des âges de l'échantillon est représentée dans la figure 2.

Figure 2. Pyramide des âges de l'échantillon



Dans la catégorie socioprofessionnelle n'apparaissait pas la case **« retraité »** précisée dans le type d'activité. Cette catégorie (n=91) regroupait : 31,8% d'employés (n=29), 26,4% d'ouvriers (n=24), 11,0% d'autres sans activité professionnelle (n=10) et 7,7% pour chacune des quatre catégories restantes (n=7).

2.2. Représentativité de l'échantillon par rapport à la population lorraine (cf. tableau IV)

Les données comparatives utilisées dans le tableau ci-dessous sont issues des résultats du dernier recensement de la population de 2007 (document INSEE) [10].

Notre tableau divise la population en quatre tranches d'âge, permettant de comparer nos résultats aux données disponibles de l'INSEE.

La représentativité de notre échantillon **différait** de la population source par :

- Une sous-estimation des « moins de 30 ans » et de personnes « sans diplôme ».
- Une surreprésentation de « retraités » parmi les inactifs.
- Une surreprésentation d' « employés » et sous-estimation d' « ouvriers ».

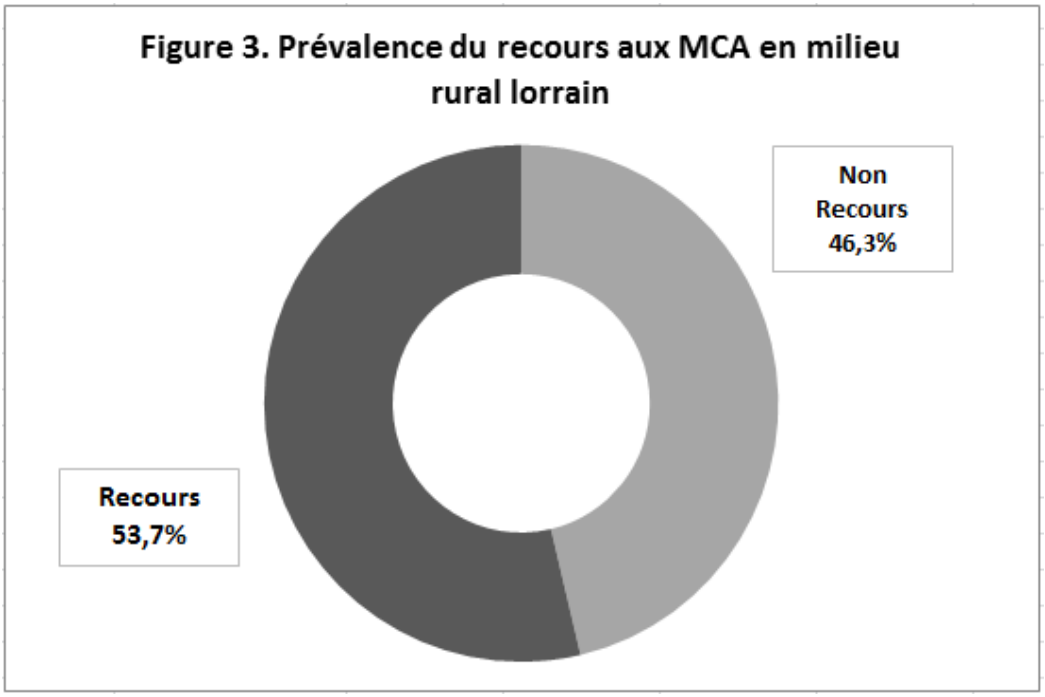
Tableau 4. Représentativité de l'échantillon

	% Echantillon	%Cantons randomisés	% Lorraine	% France
Population par sexe				
Homme	48,3	//	//	49
Femme	51,7	//	//	51

Tableau 4. Représentativité de l'échantillon

		% Echantillon	%Cantons randomisés	% Lorraine	% France
Population par grande tranche d'âge					
	< 30 ans	11,7	35,0	37,1	//
	30 à 44 ans	27,3	20,8	20,5	//
	45 à 59 ans	31,7	20,9	21,1	//
	60 à 74 ans	18,3	14,1	13,2	//
	75 ans et +	11,0	9,2	8,1	//
Diplôme le plus élevé de la population					
	Aucun diplôme	8,3	15,8	21,6	//
	Certificat études primaires	14,7	16,3	12,1	//
	BEPC, brevet des collèges	8,7	5,7	5,3	//
	CAP ou BEP	29,0	29,4	28,5	//
	Baccalauréat ou brevet professionnel	16,3	13,7	14,1	//
	Diplôme de niveau bac + 2	12,0	8,1	10,2	//
	Diplôme supérieur à bac + 2	11,0	4,2	8,2	//
Population par type d'activité					
	Actifs	**100**	**100**	**100**	//
dont :	actifs ayant un emploi	89,4	88,9	88,6	//
	chômeurs	10,6	11,1	11,4	//
	Inactifs	**100**	**100**	**100**	//
dont :	étudiants	11,7	10,4	15,3	//
	retraités	82,0	41,8	37,7	//
	autres	6,3	47,8	46,9	//
Population selon la catégorie socio-professionnelle					
	Agriculteurs exploitants	3,3	1,9	0,6	//
	Artisans, commerçants et chefs entreprise	7,7	2,5	2,0	//
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	8,3	2,5	4,9	//
	Professions intermédiaires	6,0	8,0	10,4	//
	Employés	24,3	11,4	14,3	//
	Ouvriers	8,7	17,5	13,7	//
	Retraités	30,3	23,2	20,2	//
	Autres sans activité professionnelle	11,4	33,0	33,8	//
Couverture sociale de la population					
	Mutuelle et CMU-C	96,0	//	//	91,3
	CMU/AME	3,7	//	//	6,3
	Sécurité sociale sans complémentaire	0,3	//	//	2,4

2.3. Résultat principal : prévalence (cf. figure 3)



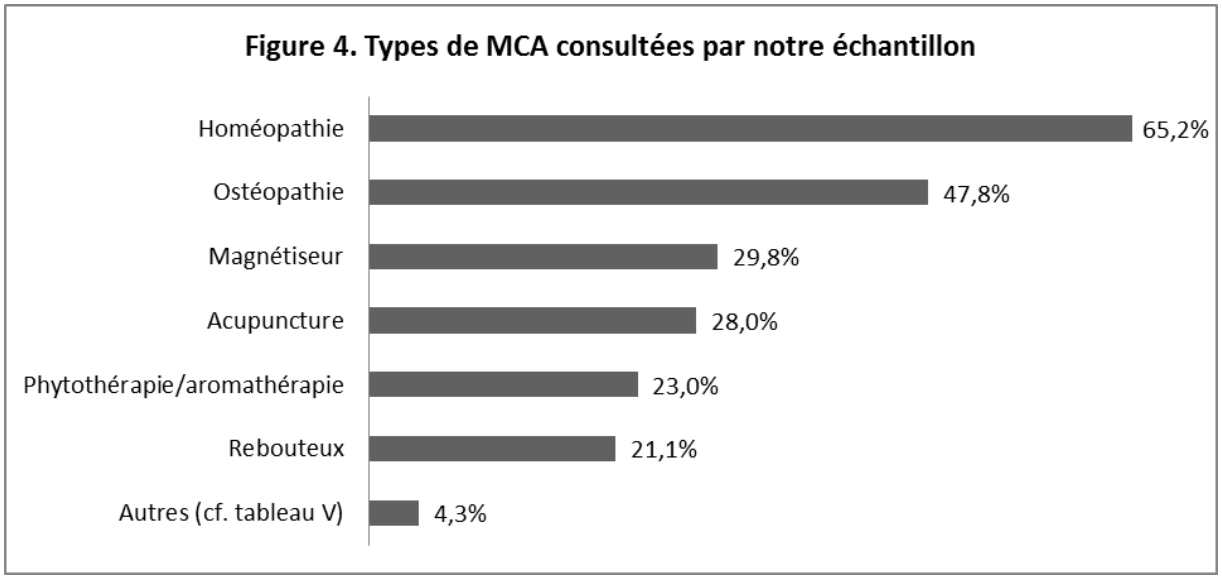
2.4. Caractéristiques du recours aux MCA

2.4.1. Fréquence du recours aux MCA

Nous avions défini comme utilisateurs de MCA (53,7% de l'échantillon) les personnes ayant recouru à au moins un type de MCA, dont :

- **25,3%** d'utilisateurs « courants » de MCA (ayant consulté au moins une fois dans les douze derniers mois),
- **28,3%** d'utilisateurs « anciens ou occasionnels ».

2.4.2. Quelles MCA les patients choisissent-ils ? (cf. figure 4, tableaux V et VI)



NB : total > 100% car plusieurs choix étaient possibles.

Tableau V. Types de MCA consultées

	N	%/moy
« Autres » types de MCA	**20**	**4,3**
Microkinésithérapie	4	2,5
Lithothérapie	4	2,5
Mésothérapie	2	1,2
Hypnose ericksonienne	2	1,2
Médecine chinoise	2	1,2
Reikï	2	1,2
Chiropraxie	1	0,6
Fleurs de Bach	1	0,6
Oligothérapie	1	0,6
Iridologie	1	0,6

Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

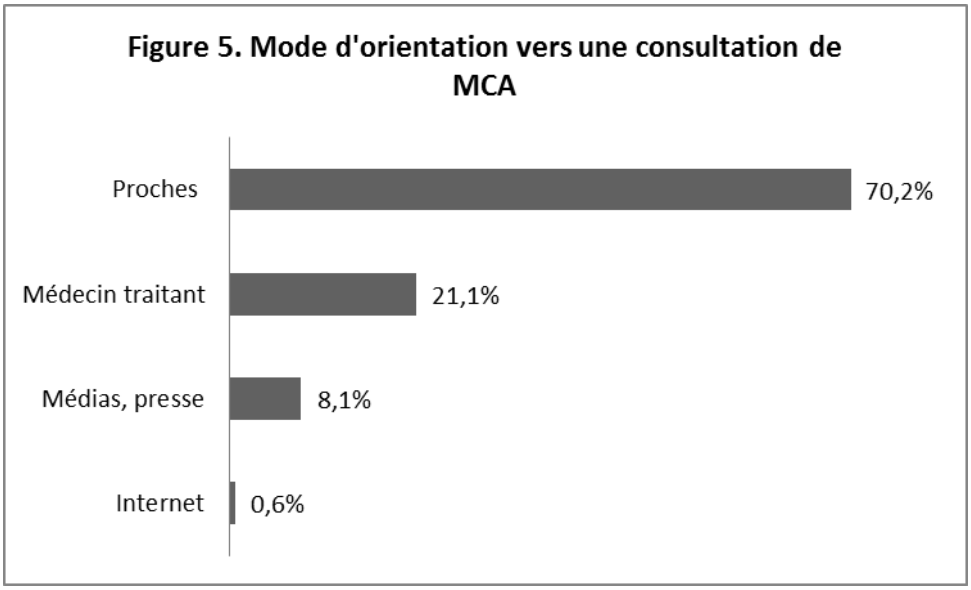
Sur 161 personnes ayant déjà eu recours à une MCA, **58%** (n=94) ont eu recours à plus d'un type de MCA.

Tableau VI. Fréquence du recours aux MCA

	N	%/moy
Homéopathie		
Jamais	56	34,8
Parfois	66	41,0
Le plus souvent	39	24,2
Ostéopathie		
Jamais	84	52,2
Parfois	50	31,1
Le plus souvent	27	16,8
Acupuncture		
Jamais	116	72,0
Parfois	37	23,0
Le plus souvent	8	5,0
Magnétiseur		
Jamais	113	70,2
Parfois	38	23,6
Le plus souvent	10	6,2
Rebouteux		
Jamais	127	78,9
Parfois	28	17,4
Le plus souvent	6	3,7
Autres		
Jamais	117	72,7
Parfois	22	13,7
Le plus souvent	22	13,7

Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

2.4.3. Mode d'orientation vers une MCA (cf. figure 5)

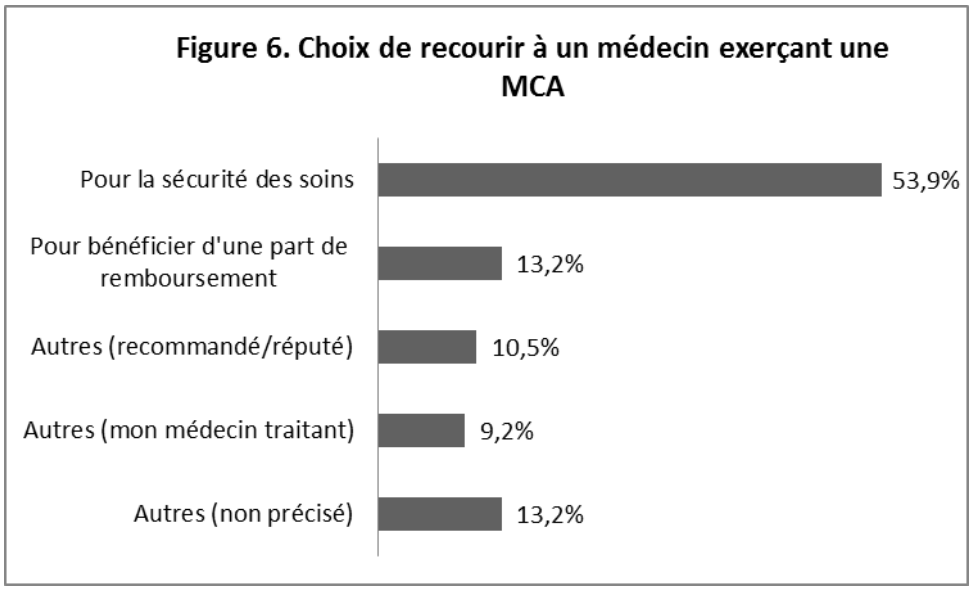


2.4.4. Choix du thérapeute en MCA

Sur 161 participants ayant recours aux MCA, **47,2%** (n=76) ont choisi un médecin exerçant celle(s)-ci.

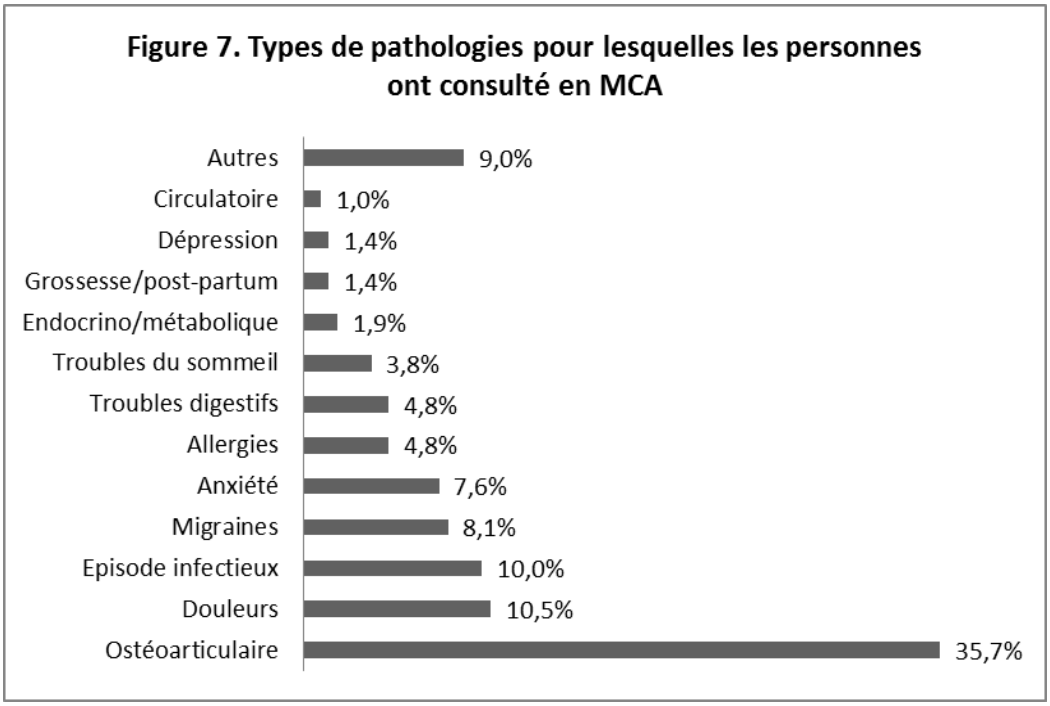
Les motivations de ce choix sont représentées dans la figure 6.

52,8% (n=85) des personnes ayant recours aux MCA n'ont pas choisi un médecin exerçant celle(s)-ci.



2.4.5. Pathologies menant à recourir aux MCA (cf. figure 7)

Les motifs de recours aux MCA concernaient le domaine des maladies aiguës (60,2%) et des maladies chroniques (62,7%).

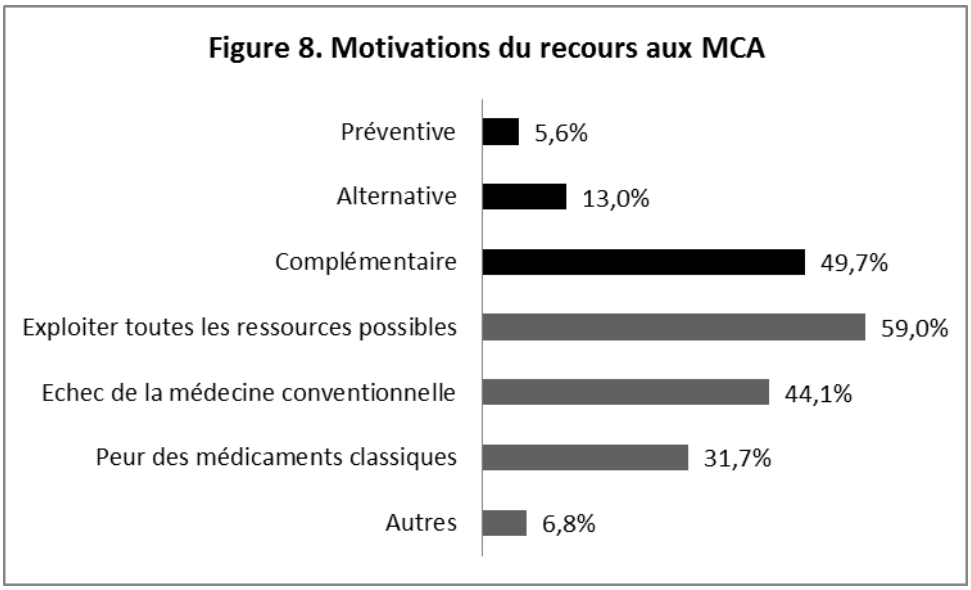


NB : total > 100% car plusieurs choix étaient possibles.

Dans la catégorie « douleurs » ont été écarté les douleurs ostéo-articulaires (inclus dans la catégorie « ostéo-articulaire »).

La catégorie « autres » comportait les indications répertoriées dans moins d'1% des cas : lithiases urinaires, cancérologie (en accompagnement d'un traitement oncologique), épilepsie (en accompagnement d'un traitement antiépileptique), maladie auto-immune (lupus, psoriasis), amaigrissement, renforcement des défenses immunitaires, amaigrissement, hyperactivité, troubles dentaires.

2.4.6. Motivations du recours aux MCA (cf. figure 8)



NB : total > 100% car plusieurs choix étaient possibles.

Parmi les « autres » motifs de recours aux MCA on retrouvait : son caractère holistique (n=5, 3,1%), la tradition familiale (n=3, 1,9%), la compétence du thérapeute (n=3, 1,9%), la curiosité (n=2, 1,2%), la facilité d'usage (n=1, 0,6%) et 1 (0,6%) sans précision.

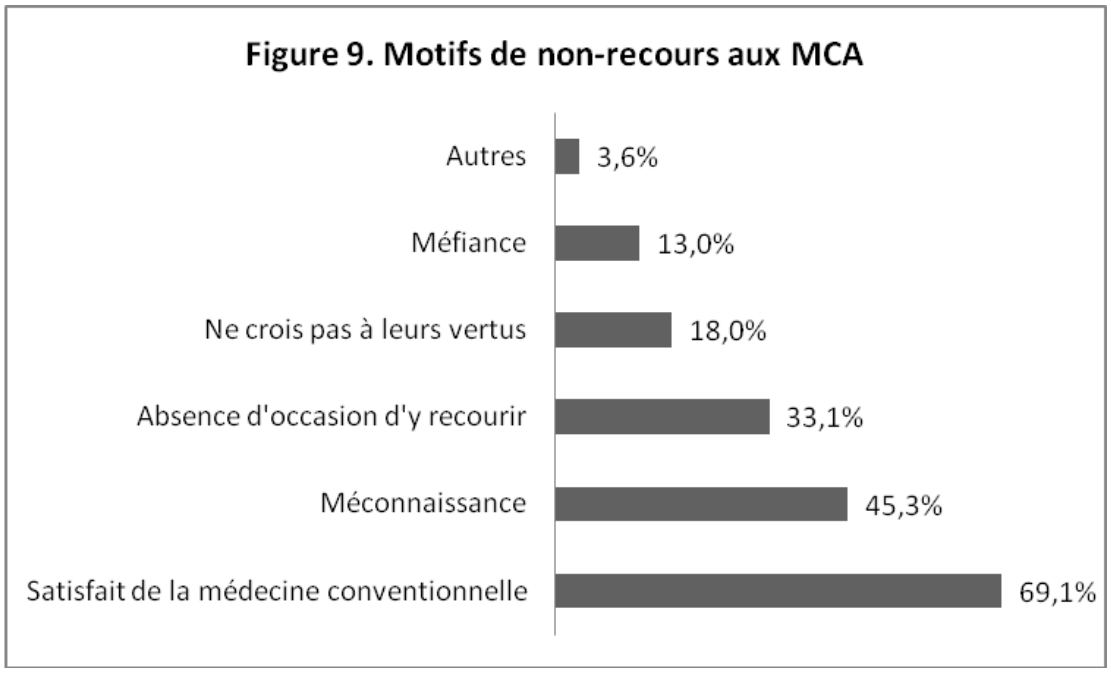
2.4.7. Satisfaction quant au recours aux MCA (cf. tableau VII)

Tableau VII. Satisfaction globale quant au recours aux MCA

	N	%/moy
Satisfaction quant au « charisme » du soignant		
Non	11	6,8
Oui	150	93,2
Satisfaction quant à l'efficacité des soins apportés		
Non	34	21,1
Oui	127	78,9

Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

2.5. Les non-utilisateurs : motifs de non-recours aux MCA (cf. figure 9)



NB : total > 100% car plusieurs choix étaient possibles.

Parmi les autres propositions citées : effet placebo (n=1 - 0,7%), conviction religieuse (n=2 - 1,4%), ne s'est pas posé la question (n=2 - 1,4%).

La catégorie « absence d'occasion d'y recourir » (33,1%) regroupait des personnes « neutres » vis-à-vis des MCA. Certains soulignaient n'avoir jamais été confrontés à un contexte de maladie où ils auraient peut-être été amenés à recourir à une MCA.

2.6. Rapports avec la médecine conventionnelle

Sur 300 participants, 4 n'avaient pas de médecin traitant déclaré :

- Un n'a pas souhaité s'exprimer sur ce sujet et n'avait pas non plus recours aux MCA ;
- Un attendait de trouver un médecin généraliste exerçant une MCA pour effectuer cette déclaration et avait recours aux MCA de façon régulière et comme alternative à la médecine conventionnelle ;
- Un était lui-même médecin ;
- Un n'avait pas fait cette déclaration n'étant « jamais malade ».

2.6.1. Recours à la médecine générale et son accessibilité (cf. tableau VIII)

Tableau VIII. Recours à la médecine générale dans notre échantillon : données générales

	N	%/moy	ET*
Médecin traitant déclaré ?			
Non	4	1,3	
Oui	296	98,7	
Fréquence du recours			
Manquant	4		
Régulièrement	124	41,9	
Au moins une fois par an	100	33,8	
Jamais ou presque jamais	72	24,3	
Distance médecin-patient (en km)	296	7,5	7,2
Densité médicale moyenne (/10 000 habitants)	296	6,8	2,8
Difficultés d'obtenir une consultation « rapide » ?			
Manquant	4		
Non	258	87,2	
Oui	38	12,8	
Durée moyenne d'une consultation ?			
Manquant	4		
<15 minutes	113	38,2	
15 à 30 minutes	162	54,7	
>30 minutes	21	7,1	
Prise d'un traitement au long cours ?			
Manquant	4		
Non	175	59,1	
Oui	121	40,9	

* écart-type
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

La majorité des répondants avaient un médecin traitant (98,7%), qu'ils consultaient régulièrement (41,9%), sans difficultés pour obtenir une consultation « rapide » (87,2%) dont la durée était plutôt de 15 à 30 minutes (54,7%). Une majorité de l'échantillon (59,1%) ne prenait pas de traitement au long cours.

2.6.2. Echanges sur les MCA avec le médecin traitant (cf. figures 10 et 11)

Parmi les personnes trouvant « utile » d'échanger avec leur médecin traitant sur les MCA, nous retrouvions :

- 86,7% des **utilisateurs « courants »** de MCA,
- 69,4% des **utilisateurs « anciens/occasionnels »** de MCA,
- 41,2% des **non-utilisateurs** de MCA.

Figure 10. Utilité de parler de MCA avec son médecin traitant

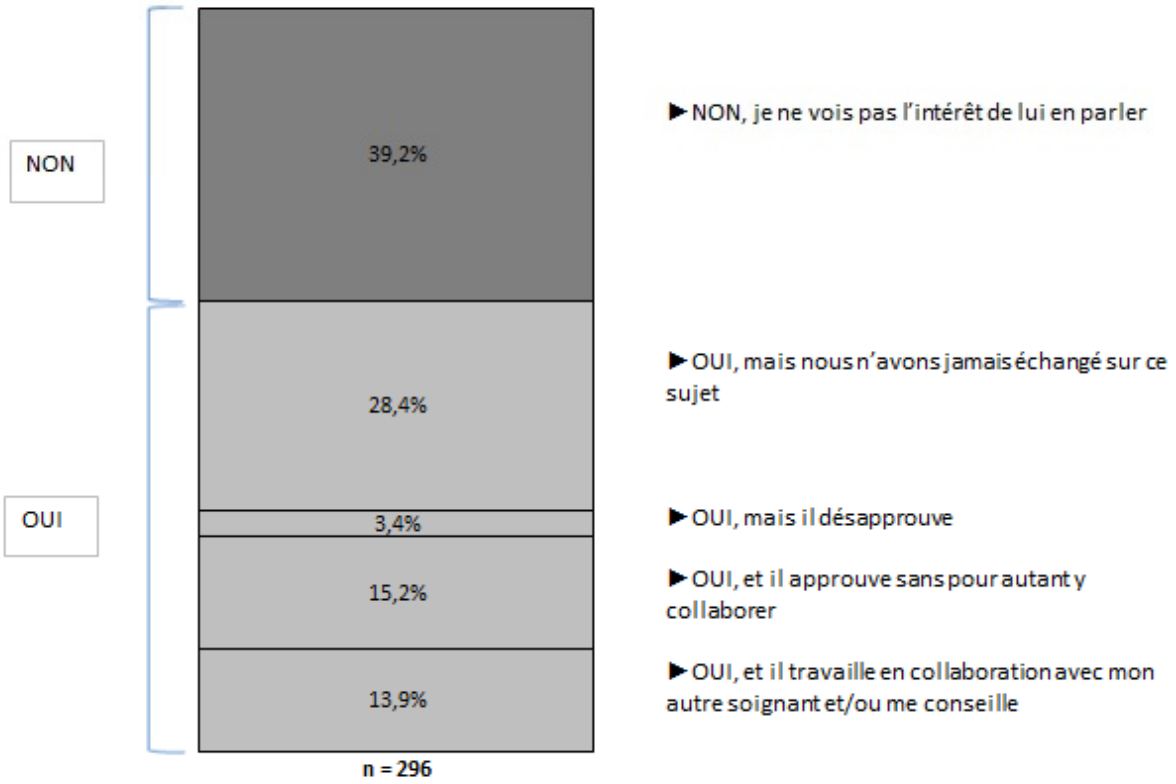
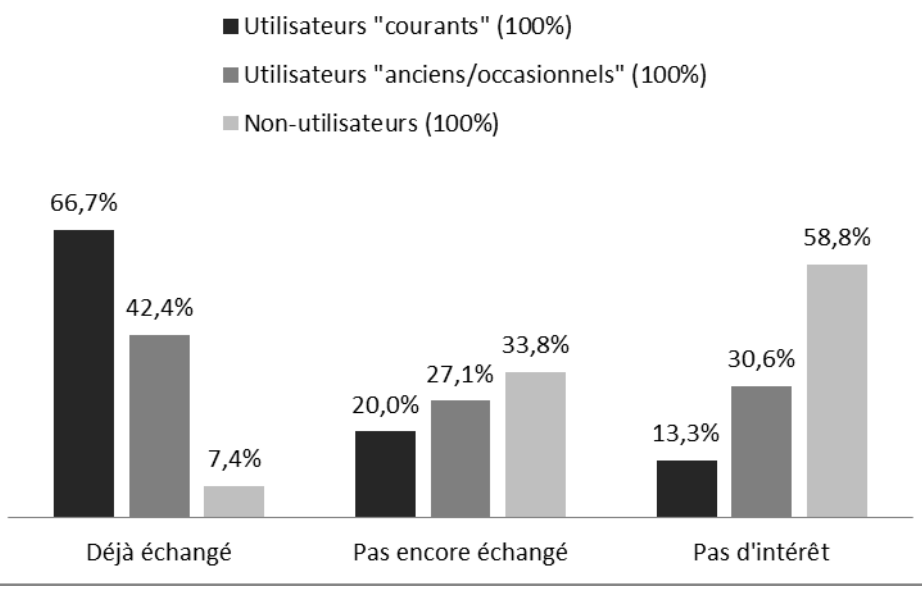


Figure 11. Echange avec le médecin traitant sur les MCA suivant le type de recours



3. Analyse bivariée

Dans cette partie, les variables explicatives et les variables d'ajustement ont été testées une à une avec le recours aux MCA.

3.1. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et médicales des utilisateurs de MCA à celles des non-utilisateurs de MCA (cf. annexes 3 à 5)

3.1.1. Influence des données sociodémographiques sur le recours aux MCA

Trois catégories de facteurs sociodémographiques ont été retrouvées comme ayant une influence sur le recours ou le non-recours aux MCA : **la situation familiale, le niveau d'étude et le type d'activité.**

- Dans le groupe des « utilisateurs » de MCA, il existait une prédominance significative de personnes :
  - **vivant en couple** (*test du Chi2, p < 0,001).*
  - titulaires d'au moins un baccalauréat (**baccalauréat ou bac + 2**, *test du Chi2, p = 0,04).*
  - **actives** (*test du Chi2, p = 0,02).*

- Dans le groupe des « non-utilisateurs » de MCA, il existait une prédominance significative de personnes :
  - de niveau d'études « **certificat d'études primaires** » et « **sans diplôme** » (*test du Chi2, p = 0,02).*
  - **vivant seules** (*test du Chi2, p < 0,001).*

- La catégorie socioprofessionnelle et le type de couverture sociale n'apparaissaient pas comme statistiquement différents entre les deux groupes.

- Dans le groupe des « utilisateurs courants » de MCA, il existait une prédominance significative :
  - de **femmes** *(test du Chi2, p < 0,001)*.
  - d'**employés** *(test du Chi2, p = 0,04)*.

L'analyse des raisons du recours aux MCA a montré que :

- **les hommes** ont davantage recours aux MCA que les femmes par **peur des médicaments** *(test du Chi2, p < 0,001)* et avec une vision **complémentaire** des MCA à la médecine conventionnelle *(test du Chi2, p < 0,001) ;*
- **les femmes** avaient davantage recours aux MCA que les hommes pour un **problème de santé chronique** *(test du Chi2, p = 0,01)* et prenaient davantage de **traitement au long cours** que les hommes *(test du Chi2, p = 0,01).*

3.1.2. Influence des données médicales sur le recours aux MCA

- L'état de santé global des répondants (prise d'un traitement au long cours) n'influençait pas le recours aux MCA.

- La fréquence et la durée des consultations chez leur médecin traitant, déclarées par les répondants, n'influençaient pas le recours aux MCA.

- L'accessibilité du médecin traitant tant dans le temps (accessibilité à une consultation en « urgence »), que dans l'espace (distance kilométrique et densité médicale), n'influençait pas le recours aux MCA (*test du Chi2, p > 0,05* - cf. tableau IX).

Tableau IX. Recours aux MCA selon l'accessibilité au médecin traitant

		Non-MCA N=139 (46.3%)			MCA N=161 (53.7%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Distance médecin-patient (en km)		136	8,3	6,9	160	6,9	7,4	0,1233
Avec :								0,3141
0 - 5 km		49	35,3		65	40,4		
5 - 10 km		38	27,3		47	29,2		
10 - 15 km		27	19,4		32	19,9		
>=15 km		25	18,0		17	10,6		
Densité médicale	(/ 10 000hab.)	136	6,7	2,8	160	6,8	2,7	0,6790
Avec :	(/ 5 000 hab.)							0,4707
Forte	(>5,2)	15	11,0		15	9,4		
Moyenne	(3,5 à 5,2)	50	36,8		70	43,8		
Faible	(<3,5)	71	52,2		75	46,9		
Difficultés d'obtenir une consultation « en urgence » ?								0,6109
Non		120	88,2		138	86,3		
Oui		16	11,8		22	13,8		

* écart-type
** Test du Chi-2
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06JUN2012

3.2. Comparaison de la relation avec le médecin traitant suivant le type de recours aux MCA (cf. tableau X et annexe 5)

Les personnes qui trouvaient le moins d'intérêt à échanger avec leur médecin traitant sur le sujet des MCA, étaient davantage des « non-utilisateurs » *(test du Chi2, p < 0,05)*.

A l'opposé, ceux qui parlaient le plus des MCA avec leur médecin traitant, que ce dernier collabore ou non à cette démarche, étaient ceux qui déclaraient un usage « fréquent » des MCA *(p < 0,001).*

Tableau X. Relation avec le médecin traitant suivant le type de recours aux MCA

	Utilisateurs « fréquents » N=76 (25.3%)			Utilisateurs « anciens/occasionnels » N=85 (28.3%)			Non-utilisateurs N=139 (46.3%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Pensez-vous qu'il soit utile de parler de MCA avec votre médecin traitant ?										<0,0001
Oui, et il collabore/me conseille sur les MCA	21	28,0		17	20,0		3	2,2		
Oui, et il approuve sans y collaborer	26	34,7		14	16,5		5	3,7		
Oui, mais il désapprouve	3	4,0		5	5,9		2	1,5		
Oui, jamais échangé sur ce sujet	15	20,0		23	27,1		46	33,8		
Non, pas d'intérêt	10	13,3		26	30,6		80	58,8		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

On constatait que **les femmes étaient davantage ouvertes à discuter des MCA avec leur médecin que les hommes**. Les femmes jugeaient le plus utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet. Les hommes ayant recours aux MCA n'y voyaient pas d'intérêt ou alors n'avaient jamais échangé sur le sujet avec leur médecin *(test du Chi2, p < 0,001).*

Parmi les utilisateurs de MCA, la tranche d'âge des **30-44 ans** était celle ayant le moins recours à la médecine générale *(test du Chi2, p = 0,01)* et prenant le moins de médicaments *(test du Chi2, p < 0,001).*

4. Analyse multivariée (cf. tableau XI)

Cette analyse a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés au recours à une MCA. Les résultats sont présentés dans le tableau XI.

Même si en analyse bivariée de nombreux facteurs étaient indépendamment associés au recours à une MCA, l'analyse multivariée, en incluant toutes les variables susceptibles d'être liées au recours aux MCA (variable à expliquer) dans un modèle de régression logistique, a permis de retenir seulement 3 facteurs significativement associés à ce recours : le **sexe**, le **niveau d'étude** et **vivre en couple.**

Ainsi,

- **Les femmes** avaient presque deux fois plus de probabilité d'avoir recours à une MCA que les hommes (OR=1,9, IC95% [1,1 - 3,1]).
- **Les diplômés de niveau Baccalauréat** avaient presque quatre fois plus de probabilité d'avoir recours à une MCA (OR=3,8, IC95% [1,3 - 11,0]) que ceux sans diplôme.
- **Les personnes vivant en couple** avaient presque trois fois plus de probabilité d'avoir recours à une MCA que ceux qui vivent seuls (OR=2,9, IC95% [1,3 – 6,2]).

Cette analyse a pu montrer également que le défaut éventuel de représentativité de notre échantillon sur les catégories socioprofessionnelles n'a pas influencé le résultat principal de l'étude.

Tableau XI. Facteurs associés à la probabilité de recours aux MCA

	N	MCA		Régression bivariée				Régression multivariée**		
		n	%	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*	p	Odds ratio	IC* 95% Inf*	IC* 95% Sup*
Classes d'âge										
<30 ans	35	15	42,9	1			0,0008			
30-44 ans	82	50	61,0	2,1	0,9	4,7				
45-<60 ans	95	60	63,2	2,3	1,0	5,0				
60-<75 ans	55	28	50,9	1,4	0,6	3,2				
>=75 ans	33	8	24,2	0,4	0,2	1,2				
Age°	300	161	53,7	1,0	1,0	1,0	0,1721			
Sexe										
Homme	145	70	48,3	1			0,0699	1		
Femme	155	91	58,7	1,5	1,0	2,4		1,9	1,1	3,1
Catégorie socio-professionnelle										
Agriculteurs exploitants	17	5	29,4	1			0,0881			
Artisans, commerçants et chefs entreprise	30	14	46,7	2,1	0,6	7,4				
Cadres et professions intellectuelles supérieures	32	20	62,5	4,0	1,1	14,2				
Professions intermédiaires	25	18	72,0	6,2	1,6	24,1				
Employés	102	60	58,8	3,4	1,1	10,5				
Ouvriers	50	23	46,0	2,0	0,6	6,7				
Etudiants	13	7	53,8	2,8	0,6	12,7				
Autres sans activité professionnelle	31	14	45,2	2,0	0,6	7,0				
Niveau d'études										
Aucun diplôme	25	9	36,0	1			0,0402	1		
Certificat d'études primaires	44	17	38,6	1,1	0,4	3,1		1,0	0,3	2,9
CAP ou BEP	87	45	51,7	1,9	0,8	4,8		1,6	0,6	4,2
BEPC ou brevet des collèges	26	16	61,5	2,8	0,9	8,9		2,5	0,8	8,5
Baccalauréat	49	32	65,3	3,3	1,2	9,2		3,8	1,3	11,0
Diplôme niveau bac + 2	36	24	66,7	3,6	1,2	10,4		3,2	1,0	9,9
Diplôme supérieur à bac + 2	33	18	54,5	2,1	0,7	6,2		1,9	0,6	5,9
Activité professionnelle										
Actifs	185	109	58,9	1			0,0206			
Inactifs	115	52	45,2	0,6	0,4	0,9				

* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

** Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0.2 en modèle bivarié ont été candidates dans le modèle multivarié (n= 300).

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.1 et un seuil de sortie du modèle à 0.05.

Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans le modèle multivarié ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

Données FT. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 21JUN2012

Tableau XI. Facteurs associés à la probabilité de recours aux MCA

	N	MCA		Régression bivariée					Régression multivariée**		
		n	%	Odds ratio	IC* 95%			p	Odds ratio	IC* 95%	
					Inf*		Sup*			Inf*	Sup*
Situation familiale											
Vit seul	36	14	38,9	1				<0,0001	1		
Vit en couple	236	141	59,7	2,3	1,1	-	4,8		2,9	1,3	- 6,2
Autres	28	6	21,4	0,4	0,1	-	1,3		0,6	0,2	- 1,9
Couverture sociale											
Mutuelle	288	156	54,2	1				0,3936			
CMU	11	5	45,5	1				0,3936			
Aucune	1	0	0,0	1				0,3936			
Médecin traitant déclaré ?											
Non	4	1	25,0	1				0,2401			
Oui	296	160	54,1	3,5	0,4	-	34,3				
Prise d'un traitement au long cours ?											
Non	175	98	56,0	1				0,4193			
Oui	121	62	51,2	0,8	0,5	-	1,3				
Distance kilométrique médecin et patient											
0 – 5 km	110	64	58,2	1				0,2716			
5 – 10 km	84	46	54,8	0,9	0,5	-	1,5				
10 – 15 km	60	33	55,0	0,9	0,5	-	1,7				
>= 15 km	42	17	40,5	0,5	0,2	-	1,0				
Densité médicale (/ 5000 hab.)											
Forte (>5,2)	30	15	50,0	1				0,4699			
Moyenne (3,5 à 5,2)	120	70	58,3	1,4	0,6	-	3,1				
Faible (<3,5)	146	75	51,4	1,1	0,5	-	2,3				

* IC : Intervalle de confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

** Seuls les facteurs présentant une association significative au seuil 0.2 en modèle bivarié ont été candidates dans le modèle multivarié (n= 300).

La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0.2 et un seuil de sortie du modèle à 0.05.

Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans le modèle multivarié ne répondent pas à ces critères de sélection.

° Les variables quantitatives n'ont pas de modalité de référence. L'odds ratio exprime la variation de risque pour une augmentation de 1 unité de la variable.

Données FT. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 21JUN2012

DISCUSSION

Cette enquête a permis pour la première fois d'évaluer la prévalence du recours aux MCA dans un cadre rural en France.

Les motivations du recours à une MCA, sa place dans le parcours de soins de la population rurale et dans la relation médecin-patient ont été étudiées à l'aide des données du questionnaire. Les résultats vont être discutés et comparés avec les données de la littérature nationale et internationale.

L'objet de notre étude descriptive n'a pas eu pour but de discuter la validité scientifique de ces MCA.

1. Critique de l'étude

1.1. Sur les modalités de l'enquête

- Le mode idéal pour déterminer une prévalence demeure l'enquête exhaustive. Celle-ci est difficilement réalisable en termes de coût et de temps, d'autant plus dans le cadre de cette étude. Après concertation avec le Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, une enquête par sondage fut retenue associant deux types de recueil.

  Le choix d'un questionnaire téléphonique avait un double objectif : obtenir un meilleur taux de participation comparativement à une enquête par courrier ; rester le plus représentatif de la population (tirage au sort dans l'annuaire des Pages Blanches).
  L'abord direct des personnes au domicile ou dans la rue nous a permis d'éviter un biais d'échantillonnage par une surreprésentation des femmes, connues pour être plus consommatrices de MCA [6, 7, 12, 14, 15] et peut être plus intéressées par le sujet. Ce recrutement par quota hommes/femmes nous a assuré une meilleure estimation de la prévalence. Le respect d'un recueil aléatoire de ces questionnaires auprès des hommes a permis de rester le plus représentatif de la population.
  Si cette association de sondages aurait pu influencer l'objectif primaire de notre enquête, l'analyse des résultats montre que le mode de recueil n'a pas influencé la prévalence du recours aux MCA (*test du Chi2, $p > 0,05$* - cf. tableau 2).

- Notre étude était précédée d'une pré-enquête sur le terrain, en milieu rural. Elle a permis de limiter un biais de confusion par le contrôle de la bonne compréhension des questions quel que soit le niveau d'étude des personnes interrogées et assurer une longueur de questionnaire acceptable.

- Le recueil des questionnaires fut réalisé par un seul enquêteur afin de limiter le biais de mesure.

- La proportion de non-participation s'expliquait par : le manque de disponibilité des personnes interrogées (horaires de repas en semaine ou courses du weekend), l'absence d'intérêt et le refus de répondre (peut-être par peur d'un jugement) lorsque le sujet était évoqué.

- Notre enquête descriptive transversale comportait des questions semi-dirigées (à choix multiple ou unique) composées à partir de données déjà existantes [6, 7, 12, 13]. Elle ne permettait pas de cerner complètement les représentations que se font les personnes des MCA, facteurs qui concourent à cette prévalence [16, 17, 18, 19, 20]. Une étude qualitative serait sur ce point intéressante et complémentaire de notre travail.

- Les garanties éthiques furent respectées. Une information claire sur le thème du sujet et son utilisation pour un travail de thèse fut donnée. Le caractère anonyme des questionnaires assurait la confidentialité des données.

1.2. Sur l'échantillon et sa représentativité

- Le nombre de sujets nécessaire fut calculé avant le début de l'enquête (NSN=269) pour une prévalence estimée à 42%. Il a été respecté puisque 300 questionnaires ont été parfaitement remplis.

- Notre enquête de prévalence devait tenir compte de pratiques variées dans le parcours de soins de la population générale : personnes n'ayant recours qu'à la médecine conventionnelle ou qu'aux MCA, et personnes ayant recours aux deux. Le choix de ne pas réaliser notre enquête au sein de cabinets de médecine générale permis l'éviction d'un biais de sélection.

- Il est apparu des discordances dans la représentativité de notre échantillon en comparaison des données de l'INSEE (cf. tableau IV) :

- Par tranche d'âge, la tranche « moins de 30 ans » regroupait un échantillon de 18-30 ans, notre étude excluant les mineurs, d'où une différence avec les données de l'INSEE portant sur la population générale.

- Par niveau d'études, notre échantillon présentait une sous-représentation de personnes « sans diplôme », avec surreprésentation harmonieuse des autres catégories de niveau d'études.

- Par type d'activité, les données de l'INSEE incluaient dans « autres » les moins de 14 ans exclus de notre étude. S'en retrouvaient de grands écarts dans les résultats.

- Par catégorie socioprofessionnelle, notre échantillon comptait un nombre plus élevé d'employés, et plus faible d'ouvriers, par rapport à la population source. Nous expliquons ces différences par les horaires où nos questionnaires ont été recueillis. Pour en connaître les répercussions sur notre prévalence, nous avons poussé l'analyse en régression multivariée (cf. tableau XI). Il s'avérait que la

catégorie socioprofessionnelle n'était pas un facteur influençant le recours aux MCA.

- Par couverture sociale, la CMU-C n'était pas proposée au choix de réponses pouvant expliquer la surestimation du groupe Mutuelle. Notre échantillon ne comportait aucun bénéficiaire de l'AME.

1.3. Sur les cantons randomisés et leur représentativité du « milieu rural lorrain »

- Sur la densité médicale des cantons randomisés :

En juin 2011, la densité médicale moyenne en Lorraine était de 276 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 306,7 pour 100 000 habitants. Notre région occupe la dixième place des régions les moins bien dotées [21]. Les cantons tirés au sort, avec une densité médicale moyenne de 68 [ET-28], étaient représentatifs des zones déficitaires en milieu rural lorrain.

- Sur la distance kilométrique :

La proportion de la population vivant à plus de 10km du premier médecin est faible en Lorraine (0,88%). Cette proportion est nettement plus forte en Meuse (4,58%) [22, 23].
Dans notre étude, le pourcentage de l'échantillon vivant à plus de 10km de son médecin traitant atteignait les 33,4%. Ce chiffre est donc cohérent avec la densité médicale moyenne « faible » de nos cantons. Malheureusement, notre étude ne permettait pas de savoir s'il s'agissait du premier médecin à proximité et ce chiffre est à relativiser.

- Notre enquête s'est donc déroulée sur des territoires considérés comme « fragiles », densité médicale et distance médecin-patient étant deux critères utilisés par l'ARS [23] pour définir les fragilités en soins primaires d'un territoire donné.

2. Analyse des résultats

2.1. Prévalence

Dans notre étude, 53,7% des personnes interrogées ont déjà consulté au moins une fois en MCA, avec un intervalle de confiance de 95% [30,6-76,8]. Une personne interrogée sur quatre (25,3%) a consulté en MCA dans les douze derniers mois.

Dans la littérature française, les estimations du taux de recours aux MCA étaient de 42,6% [6] en région parisienne, auprès de patients consultant en médecine générale, 66,2% [7] en région Rhône-Alpes, auprès d'une population variée mais de faible représentativité, et étaient d'environ 35% [12] en cancérologie.
Dans l'étude stéphanoise de Cathebras P. [19] portant sur des patients hospitalisés, 56% des patients avaient recours aux MCA de manière occasionnelle et 42% de

manière habituelle. Par ailleurs, il notait que le recours à ces thérapies apparaissait plus fréquent dans les milieux ruraux qu'en ville. Bien que notre population diffère de celle de l'étude de Mayer-Lévy [6], notre étude tend à confirmer ces résultats avec une prévalence estimée supérieure à celle observée en région parisienne.

Nos résultats sont très proches de ceux de l'OMS [2] qui estimait en 2002 ce recours dans la population française à 49%. Dans la population générale, selon le sondage IPSOS de 2006 [24], un Français sur deux avait déjà eu recours à une MCA et un français sur trois y avait recours régulièrement. En juin 2010, ce même sondage retrouvait une proportion de ce recours à 62% [25]. La fréquence de ce recours est donc homogène dans la littérature.

Dans l'Union Européenne, une étude de 1994 de Fisher P. [26] retrouvait une prévalence de l'ordre de 20 à 49% suivant les pays : 23% au Danemark, 26% au Royaume-Uni, 46% en Allemagne. Avec 49%, la France figurait comme la plus grande utilisatrice de MCA en Europe.

Nos résultats sont donc du même ordre que ceux retrouvés dans la littérature internationale, notamment quant au recours dans les douze derniers mois.

- Au Québec, des sondages ont révélé qu'une personne sur deux (45%) avait consulté un thérapeute alternatif, soit autant que tous les médecins spécialistes, et ont montré que « la proportion des utilisateurs sur une base annuelle est de 22% » [27].
- En 2002, en Australie, Mac Lennan A.H. [28] retrouvait un taux de recours dans l'année précédente similaire (23,3%) et notait une corrélation entre fréquence de ce recours et population ayant le plus d'attrait pour les MCA.
- L'étude de référence américaine sur la prévalence des MCA menée par Eisenberg en 2002 [29] rapportait que 36% des adultes américains avaient utilisé une MCA au cours des douze derniers mois, chiffre en nette augmentation depuis les années 1990 aux USA [30].
- En 2004, au Royaume-Unis, Thomas K. [31], dans une enquête par sondage téléphonique auprès de 2761 personnes, retrouvait une proportion de recours aux MCA s'élevant à 65%.

Dubois J. [20] note dans son travail de thèse portant sur 15 entretiens semi-dirigés, que « la population [ayant recours aux MCA] considère son recours plutôt occasionnel, ce qui correspond tout de même à autant, voire plus, de consultations qu'en médecine générale ».

2.2. Quelles médecines complémentaires et alternatives ?

Devant la diversité des médecines non-conventionnelles, nous devons aborder cette question sous l'angle de la reconnaissance ou non de la MCA comme

pratiques de soins. C'est ainsi que les distinguent Le Breton [1] et l'Ordre des Médecins en France [32]. Nous constatons :

- Une prédominance du recours à des MCA « nouvelles » (homéopathie, ostéopathie et acupuncture), et reconnues officiellement par l'Ordre des Médecins.

Cette homogénéité est constatée dans l'ensemble de la littérature en médecine générale [6,7] et internationale [16, 30, 31, 33, 34]. En cancérologie [12, 35], l'ostéopathie est peu mentionnée, au profit de l'homéopathie et dans une moindre mesure de l'acupuncture. En région Rhône-Alpes, Geesen M. [7] retrouvait une prédominance de l'ostéopathie (50,3%) suivie de l'homéopathie (38,7%) et de l'acupuncture (24,3%). Mayer-Lévy C. [6], en région parisienne, notait une proportion du recours à l'ostéopathie quasiment égale (54,5%) à celle de l'homéopathie (53,5%).
Si dans les études de cancérologie [12, 35] l'homéopathie est la principale MCA utilisée en France, dans la population générale [6, 7], la place de l'ostéopathie tend aujourd'hui à la supplanter, cependant ce phénomène ne semble pas encore atteindre les campagnes.

- Une place importante des MCA « traditionnelles » (magnétiseur, rebouteux) en milieu rural, non reconnues comme pratiques de soins par l'Ordre des Médecins.

Les études portant sur le recours aux MCA « traditionnelles » sont rares et pourtant nos chiffres sont univoques : ces pratiques occupent une place prépondérante en milieu rural. En milieu urbain, aucun des répondants de l'étude de Mayer-Lévy C. [6] n'avait cité un recours à une MCA de type « traditionnel ». En région Rhône-Alpes, Geesen M. [7] comptait 11 personnes sur 373 ayant cité un recours au magnétiseur ou coupeur de feu (2,9%). Le CREDES, dans son enquête Soins et Protection sociale de 1997 auprès de 3 800 ménages (11 000 personnes) [36], retrouvait un taux de recours aux MCA traditionnelles de 1,52% (guérisseurs 0,6%, rebouteux 0,6%, magnétiseur 0,02%, radiesthésiste 0,01%). Cathebras P. [19] notait un recours aux rebouteux atteignant 52% parmi les utilisateurs habituels de MCA. Il est donc difficile de chiffrer l'importance de ce recours aux guérisseurs, magnétiseurs ou rebouteux (de 3% à 55% selon les études) [37]. Cependant, nous pouvons supposer que ce recours est bien spécifique au milieu rural, quasiment absent des études en milieu urbain.
Dans ce domaine « traditionnel », la place de la phytothérapie/aromathérapie ne fait pas exception, mais apparaît aussi bien dans le milieu rural que dans le milieu urbain. On note qu'elle occupe une place importante dans les études en cancérologie : 27% des MCA consultées chez Träger-Maury S. [12] et 37,5% chez Simon L. [35].

On observe donc une certaine homogénéité dans ce type de recours dans l'hexagone. En revanche, à l'échelle européenne et internationale, une certaine disparité apparaît. Fisher P. [26] notait aussi que des divergences (sur le type de

MCA consulté) existaient d'un pays à l'autre à l'échelle européenne. Il expliquait que l'attrait d'une MCA dans un pays donné est fonction de l'histoire de ce dernier et du cadre légal applicable à ces MCA. Ainsi, l'homéopathie était la plus représentée et la France était la première consommatrice de granules homéopathiques dans le monde, tandis que la chiropraxie et l'ostéopathie dominaient la scène des MCA aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

Dans notre étude, parmi les personnes ayant recours aux MCA, plus de la moitié (58%) ont eu recours à plus d'un type de thérapie, résultat similaire à ceux retrouvés en région parisienne (45,8%) [6], en cancérologie par Träger-Maury S. [12] (54%) et Inglin S. [13] (50%).
Aux Etats-Unis, Eisenberg montrait que 42,1% des personnes ayant eu recours aux MCA au cours des douze mois précédents avaient utilisé plus d'une MCA en 1997, contre 33,8% en 1990 [30]. Herron M. [38], dans une étude de 2003 auprès de patients américains consultants un médecin généraliste rural, retrouvait 63% d'utilisation de MCA. Parmi ces 63%, il y avait plus de 50% de personnes utilisant plus de 3 pratiques différentes et seulement 10% n'en utilisant qu'une seule.

Nous pouvons donc affirmer que la population a de plus en plus recours à ces thérapies, et de plus en plus tendance à diversifier les usages de MCA.

2.3. Orientation vers une MCA : par quel intermédiaire ?

Les proches (amis et famille) sont les principaux incitateurs au recours à une MCA (70,2%). Cathebras P. [19], dans son étude stéphanoise, rapportait que 62% des personnes ayant recours aux MCA avaient été motivées « suite à l'expérience heureuse d'un membre de l'entourage ».

La part de patients adressés par leur médecin représente une personne sur cinq (21,1%). Internet semble jouer un rôle minoritaire dans ce choix, comme les médias et journaux.

Ces résultats sont homogènes avec la littérature [6, 12, 16, 17, 19, 31].

2.4. Utilisateurs de MCA : un profil particulier ?

Dans notre étude, trois paramètres statistiquement significatifs ressortent dans le groupe des utilisateurs de MCA : le sexe féminin, un niveau d'études élevé et vivre en couple. Les deux premiers déterminants sont homogènes avec la littérature quelle que soit la population étudiée : patients de médecine générale [6, 7], patients suivis en cancérologie [35, 39] et données internationales [28, 31, 33, 34].

- Comme le notait Geesen M. [7] en région Rhône-Alpes, cette prédominance féminine n'est pas spécifique aux MCA, puisqu'elle se retrouve également dans la consommation de santé en générale (recours au médecin généraliste, au spécialiste, au pharmacien) d'après le rapport n°869 d'INSEE Première en 2002 [40].

Il semble donc que l'abord de la santé par les femmes diffère de celui des hommes.

- Certaines études [7, 41] notaient que le recours aux MCA se déplace vers des niveaux socioprofessionnels plus élevés. Employés, cadres moyens et professions intellectuelles supérieures seraient plus a même à recourir aux MCA (tout comme aux soins conventionnels [42]), étant plus sensibles à la nécessité de soins médicaux. Si notre étude n'a pas mis en évidence de lien significatif avec la catégorie socioprofessionnelle, ces données sont cohérentes avec nos constatations : les personnes aux niveaux d'études plus élevés semblent avoir davantage recours aux MCA.

- Nous n'avons pas retrouvé d'études ayant cherché un lien entre la situation familiale et le recours aux MCA. La prédominance du recours aux MCA parmi les personnes vivant en couple (avec ou sans enfant) peut s'expliquer par le pouvoir d'achat souvent plus fort avec deux salaires cumulés et le recours en lien avec la naissance d'un enfant au sein de la famille (coliques du nourrisson, douleurs sur maux de dents, etc.).

Il faut noter que notre étude retrouvait plus d'utilisateurs de MCA parmi les actifs que parmi les inactifs (retraités majoritairement). Cette différence était significative ($p = 0,02$). En cancérologie, Träger-Maury S. [12] faisait la même remarque. Cette différence peut s'expliquer par les moyens suffisants pour recourir aux MCA chez les actifs à l'opposé du retraité ou jeune étudiant.

La maladie chronique est-elle un facteur du recours aux MCA comme le souligne la littérature [31, 34] ? Elle l'est dans notre étude, significativement associée aux femmes qui prennent d'ailleurs davantage de traitement au long cours.

Contrairement aux données de la littérature, nous n'avons pas retrouvé de lien avec l'âge [7, 26, 43], la catégorie professionnelle [7, 41], la couverture santé [33]. Mayer-Levy C. [6] notait sur ce dernier point qu'il est possible que « la couverture universelle procurée par la Sécurité Sociale en France aplanisse, aussi pour les MCA, les différences d'accès aux soins ».

2.5. Motivations et raisons du recours aux MCA

Les pathologies conduisant à recourir aux MCA sont dominées par les soucis ostéoarticulaires et les douleurs, suivies par les épisodes infectieux et l'anxiété. Ces données coïncident avec les principales études en France [6, 7] et dans la littérature internationale [28, 32, 33].

- En 1999, un sondage du CREDES [36] révélait que 49% des personnes consultaient en MCA pour une pathologie ostéo-articulaire, 22,3% pour des problèmes neuropsychologiques et 9% pour une pathologie traumatique. Mayer-Levy C. [6] notait que les indications de recours aux MCA sont souvent les « zones de faiblesses » de la médecine conventionnelle : ostéopathie et acupuncture sont

choisies pour traiter les douleurs, homéopathie et acupuncture pour les troubles anxieux, asthéniques et fonctionnels.

- Une étude américaine visant à mettre en évidence les facteurs prédictifs d'utilisation des MCA a pu établir un lien entre leur utilisation et le fait de présenter un des problèmes de santé suivant : anxiété, problème dorsal, douleur chronique, problème des voies urinaires [43]. Ces mêmes données ressortaient des statistiques canadiennes [14] et australiennes [28], plus fiables, étant donné leur système « intégratif » [2] où les MCA sont officiellement reconnues et intégrées dans tous les domaines de l'offre de soins de santé.

Parmi les raisons de recourir aux MCA, nous retrouvions principalement : exploiter toutes les ressources possibles (59%), échec de la médecine conventionnelle (44,1%), peur des médicaments classiques (31,7%).

- Dans notre enquête le désir de « tout essayer » est la principale raison du recours aux MCA. Ce résultat concorde avec l'opinion de Schraub S. [17], médecin et sociologue : « il est vrai que le désir de guérir ou de vivre plus longtemps, d'être mieux, de mieux supporter les traitements, se traduit par le désir de tout essayer. Il s'agit là, à notre sens, de la raison principale du recours à ces médecines parallèles ». Dans ce sens, un sondage de la SOFRES [24] de 2005 notait que 80% des Français accordent de l'importance à leur santé et 47% y accordent beaucoup d'importance.

- Environ la moitié des personnes ayant recours aux MCA, le font suite à un échec de la médecine conventionnelle. Schraub S. [17] notait que c'est l'échec du traitement médical qui amène la personne vers un praticien d'un autre ordre. En Grande-Bretagne, Thomas K. [31] notait que 62% des personnes qui ont eu recours à une MCA avaient déjà consulté une médecine conventionnelle pour ce même problème.

- Près d'un tiers des personnes ayant recours aux MCA le font par peur des médicaments et cet aspect touche particulièrement les hommes. Dans une enquête d'opinion réalisée par l'institut de sondage CSA en janvier 2011 [44], 35% des Français n'avaient pas confiance dans les médicaments.
Nous devons rappeler ici le contexte dans lequel s'est effectué le recueil des questionnaires en France : la récente affaire du Mediator, mais aussi la polémique sur le vaccin de la grippe A/H1N1, qui sans nul doute pourrait avoir influencé l'opinion des personnes interrogées.
La motivation de recourir aux MCA par peur des médicaments est-elle pourtant typiquement française ? La littérature internationale nous montre que non, avec des chiffres très homogènes, notamment aux Etats-Unis [30].

- L'aspect holistique des MCA comme motivation à ce recours reste faible dans nos résultats (3,1%). Il n'apparaissait pas dans les propositions faites, ce qui a

sous-évalué son importance, car il occupe une place prépondérante dans la littérature [30, 34].

Dans l'étude de référence américaine en matière de MCA, Eisenberg a étudié ces motivations et leur évolution au cours du temps [29, 30] : au décours d'un échec du domaine conventionnel pour près de la moitié des interrogés (49,2%) ; suite à des effets secondaires de médicaments allopathiques (37,7% en 2002 vs 9,2% en 1997), ce qui rejoint le tiers de personnes qui recourent aux MCA par peur des médicaments dans notre étude ; suite à des difficultés de communication avec le médecin (22,0%) ; pour le rôle actif du patient sur sa santé (76,5%) ; pour le caractère holistique de ces médecines **(78,3%)** ; être prêt à tout essayer (45,1%).

2.6. Satisfaction des MCA : que recherchent les malades vis-à-vis des prescripteurs ?

La satisfaction quant aux qualités du thérapeute en MCA atteint 93% dans notre enquête. Schraub S. [17] notait que l'aspect relationnel du prescripteur est fondamental : il écoute, il soutient, il prend son temps. Chatwin J. [18] insiste aussi sur le ressenti par les patients de la personnalité du praticien prescripteur de MCA.

- Cathebras P. [19], médecin et anthropologue, nuançait cet aspect relationnel : « elle est en fait moins souvent sous-tendue par une adhésion profonde à une philosophie ou même par la recherche d'un autre type de relation médecin-malade, plus humaine que la simple quête d'une chance de guérison supplémentaire ».

- Quéniart A. [45], dans son ouvrage sur le sens du recours aux médecines alternatives, distingue les motifs du premier recours et ceux des recours subséquents : « le premier recours correspondrait généralement à une recherche de soins curatifs, alors que les recours ultérieurs participeraient d'avantage à un désir de prévention, d'écoute, de sécurité, de compréhension et de recherche de sens. C'est ainsi qu'un glissement vers un recours sous-tendu par une quête existentielle ou une sensibilité philosophique survient chez certains usagers ».

Le taux de satisfaction quant à l'efficacité est non négligeable (78,9%). Seule une personne sur cinq est non satisfaite. Ces résultats sont similaires à ceux observés en Médecine Générale par Mayer-Lévy C. [6] et Geesen M. [7].

- Ces chiffres sont cependant à nuancer. La perception subjective de l'efficacité dépend également des attentes fixées par la personne et peut donc être très variable. On a pu observer au cours du recueil des données pour notre étude que certaines personnes se disaient satisfaites d'un recours aux MCA pour soigner un syndrome grippal ayant cédé en cinq jours, fait ne relevant pas objectivement d'une efficacité réelle. Les personnes ayant recours aux MCA, à notre sens, semblent plus indulgentes sur les bénéfices escomptés.

- Dubois J. [20], dans son étude portant sur l'attitude et les représentations que se font les personnes envers les MCA, notait qu'une expérience jugée comme négative ne permet pas de trancher complètement négativement contre cette pratique de soins ; il est nécessaire de renouveler l'expérience. Et conclue : « c'est comme si l'opinion publique envers les MCA était tellement positive que même les expériences négatives ne suffisaient pas à la changer ».

2.7. Choix de ne pas recourir aux MCA

La satisfaction à l'égard de la médecine conventionnelle, qui suffit au patient (69%), et la méconnaissance des traitements complémentaires et alternatifs (45%) étaient dans notre étude les principales raisons qui dispensaient d'avoir recours aux MCA.

Inglin S. [13], dans son étude en Suisse auprès de 152 patients d'un service d'oncologie, retrouvait des résultats similaires.

Chez Cathebras P. [19], 66% des personnes n'ayant pas eu recours aux MCA ne l'ont pas fait par absence d'occasion, 49% par confiance dans la médecine conventionnelle, et seulement 6% parce qu'ils les considèrent comme inefficace, 4% comme des charlatans.

A juste titre, nous pouvons rappeler que dans notre échantillon, un tiers des personnes « non-recours aux MCA » l'étaient par « absence d'occasion d'y recourir », cette pratique pouvant être envisagée en cas de besoin. Nous pouvons déduire de cette remarque qu'une grande majorité de la population française est donc ouverte aux MCA.

2.8. MCA et médecine conventionnelle : quelle place dans le parcours de soins ?

La moitié des personnes ayant recours aux MCA le font en complément de leur médecine conventionnelle (49,7%). Une part non négligeable (13%) en fait une alternative. La place du recours préventif n'est pas prépondérante (5,6%).

Ces chiffres restent homogènes avec ceux retrouvés dans les études de médecine générale [6,7], mais notre part de recours « alternatif » et de recours « préventif » est moindre qu'en milieu urbain (respectivement 21,6% et 15% dans l'étude parisienne de Mayer-Levy C. [6]).

Dans l'étude de Cathebras P. [19], 42% des patients associaient le traitement des MCA à la médecine conventionnelle. Eisenberg [16] notait que 70% des patients consultaient un médecin conventionnel avant ou de façon contemporaine à un praticien non conventionnel. Ils étaient 79% à percevoir cette complémentarité comme supérieure à l'utilisation d'une seule. 15% des personnes interrogées consultaient habituellement en MCA avant de consulter un médecin conventionnel.

Rosenberg [34] et Träger-Maury [12] émettaient l'hypothèse qu'à travers le recours aux MCA, les patients reconquièrent une autonomie perdue dans la gestion de leurs traitements, et se rendent moins dépendants des protocoles de la médecine conventionnelle. Le recours aux MCA ne signifie donc pas nécessairement insatisfaction ou manque de confiance dans la prise en charge conventionnelle. Bagot [46] ajoute que le Dispositif Autour de l'Annonce du Plan Cancer de 2007, en facilitant l'accès à une équipe de soins de support, « fait du patient cancéreux un acteur plus engagé dans son parcours thérapeutique, osant choisir en toute légitimité des MCA ».

Dubois J. [20], dans son analyse de la position des MCA par rapport à la médecine conventionnelle, concluait que « **la population utilise préférentiellement les MCA en deuxième recours et en complément de la médecine conventionnelle**. Et ceci pour une raison simple : **la multiplication des chances de guérison** ». En effet, que ce soit en cas d'échec de la médecine conventionnelle, ou pour essayer quelque chose en plus ou en dernier espoir, l'idée sous-jacente est le regroupement de toutes les possibilités envisageables pour augmenter la probabilité de réussite et donc de guérison.

Les critères de choix des MCA ne sont donc pas basés sur des preuves scientifiques, mais sur les représentations et attentes des patients. Le jugement envers les MCA est globalement positif, et ce dès la première expérience. L'utilisation des MCA comme principale méthode thérapeutique reste minoritaire, que ce soit parmi notre échantillon ou dans la littérature.

2.9. Rapport de l'échantillon avec la médecine conventionnelle

2.9.1. Médecine générale en milieu rural : état des lieux

Les difficultés d'accès en matière de médecine conventionnelle, tant dans le temps que dans l'espace, ne sont pas ressorties comme un facteur influençant le recours aux MCA dans notre étude.

La durée de consultation accordée par le médecin est majoritairement entre 15-30 minutes (55%) et moins de 15 minutes pour 38%. La moyenne nationale est de 16 minutes [47]. Une moindre durée de consultation accordée par le médecin traitant n'était pas ressortie comme un facteur influençant le recours aux MCA.

Les difficultés d'accès aux soins primaires et la durée de consultation influencent-ils le recours aux MCA ?

Sur ce point, nos résultats diffèrent de l'hypothèse de Le Breton D. [1] qui signalait que l'engouement du recours aux médecines parallèles suppose un décalage entre les demandes sociales en matière de soin et de santé et les réponses des institutions médicales. De même Zhang [33] citait des études aux

conclusions contradictoires sur ce sujet, et suggérait que les difficultés à obtenir un rendez-vous en médecine générale influeraient davantage sur le recours aux MCA que la satisfaction globale des soins conventionnels. L'étude américaine de Rosenberg [34] contredisait cette hypothèse : on y retrouvait une plus grande satisfaction chez les utilisateurs de MCA de leur prise en charge en médecine générale.

Dans l'étude parisienne de Mayer-Levy C. [6], une moindre satisfaction du temps de consultation accordé par le médecin traitant était un facteur significatif du recours aux MCA. Dans ce sens, Cathebras P. [19] notait dans son étude que 49% des personnes ayant recours aux MCA trouvaient que leur thérapeute de MCA passait plus de temps avec eux que leur médecin conventionnel, 41% qu'il était plus à l'écoute, enfin 42% qu'il donnait une explication plus compréhensible de leur maladie.

Nous pouvons donc supposer que les patients ayant recours aux MCA sont peut-être ceux qui attachent le plus d'importance à la durée de consultation qui leur est consacrée, expliquant la contradiction entre les études de perception et les données concrètes.

2.9.2. Place du médecin traitant dans le recours aux MCA

Près d'un cinquième des personnes orientées vers une MCA l'ont été par leur médecin traitant. Ce chiffre est univoque que ce soit en médecine générale [6] ou en cancérologie [12], en Grande Bretagne [31] ou en Australie [28]. Nos données ne permettaient pas de connaître vers quelles MCA le médecin traitant orientait préférentiellement ses patients.

Quarante-sept pourcents des personnes ayant recours aux MCA ont fait appel à un thérapeute médecin, dont la moitié (53,9%) pour privilégier la sécurité des soins et 10% par le bouche-à-oreille qui a assis la réputation d'un médecin exerçant une MCA.

Schraub S. [17] notait aussi dans son enquête en cancérologie une prééminence de recours à un prescripteur médecin. Il soulignait l'importance portée à « la légitimité du médecin par rapport au guérisseur non médecin ». Cependant, son taux atteignait les 89% versus 47% dans notre enquête, mais il remettait en cause la pertinence de ce chiffre suggérant une probable défiance du patient vis-à-vis de l'enquêteur.

La proportion de personnes faisant appel à un médecin exerçant une MCA dans le but de bénéficier d'une part de remboursement quant à la consultation était de 13%. Si le prix d'une consultation en MCA, souvent onéreuse et peu ou pas remboursée, pourrait sembler être un frein dans ce recours, il semble qu'il ne soit pas significatif dans les études [6, 15].

2.9.3. Communication médecin-patient sur les MCA

En mars 2011, dans une étude publiée par l'IRDES [48], la principale préoccupation des usagers de médecine générale était la relation entre le médecin et le patient et, plus particulièrement, l'échange d'informations.

Dans notre étude, 60,8% des personnes interrogées (ayant recours ou non aux MCA) trouvaient qu'il serait utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet, mais seulement la moitié (32,4%) d'entre eux l'avaient déjà fait. Il existe donc un décalage entre l'attente de l'usager de médecine générale et la réalité des faits sur ce terrain de la communication. Comme le notait judicieusement Inglin S. [13], « échanger sur le choix des traitements semble donc être l'élément important même s'il y a un écart entre la pensée et l'acte ».

Mayer-Lévy C. [6] notait que les patients n'attendent pas obligatoirement une information exhaustive et complète de la part de leur médecin, mais plutôt un partage d'opinions. Ainsi Navo [49], dans son étude de 2004 auprès de patientes d'oncologie, mentionnait que lorsque s'engageait une discussion avec un cancérologue, la moitié des utilisatrices étaient satisfaites de sa réponse, même si celui-ci ne connaissait pas particulièrement les MCA.

Inglin S. [13] soulignait que les personnes qui mentionnent à leur médecin leur recours à une MCA sont aussi celles qui investissent la relation au soignant et qui tiennent, à juste titre, à construire un rapport de confiance et à jouer un rôle actif dans leur santé. Rao J.K. [50], dans une étude en rhumatologie, notait que ceux sont les personnes qui recourent le plus aux MCA qui parlent le plus facilement avec leur médecin conventionnel.

Nous constations que 53,8% des personnes ayant recours aux MCA dans notre étude en avaient informé leur médecin traitant, et que les femmes étaient davantage ouvertes au sujet que les hommes. Ces résultats sont homogènes avec l'ensemble des études sur ce sujet, tant en médecine générale [6,7] qu'en cancérologie [5, 12, 13, 34].

Selon une étude effectuée en 2005 à l'Université McMaster [51], 41% des personnes ayant recours à des MCA ne le mentionnaient pas à leur médecin. Pourquoi ? Quinze pour cent indiquaient que leur médecin traitant ne comprendrait pas et 12% qu'il n'approuverait pas, tandis que 10% se sentaient mal à l'aise d'en discuter avec leur clinicien. Comme le rappelle Burstein H.J. [52], si le patient ne mentionne pas son recours aux MCA, c'est bien souvent parce que son médecin ne soulève pas la question. Dans son analyse au titre pertinent "*They don't ask me so I don't tell them*", Shelley B.M. [53] notait que la perception par le patient de l'éventuelle réceptivité du médecin joue beaucoup dans sa décision d'en parler. Du côté médecin, c'est

davantage le niveau de connaissance, de preuve d'efficacité et de sécurité des MCA qui influe sur cette communication.

2.10. Médecin généraliste : quelle attitude adopter ?

Schraub S. [17] notait dans son enquête une association significative « entre des besoins non satisfaits, un désespoir, un mauvais fonctionnement émotionnel et social et le recours aux MCA ». De même, d'autres auteurs [35, 54] insistaient sur l'importance des facteurs psychosociaux dans le recours aux MCA. Comme le soulignait le même auteur, ils reconnaissent indirectement le rôle de la bonne relation médecin-malade.

Dans ce sens, les travaux de Holland [56], repris par Doan [57], ont permis de définir, face à cette problématique, des règles simples à intégrer dans une relation médecin-patient, règles reprises par Dilhuydy JM. [5] en cancérologie :

- être bien informés des traitements complémentaires et alternatifs actuels ;
- analyser les raisons pour lesquelles un patient s'intéresse à ce type de traitement ;
- savoir donner des informations précises aux patients et à leur famille ;
- être capable de susciter des questions sur ce sujet ;
- pouvoir discuter des aspects positifs et négatifs des traitements complémentaires et alternatifs ;
- être capables de ne pas porter de jugement de valeur sur le choix des patients et de leurs familles ;
- savoir discuter des risques liés aux effets secondaires possibles et des bénéfices escomptés ;
- être capables d'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.

Dans notre étude, seuls 3,4% des personnes ayant échangé sur les MCA avec leur médecin traitant avaient ressenti qu'il désapprouvait cette démarche. On constate donc une certaine tolérance des médecins généralistes quant à ce sujet.
Le même constat ressort des études de cancérologie [5, 12, 35], et Bégot AC. [57], sociologue au CNRS, souligne : « Dans le cas du cancer, on constate une relative tolérance des praticiens à l'égard des médecines alternatives qu'ils préfèrent voir pratiquées dans un cadre médical plutôt que hors de leur contrôle. Une forme d'encadrement qui a pour but d'éviter des effets « secondaires », voire « contre-productifs » signalés par les Miviludes ».

Dans ce contexte, il semble fondamental que les médecins soient en mesure d'aborder le sujet des MCA avec leurs patients, et éventuellement de les conseiller. Pour cela, il faudrait qu'ils puissent bénéficier au minimum d'un bref enseignement présentant l'éventail des MCA, les preuves scientifiques disponibles et les éventuelles indications ou motifs traditionnels de recours pour chacune d'elles.

CONCLUSION

« Il y a plusieurs manières d'aborder la question des médecines parallèles :
celle du refus d'adhésion en leur efficacité, de les envisager en tant qu'erreur ou vérité,
en tant qu'objet de croyance ou d'incrédulité… »
LAPLANTINE, 1987 [58]

A notre connaissance, cette étude est la première à avoir évalué la prévalence du recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives dans un cadre rural en France. Parmi les personnes interrogées, 53,7% ont déjà eu recours à une MCA, et 25,3% dans les douze derniers mois. Homéopathes (65%) et ostéopathes (48%) sont les principaux soignants consultés dans ce domaine. Etre une femme, avoir un niveau baccalauréat et le fait de vivre en couple, sont les facteurs liés à ce recours. Les soucis ostéoarticulaires et les douleurs, les épisodes infectieux et l'anxiété, sont les principales indications pour lesquelles les personnes les consultent.

Les spécificités propres au milieu rural dans ce domaine tiennent au type de MCA consulté avec une place importante des MCA « traditionnelles » : magnétiseur (30%), phyto/aromathérapeuthe (23%) et rebouteux (21%). La prévalence estimée de ce recours est au moins équivalente à celle observée en milieu urbain. Les éventuelles difficultés d'accès au médecin généraliste ne semblent pas avoir d'influence.

Nos résultats confortent les données déjà existantes quant à la place des MCA dans notre société et dans le parcours de soins des patients. La moitié de la population y trouve une arme thérapeutique complémentaire à la médecine conventionnelle.

Si 60,8% des personnes interrogées trouvent qu'il serait utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet, parmi eux seule la moitié (32,4%) l'ont déjà fait. Pouvoir aborder dans nos consultations la question des MCA est une opportunité de mieux identifier les besoins de nos patients et de soutenir leur participation active dans le parcours de soins.

Face à leurs attentes et à leurs choix thérapeutiques, il est indispensable que nous fassions nous-mêmes preuve d'ouverture. Dans cette perspective, un nouveau concept voit le jour dans certains pays occidentaux (Canada, Australie, Suisse, etc.), encouragé par l'OMS : celui de la Médecine Intégrative. Il s'agit d'associer de manière organisée la Médecine Conventionnelle et la Médecine Complémentaire, avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des patients.

Les MCA deviennent un nouveau moteur pour la réflexion médicale, où les paradigmes se confrontent. Des études scientifiques débattent de l'efficacité des MCA ; des études sociologiques et psychologiques viennent compléter les données existantes sur le recours aux MCA ; des débats éthiques [59] voient le jour sur la place de la subjectivité en médecine. Ces nouveaux champs d'études donnent à voir non seulement la portée heuristique mais aussi le défi que représente le projet d'une anthropologie du corps : *« Corps insaisissable et énigmatique […] dont l'épaisseur cachée n'est nullement une réalité évidente, une matière incontestable »* [1].

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Essai 2001. Ed. Presses Universitaires de France, Paris 2001.
2. Organisation Mondiale pour la Santé. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. OMS 2002. Disponible sur :
3. National Center of Complementary and Alternative Medicine. Site disponible sur : http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/ consulté le 30 mai 2011.
4. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Cancer 2003-2007. Disponible sur : http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html consulté le 25 juillet 2011.
5. Dilhuydy J-M. Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements inéprouvés ou pratiques inapprouvées. 27ème journées de la SFSPM, Deauville, 2005. Disponible sur : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9759/SFSPM_2005_13_396.pdf?sequence=1 consulté le 25 juillet 2011.
6. Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. Th. Méd. : Paris 5, 2010.
7. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes – Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 373 patients. Th. Méd. : Lyon 1, 2011.
8. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Unité urbaine. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm Consulté le 10 juin 2011.
9. François J-P. Nouvelles ruralités en Lorraine : un « désir de campagne » limité à quelques espaces résidentiels et récréatifs. INSEE 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/actionregionale/diagnostics/Nouvelles_Ruralit%C3%A9s.pdf consulté le 10 juin 2011.
10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les fiches cantons de Lorraine. INSEE 2007. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/regions/lor/default.asp?page=themes/ouvrages/fiches_cantons/fiches_cantons.htm consulté le 25 juin 2011.
11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : Population totale par sexe et par âge au 1er janvier 2011. INSEE 2011. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo consulté le 25 juin 2011.
12. Träger-Maury S. and al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. Bull Cancer. 2007;94(11):1017-1025.
13. Inglin S. Evaluation du recours aux médecines complémentaires chez les patients en suivi oncologique. Rev Med Suisse.2008;4:1264-1269.
14. Park J. Le recours aux soins de santé non traditionnels. Statistique Canada. Rapports sur la Santé. 2005;16(2):41-4.

15. NCCAM. The Use of complementary and Alternative Medicine in the United States. U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Disponible sur : http://nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm consulté le 25 juin 2011.
16. Eisenberg DM. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults use both: results from a National Survey. Ann Intern Med. 2001 Sep 4;135(5):344-51.
17. Schraub S. Etude sociologique du recours aux médecines parallèles en cancérologie. Médecine et culture. 2009;11:2-10.
18. Chatwin J., Tovey P. Complementary and alternative medicine (CAM), cancer and group-based action: a critical review of the literature. Eur J Cancer Care (Engl). 2004 Jul;13(3):210-8.
19. Cathebras P. Le recours aux médecines parallèles observées depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. In : Benoist J., editor. Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Ed. Karthala, Paris ; 1996 ; p.315-330.
20. Dubois J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés. Th. Méd. : Lyon 1, 2011.
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine. Situation au 1er juin 2011. 2011.
22. Comité régional de la démographie des professionnels de santé – Lorraine. Rapport du comité régional de la démographie des professionnels de santé. 2004, 54p.
23. DRASS de Lorraine. Service statistique. L'accès aux soins de premiers recours en Lorraine : des difficultés en zones rurales. Sept.2007.
24. Millenaire 3 Le Centre ressources Prospectives du Grand Lyon. Les Médecines non-conventionnelles. Disponible sur : http://www.millenaire3.com/.../synth_medecines-alternatives.pdf consulté le 28 juin 2011.
25. Millenaire 3 Le Centre ressources Prospectives du Grand Lyon. Les Médecines non-conventionnelles. Disponible sur : http://www.millenaire3.com/uploads/tx_resserm3/synth_medecines-alternatives.pdf consulté le 28 juin 2011.
26. Fisher P., Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ. 1994 Jul 9;309(6947):107-11.
27. Pélissier-Simard L. et Xhignesse M. Les approches complémentaires en santé, comprendre pour bien conseiller. CMAJ. 2008;43(1):23-30.
28. Mac Lennan A.H. and al. The Escalating Cost and Prevalence of Alternative Medicine. Prev Med. 2002 Aug;35(2):166-73.
29. Eisenberg DM and al. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. Altern Ther Health Med. 2005 Jan-Feb;11(1):42-9.
30. Eisenberg DM. and al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. JAMA. 1998 Nov 11;280(18):1569-75.

31. Thomas K., Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the national Omnibus survey. J Public Health (Oxf). 2004 Jun;26(2):152-7.
32. Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins : http://www.conseil-national.medecin.fr/ consulté le 1er juin 2012.
33. Zhang AL., Xue CL., Lin V., Myers R., Polus B., Story DF. Acupuncture, chiropractic and osteopathy use in Australia: a national population survey. BMC Public health. 2008; 8:105.
34. Rosenberg EI., Genao I., Chen I. and al. Complementary and Alternative Medicine use by Primary Care patients with chronic pain. Pain Med. 2008 Nov;9(8):1065-72.
35. Simon L., Prebay D., Beretz A., Bagot J-L., Lobstein A., Rubinstein I., Schraub S. Médecines complémentaires alternatives suivies par les patients cancéreux en France. Bull Cancer. 2007;5:483-88.
36. CREDES. Enquête sur la santé et la protection sociale. 1997. Paris, CREDES, 1999, 167p.
37. Maurin S. Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ? Th. Méd. : Lyon I, 2006.
38. Herron M. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among family practice patients in small rural Illinois communities. J Rural Health. 2003 Summer;19(3):279-84.
39. Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Van Rompay MI, Walters EE, Wilkey SA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. Ann Intern Med. 2001 Aug 21;135(4):262-8.
40. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE Première 2002 ;(869). Disponible sur : www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf consulté le 8 juin 2012.
41. Devaux M. Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. 2007. Disponible sur : http://www.lexpress.fr/informations/peut-on-faire-confiance-aux-medecines-douces_638955.html , consulté le 8 juin 2012.
42. Van Haselen R.A., Reiber U., Nickel I., Jakob A., Fisher P.A. Providing complementary and alternative medicine in primary care: the primary care workers' perspective. Complement Ther Med. 2004 Mar;12(1):6-16.
43. Astin JA. Why patient use alternative medicine: results of a national study. JAMA. 1998 May 20;279(19):1548-53.
44. Les Français et les médicaments. Enquête d'opinion réalisée par l'institut de sondage CSA. 2011.
45. Quéniart A. Le sens du recours aux médecines alternatives. Santé, Culture, Health. 1990;7:41-70.
46. Bagot JL., Mathelin C. L'utilisation des médecines complémentaires et des soins de support par les patientes atteintes d'un cancer du sein. Gynecol Obstet Fertil. 2008 Mar;36(3):245-7.

47. Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C. (2009). « Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles », Irdes, Questions d'économie de la santé n°144, juillet.
48. Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? 2011. Document disponible sur le site : http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf consulté le 1er juin 2012.
49. Navo M.A., Phan J, Vaughan C. and al. An assessment of the utilization of complementary and alternative medication in women with gynecologic or breast malignancies. J Clin Oncol. 2004 Feb 15;22(4):671-7.
50. Rao J.K. and al. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. Ann Intern Med. 1999 Sep 21;131(6):409-16.
51. Busse J, Heaton G, Wu P and coll. 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.
52. Burstein H.J. Discussing complementary therapies with cancer patients: What should we be talking about? J Clin Oncol. 2000 Jul;18(13):2501-4.
53. Shelley B.M. and al. 'They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. Ann Fam Med. 2009 March; 7(2): 139-147.
54. Paltiel O., Avitzour M., Peretz T., Cherny N., Kaduri L., Pfeffer RM et al. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. J Clin Oncol. 2001 May 1;19(9):2439-48.
55. Holland J.C., Geary N., Furman A. Alternative cancer therapies. In: Holland J.C., Rowland JR, eds. Handbook of psycho-oncology. London: Oxford University Press, 1989:508-15.
56. Doan BD. Alternative and complementary therapies. In: Holland JC, ed. Psycho-oncology, 1998:817-27.
57. Duval C. Cancer : pourquoi les médecines douces attirent. In LesEchos.fr. Disponible sur : http://www.lesechos.fr/entreprises-secteurs/innovation-competences/medecine-sante/0202077018109-cancer-pourquoi-les-medecines-douces-attirent-333636.php , consulté le 15 juin 2012.
58. Laplantine F., Rabeyron P-L. Les médecines parallèles. Ed. Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; Paris 1987.
59. Ravez L. et Tilmans-Cabiaux C. La médecine, autrement ! Pour une éthique de la subjectivité médicale. Ed. Presses Universitaires de Namur ; Namur 2011.

Annexe 1 : Questionnaire anonyme

A propos des médecines dites « douces, parallèles, complémentaires, alternatives… »

*Merci de prendre de votre temps pour répondre à ce questionnaire en vue d'une enquête sur « Le recours aux médecines « douces » en milieu rural » pour une **thèse** de Médecine Générale. **Questionnaire anonyme**.*

Chapitre 1. (1.) Avez-vous déjà eu recours à une « médecine douce » ? *(une seule réponse possible)*

☐ Oui, dans les douze derniers mois. ☐ Oui, au moins une fois dans ma vie. ☐ Non.

***Si vous avez répondu « non »,** merci de passer directement au chapitre n°2.*

® 2. La(les)quelle(s) ? Et à quelle(s) fréquence(s) ?	Jamais	Parfois	Le plus souvent
Homéopathie	☐	☐	☐
Ostéopathie	☐	☐	☐
Acupuncture	☐	☐	☐
Magnétiseur	☐	☐	☐
Rebouteux	☐	☐	☐
Autre(s) : ……	☐	☐	☐
……	☐	☐	☐

® **3. Comment avez-vous été amené(e) à consulter en « médecine douce » ?** *(une seule réponse possible)*

☐ Adressé(e) par mon médecin traitant. ☐ Recommandé par des proches.
☐ Entendu parler dans les medias, la presse. ☐ Entendu parler sur Internet.

® **4. Pour la pratique d'une « médecine douce », avez-vous volontairement choisi un médecin ?** *(une seule réponse possible)*

☐ Oui, pour être remboursé au moins en partie ☐ Oui, pour la sécurité des soins
☐ Oui, pour une autre raison : …… ☐ Non, je n'ai pas spécifiquement choisi un médecin
……

® **5. Pour quel(s) souci(s) de santé avez-vous fait appel à une « médecine douce » ?** *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Un problème de santé aigu/ponctuel :
- le(s)quel(s) ?……
  ……

☐ Un problème de santé chronique/persistant :
- le(s)quel(s) ?……
  ……

® **6. Pour quelle(s) raison(s) ?** *(plusieurs réponses possibles)*

☐ La médecine conventionnelle n'a pas été efficace pour résoudre mon problème de santé.
☐ J'ai peur des médicaments classiques (toxicité, effets secondaires, etc.).
☐ Cela va m'aider à guérir, en complément de mes traitements habituels.
☐ J'exploite toutes les ressources possibles pour lutter contre ma maladie et/ou améliorer ma santé.
☐ Autre(s) : ……

® **7. Globalement, avez-vous été satisfait(e) de votre recours en « médecine douce » ?**

- **Satisfait(e) de la démarche du soignant (écoute, disponibilité, originalité, etc.) ?**
  ☐ Oui ☐ Non
- **Satisfait(e) de l'efficacité des soins apportés sur votre souci de santé ?**
  ☐ Oui ☐ Non

Passez directement au chapitre n°3 sur le médecin traitant.

Chapitre 2. Si vous n'avez jamais eu recours à une « médecine douce » :

® **8. Pour quelle(s) raison(s) ?** *(plusieurs réponses possibles)*

☐ Faire appel uniquement à la médecine conventionnelle me satisfait et me suffit.
☐ Je ne connais pas les « médecines douces » et ne saurais pas à qui m'adresser.
☐ Je ne crois pas aux vertus de ces médecines.
☐ Je suis méfiant à l'égard de ces thérapies car elles n'ont pas fait leurs preuves.
☐ Autre(s) raison(s) : ……

Chapitre 3. (9.) Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « non », *merci de passer directement au chapitre n°4 suivant.*

® **10. A quelle fréquence le voyez-vous ?**

☐ Régulièrement ☐ Au moins une fois par an ☐ Jamais ou presque jamais

® **11. A quelle distance de votre domicile se trouve-t-il ?** |__|__| km

® **12. Rencontrez-vous des difficultés pour obtenir une consultation « rapide » auprès de lui ?**

☐ Oui ☐ Non

® **13. Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?**

☐ < 15 minutes ☐ 15 à 30 minutes ☐ > 30 minutes

® **14. Vous prescrit-il un traitement au long cours (c'est-à-dire depuis au moins plusieurs mois) ?**

☐ Oui ☐ Non

® **15. Pensez-vous qu'il soit utile de parler de « médecines douces » avec votre médecin traitant ?** *(une seule réponse possible)*

☐ Oui, et il travaille en collaboration avec mon soignant et/ou me conseille.
☐ Oui, et il approuve sans pour autant y collaborer.
☐ Oui, mais il désapprouve.
☐ Oui, mais nous n'avons jamais échangé sur ce sujet.
☐ Non, je ne vois pas l'intérêt de lui en parler.

Chapitre 4. A propos de vous :

® **16. Votre date de naissance :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

® **17. postal :** |__|__|__|__|__| **Ville/Village** : .....

® **18. Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

® **19. Situation familiale :** ☐ Vit seul ☐ Vit en couple ☐ Autre(s) : .....

® **20. Niveau d'étude :**

☐ Aucun diplôme ☐ CAP ou BEP ☐ Baccalauréat
☐ Certificat d'études ☐ BEPC/brevet des collèges ☐ Diplôme BAC +2
☐ Diplôme > à BAC+2

® **21. Type d'activité professionnelle :**
- Actif : ☐ ayant un emploi ☐ chômeur
- Inactif : ☐ étudiant ☐ retraité ☐ autre(s)

® **22. Catégorie socio - professionnelle** (actuelle ou celle de la dernière profession exercée) : |__|
(voir codes ci-dessous)

1 Agriculteurs exploitants
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
4 Professions intermédiaires
5 Employés
6 Ouvriers
7 Etudiants
8 Autres sans activité professionnelle

® **23. Votre couverture sociale :** ☐ Mutuelle ☐ CMU ☐ AME *(Aide médicale d'Etat)*

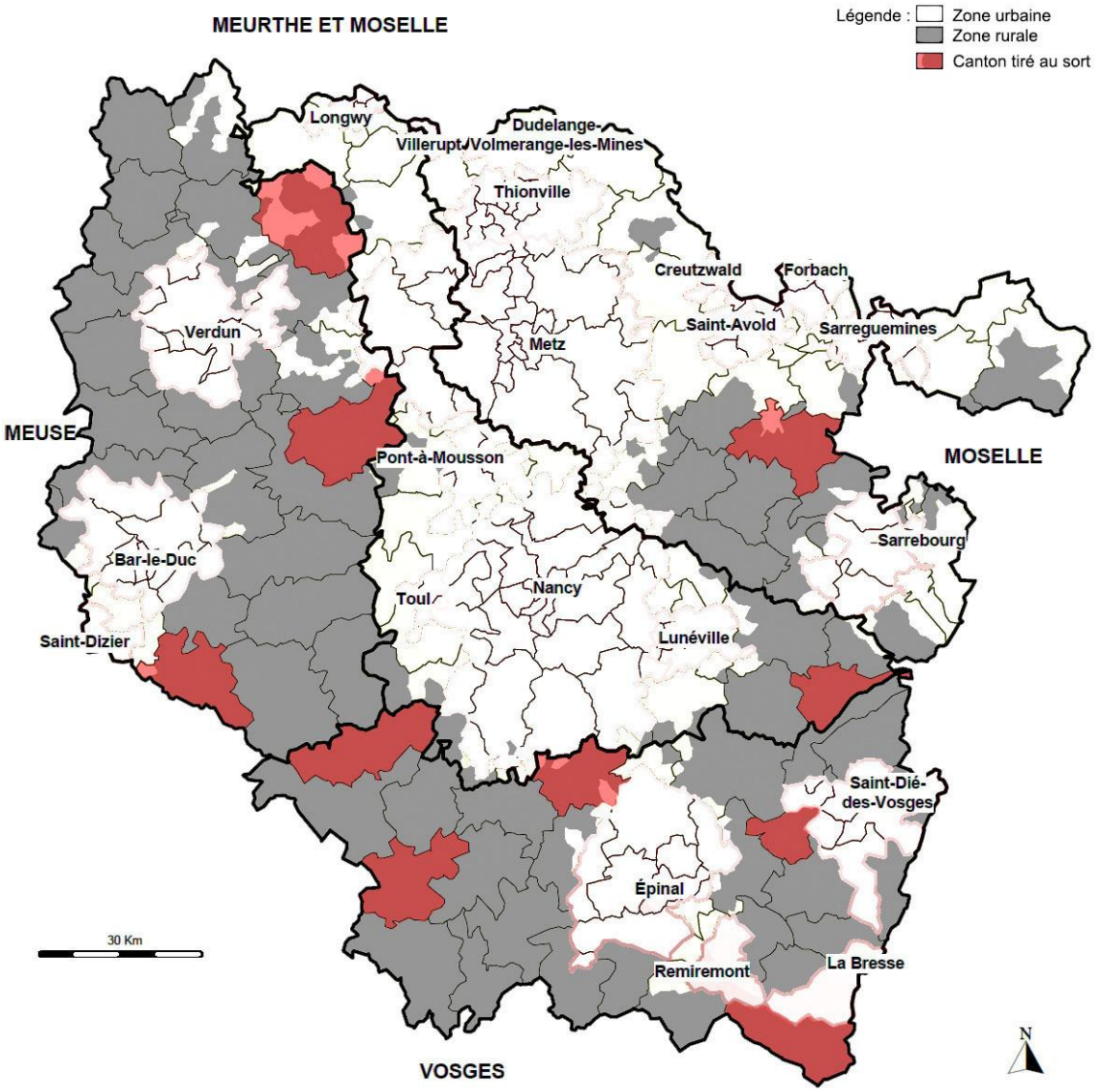
FIN DU QUESTIONNAIRE

Merci de votre participation ! *THIRIAT Franck, Interne de Médecine Générale*

Annexe 2 : Aires urbaines de Lorraine et cantons tirés au sort

(D'après la carte des aires urbaines de 1999. Source : INSEE)

Cantons tirés au sort au sein de la zone rurale de Lorraine



Annexe 3 : Analyses bivariées

« Utilisateurs » de MCA vs « Non-utilisateurs » de MCA

Annexe 3 – Tableau comparatif des caractéristiques sociodémographiques et médicales des utilisateurs de MCA (MCA) aux non-utilisateurs (Non MCA)

	Non MCA N=139 (46.3%)			MCA N=161 (53.7%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Type de recueil							0,3655
Téléphone	98	70,5		121	75,2		
Dans la rue	41	29,5		40	24,8		
Sexe							0,0701
Homme	75	54,0		70	43,5		
Femme	64	46,0		91	56,5		
Age	139	52,2	19,4	161	49,5	14,9	0,1736
Situation familiale							0,0001
Vit seul	22	15,8		14	8,7		
Vit en couple	95	68,3		141	87,6		
Autres	22	15,8		6	3,7		
Niveau d'étude							0,0424
Aucun diplôme	16	11,5		9	5,6		
Certificat d'études primaires	27	19,4		17	10,6		
CAP ou BEP	42	30,2		45	28,0		
BEPC ou brevet des collèges	10	7,2		16	9,9		
Baccalauréat	17	12,2		32	19,9		
Diplôme niveau bac +2	12	8,6		24	14,9		
Diplôme supérieur à bac +2	15	10,8		18	11,2		
Type d'activité							0,0207
Actifs	76	54,7		109	67,7		
Inactifs	63	45,3		52	32,3		
Catégorie socioprofessionnelle							0,0951
Agriculteurs exploitants	12	8,6		5	3,1		
Artisans, commerçants et chefs entreprise	16	11,5		14	8,7		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	12	8,6		20	12,4		
Professions intermédiaires	7	5,0		18	11,2		
Employés	42	30,2		60	37,3		
Ouvriers	27	19,4		23	14,3		
Etudiants	6	4,3		7	4,3		
Autres sans activité professionnelle	17	12,2		14	8,7		
Couverture sociale							0,4758
Mutuelle	132	95,0		156	96,9		
CMU	6	4,3		5	3,1		
Aucune	1	0,7		.			
Médecin traitant déclaré ?							0,2471
Non	3	2,2		1	0,6		
Oui	136	97,8		160	99,4		
Fréquence du recours au médecin traitant							0,0902
Jamais ou presque jamais	41	30,1		32	20,0		
Au moins 1 fois par an	39	28,7		60	37,5		
Régulièrement	56	41,2		68	42,5		
Durée moyenne d'une consultation ?							0,3988
<15 minutes	48	35,3		65	40,6		
15 à 30 minutes	80	58,8		82	51,3		
>30 minutes	8	5,9		13	8,1		
Prise d'un traitement au long cours ?							0,4191
Non	77	56,6		98	61,3		
Oui	59	43,4		62	38,8		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

Annexe 3. Recours à une MCA selon la distance kilométrique et la densité médicale

	0 - 5 km N=65 (40.4%)			5 - 10 km N=47 (29.2%)			10 - 15 km N=32 (19.9%)			>=15 km N=17 (10.6%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Densité médicale													0,2009
Faible	6	9,4		4	8,5		3	9,4		2	11,8		
Moyenne	35	54,7		20	42,6		11	34,4		4	23,5		
Forte	23	35,9		23	48,9		18	56,3		11	64,7		

* écart-type
** Test de Kruskal Wallis
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06JUN2012

Annexe 3. Non-recours à une MCA selon la distance kilométrique et la densité médicale

	0 - 5 km N=49 (35.3%)			5 - 10 km N=38 (27.3%)			10 - 15 km N=27 (19.4%)			>=15 km N=25 (18.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Densité médicale													0,0209
Faible	6	13,0		3	7,9		2	7,4		4	16,0		
Moyenne	24	52,2		13	34,2		5	18,5		8	32,0		
Forte	16	34,8		22	57,9		20	74,1		13	52,0		

* écart-type
** Test de Kruskal Wallis
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 06JUN2012

Annexe 4 : Analyses bivariées

« Utilisateurs courants » de MCA vs « Utilisateurs anciens/occasionnels » de MCA

Annexe 4. Tableau comparatif des caractéristiques sociodémographiques et médicales des utilisateurs de MCA « courants » (oui<1an) aux utilisateurs de MCA anciens/occasionnels (oui au moins une fois)

	Oui<1an N=76 (25.3%)			Oui au moins 1 fois N=85 (28.3%)			Non N=139 (46.3%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Type de recueil										0,0131
Téléphone	65	85,5		56	65,9		98	70,5		
Dans la rue	11	14,5		29	34,1		41	29,5		
Sexe										0,0004
Homme	22	28,9		48	56,5		75	54,0		
Femme	54	71,1		37	43,5		64	46,0		
Age	76	48,4	14,1	85	50,4	15,5	139	52,2	19,4	0,3008
Situation familiale										0,0007
Vit seul	5	6,6		9	10,6		22	15,8		
Vit en couple	69	90,8		72	84,7		95	68,3		
Autres	2	2,6		4	4,7		22	15,8		
Niveau d'étude										0,2871
Aucun diplôme	5	6,6		4	4,7		16	11,5		
Certificat d'études primaires	7	9,2		10	11,8		27	19,4		
CAP ou BEP	20	26,3		25	29,4		42	30,2		
BEPC ou brevet des collèges	8	10,5		8	9,4		10	7,2		
Baccalauréat	15	19,7		17	20,0		17	12,2		
Diplôme niveau bac + 2	13	17,1		11	12,9		12	8,6		
Diplôme supérieur à bac + 2	8	10,5		10	11,8		15	10,8		
Type d'activité										0,0677
Actifs	52	68,4		57	67,1		76	54,7		
Inactifs	24	31,6		28	32,9		63	45,3		
Catégorie socioprofessionnelle										0,0419
Agriculteurs exploitants	1	1,3		4	4,7		12	8,6		
Artisans, commerçants et chefs entreprise	8	10,5		6	7,1		16	11,5		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10	13,2		10	11,8		12	8,6		
Professions intermédiaires	6	7,9		12	14,1		7	5,0		
Employés	35	46,1		25	29,4		42	30,2		
Ouvriers	5	6,6		18	21,2		27	19,4		

Annexe 4. Tableau comparatif des caractéristiques sociodémographiques et médicales des utilisateurs de MCA « courants » (oui<1an) aux utilisateurs de MCA anciens/occasionnels (oui au moins une fois)

	Oui<1an N=76 (25.3%)			Oui au moins 1 fois N=85 (28.3%)			Non N=139 (46.3%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Etudiants	3	3,9		4	4,7		6	4,3		
Autres sans activité professionnelle	8	10,5		6	7,1		17	12,2		
Couverture sociale										0,8129
Mutuelle	74	97,4		82	96,5		132	95,0		
CMU	2	2,6		3	3,5		6	4,3		
Aucune	.			.			1	0,7		
Médecin traitant déclaré ?										0,3930
Non	1	1,3		.			3	2,2		
Oui	75	98,7		85	100,0		136	97,8		
Fréquence du recours au médecin traitant										0,1119
Jamais ou presque jamais	13	17,3		19	22,4		41	30,1		
Au moins 1 fois par an	33	44,0		27	31,8		39	28,7		
Régulièrement	29	38,7		39	45,9		56	41,2		
Distance kilométrique médecin-patient	75	8,1	9,2	85	6,0	5,2	136	8,3	6,9	0,0538
Densité médicale	75	6,9	2,6	85	6,8	2,9	136	6,7	2,8	0,9077
Difficultés d'obtenir une consultation « en urgence » ?										0,1912
Non	61	81,3		77	90,6		120	88,2		
Oui	14	18,7		8	9,4		16	11,8		
Durée moyenne d'une consultation										0,7595
<15 minutes	30	40,0		35	41,2		48	35,3		
15 à 30 minutes	39	52,0		43	50,6		80	58,8		
>30 minutes	6	8,0		7	8,2		8	5,9		
Prise d'un traitement au long cours ?										0,4610
Non	43	57,3		55	64,7		77	56,6		
Oui	32	42,7		30	35,3		59	43,4		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 13MAR2012

Annexe 5 : Analyses bivariées

Recours aux MCA suivant le sexe et la tranche d'âge

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques des répondants selon le sexe

	Homme N=145 (48.3%)			Femme N=155 (51.7%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Type de recueil de données							<0,0001
Téléphone	64	44,1		155	100,0		
Dans la rue	81	55,9		.			
MCA							0,0701
Non	75	51,7		64	41,3		
Oui	70	48,3		91	58,7		
Recours aux MCA							0,0004
Oui <1an	22	15,2		54	34,8		
Oui au moins 1 fois	48	33,1		37	23,9		
Non	75	51,7		64	41,3		
Age	145	48,3	17,9	155	53,0	16,1	0,0168
Classe d'âge							0,0191
<30 ans	24	16,6		11	7,1		
30-44 ans	45	31,0		37	23,9		
45-<60 ans	36	24,8		59	38,1		
60-<75 ans	26	17,9		29	18,7		
>=75 ans	14	9,7		19	12,3		
Situation familiale							0,1111
Vit seul	21	14,5		15	9,7		
Vit en couple	115	79,3		121	78,1		
Autres	9	6,2		19	12,3		
Niveau d'études							0,0976
Aucun diplôme	8	5,5		17	11,0		
Certificat d'études primaires	15	10,3		29	18,7		
CAP ou BEP	48	33,1		39	25,2		
BEPC ou brevet des collèges	11	7,6		15	9,7		
Baccalauréat	29	20,0		20	12,9		
Diplôme niveau bac + 2	17	11,7		19	12,3		
Diplôme supérieur à bac + 2	17	11,7		16	10,3		
Type d'activité							0,1764
Actifs	97	66,9		92	59,4		
Inactifs	48	33,1		63	40,6		
Catégorie socio-professionnelle							0,0013
Agriculteurs exploitants	9	6,2		8	5,2		
Artisans, commerçants et chefs entreprise	16	11,0		14	9,0		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	20	13,8		12	7,7		
Professions intermédiaires	13	9,0		12	7,7		
Employés	43	29,7		59	38,1		
Ouvriers	29	20,0		21	13,5		
Etudiants	10	6,9		3	1,9		
Autres sans activité professionnelle	5	3,4		26	16,8		
Couverture sociale							0,4467
Mutuelle	141	97,2		147	94,8		
CMU	4	2,8		7	4,5		
Aucune	.			1	0,6		
Recours Homéopathie							0,4694
Jamais	28	40,0		28	30,8		
Parfois	26	37,1		40	44,0		
Le plus souvent	16	22,9		23	25,3		
Recours Ostéopathie							0,1288
Jamais	39	55,7		45	49,5		

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques des répondants selon le sexe

	Homme N=145 (48.3%)			Femme N=155 (51.7%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Parfois	24	34,3		26	28,6		
Le plus souvent	7	10,0		20	22,0		
Recours Acupuncture							0,7035
Jamais	52	74,3		64	70,3		
Parfois	14	20,0		23	25,3		
Le plus souvent	4	5,7		4	4,4		
Recours Magnétiseur							0,3754
Jamais	53	75,7		60	65,9		
Parfois	14	20,0		24	26,4		
Le plus souvent	3	4,3		7	7,7		
Recours Rebouteux							0,2464
Jamais	51	72,9		76	83,5		
Parfois	16	22,9		12	13,2		
Le plus souvent	3	4,3		3	3,3		
Recours Autres MCA							0,0005
Jamais	61	87,1		56	61,5		
Parfois	7	10,0		15	16,5		
Le plus souvent	2	2,9		20	22,0		
Recours via							0,0752
Médecin traitant	17	24,3		17	18,7		
Médias presse	2	2,9		11	12,1		
Proches	50	71,4		63	69,2		
Internet	1	1,4		.			
Choix d'un médecin exerçant une MCA ?							0,2448
Oui, remboursement	5	7,1		5	5,5		
Oui, sécurité des soins	16	22,9		25	27,5		
Non choisi	42	60,0		43	47,3		
Oui, autres	7	10,0		18	19,8		
Problème aigu/ponctuel							0,3586
Non	25	35,7		39	42,9		
Oui	45	64,3		52	57,1		
Problème chronique							0,0093
Non	34	48,6		26	28,6		
Oui	36	51,4		65	71,4		
MCA : échec médecine conventionnelle							0,4951
D'accord	37	52,9		53	58,2		
Pas d'accord	33	47,1		38	41,8		
MCA : peur des médicaments							0,0005
D'accord	58	82,9		52	57,1		
Pas d'accord	12	17,1		39	42,9		
MCA : complémentaire à la médecine							0,0002
D'accord	47	67,1		34	37,4		
Pas d'accord	23	32,9		57	62,6		
MCA : tout essayer pour garder la santé							0,2855
D'accord	32	45,7		34	37,4		
Pas d'accord	38	54,3		57	62,6		
MCA : autres raisons							0,7631
D'accord	53	75,7		67	73,6		
Pas d'accord	17	24,3		24	26,4		
MCA : satisfait prise en charge							0,4430
D'accord	6	8,6		5	5,5		
Pas d'accord	64	91,4		86	94,5		

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques des répondants selon le sexe

	Homme N=145 (48.3%)			Femme N=155 (51.7%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
MCA : satisfait efficacité							0,3877
D'accord	17	24,3		17	18,7		
Pas d'accord	53	75,7		74	81,3		
Médecin traitant (MG) déclaré ?							0,3565
Non	3	2,1		1	0,6		
Oui	142	97,9		154	99,4		
MG : fréquence du recours							0,0177
Jamais ou presque jamais	44	31,0		29	18,8		
Au moins 1 fois par an	49	34,5		50	32,5		
Régulièrement	49	34,5		75	48,7		
MG : distance médecin-patient	142	0,9	0,9	154	0,9	0,8	0,6938
Densité médicale	142	6,7	2,7	154	6,9	2,8	0,6380
MG : urgence							0,0689
Non	129	90,8		129	83,8		
Oui	13	9,2		25	16,2		
MG : durée consultation							0,6428
<15 minutes	55	38,7		58	37,7		
15 à 30 minutes	79	55,6		83	53,9		
>30 minutes	8	5,6		13	8,4		
MG : traitement au long cours							0,0020
Non	97	68,3		78	50,6		
Oui	45	31,7		76	49,4		
Utilité d'échanger avec son MG sur MCA							0,0078
Oui, collaboration	9	6,3		32	20,8		
Oui, sans collaboration	22	15,5		23	14,9		
Oui, désapprouvé	4	2,8		6	3,9		
Oui, jamais échangé	45	31,7		39	25,3		
Non, pas intérêt	62	43,7		54	35,1		

* écart-type
** Test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 18APR2012

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants ayant eu recours au MCA selon leur sexe

	Homme N=70 (43.5%)			Femme N=91 (56.5%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Type de recueil de données							<0,0001
Téléphone	30	42,9		91	100,0		
Dans la rue	40	57,1		.			
Age	70	48,4	16,6	91	50,3	13,5	0,4065

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants ayant eu recours au MCA selon leur sexe

	Homme N=70 (43.5%)			Femme N=91 (56.5%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Recours Autres MCA							0,0005
Jamais	61	87,1		56	61,5		
Parfois	7	10,0		15	16,5		
Le plus souvent	2	2,9		20	22,0		
Recours via							0,1073
Médecin traitant	17	24,3		17	18,7		
Médias presse	2	2,9		11	12,1		
Proches	50	71,4		63	69,2		
Internet	1	1,4		.			
Choix MG							0,2448
Remboursé	5	7,1		5	5,5		
Sécurité des soins	16	22,9		25	27,5		
Non choisi	42	60,0		43	47,3		
Autres	7	10,0		18	19,8		
MCA : problème aigu/ponctuel							0,3586
Non	25	35,7		39	42,9		
Oui	45	64,3		52	57,1		
MCA : problème chronique							0,0093
Non	34	48,6		26	28,6		
Oui	36	51,4		65	71,4		
MCA : échec médecine conventionnelle							0,4951
D'accord	37	52,9		53	58,2		
Pas d'accord	33	47,1		38	41,8		
MCA : Peur des médicaments							0,0005
D'accord	58	82,9		52	57,1		
Pas d'accord	12	17,1		39	42,9		
MCA : complémentaire à la médecine							0,0002
D'accord	47	67,1		34	37,4		
Pas d'accord	23	32,9		57	62,6		
MCA : tout essayer pour garder la santé							0,2855
D'accord	32	45,7		34	37,4		
Pas d'accord	38	54,3		57	62,6		
MCA : autres							0,7631
D'accord	53	75,7		67	73,6		
Pas d'accord	17	24,3		24	26,4		
MCA : satisfait prise en charge							0,4430
D'accord	6	8,6		5	5,5		
Pas d'accord	64	91,4		86	94,5		
MCA : satisfait efficacité							0,3877
D'accord	17	24,3		17	18,7		
Pas d'accord	53	75,7		74	81,3		
Non	.			1	1,1		
Médecin traitant (MG) déclaré ?							0,3790
Oui	70	100,0		90	98,9		
MG : fréquence du recours							0,2740
Jamais ou presque jamais	18	25,7		14	15,6		
Au moins 1 fois par an	25	35,7		35	38,9		
Régulièrement	27	38,6		41	45,6		
MG : distance médecin-patient	70	0,9	0,9	90	0,8	0,8	0,7809

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants ayant eu recours au MCA selon leur sexe

	Homme N=70 (43.5%)			Femme N=91 (56.5%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Densité médicale	70	6,6	2,7	90	7,0	2,8	0,3255
MG : urgence							0,4521
Non	62	88,6		76	84,4		
Oui	8	11,4		14	15,6		
MG : durée consultation							0,5090
<15 minutes	32	45,7		33	36,7		
15 à 30 minutes	33	47,1		49	54,4		
>30 minutes	5	7,1		8	8,9		
MG : traitement au long cours							0,0198
Non	50	71,4		48	53,3		
Oui	20	28,6		42	46,7		
Utilité d'échanger avec son MG sur MCA							0,0008
Oui, collaboration	7	10,0		31	34,4		
Oui, sans collaboration	17	24,3		23	25,6		
Oui, désapprouvé	2	2,9		6	6,7		
Oui, jamais échangé	21	30,0		17	18,9		
Non, pas intérêt	23	32,9		13	14,4		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 18APR2012

Annexe 5. "Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants n'ayant pas eu de recours au MCA" selon leur sexe.

	Homme N=75 (54.0%)			Femme N=64 (46.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Age	75	48,2	19,2	64	56,8	18,7	0,0087
Classe d'âge							0,1419
<30 ans	15	20,0		5	7,8		
30-44 ans	19	25,3		13	20,3		
45-<60 ans	19	25,3		16	25,0		
60-<75 ans	12	16,0		15	23,4		
>=75 ans	10	13,3		15	23,4		
Situation familiale							0,0643
Vit seul	14	18,7		8	12,5		
Vit en couple	54	72,0		41	64,1		
Autres	7	9,3		15	23,4		
Niveau d'études							0,0051
Aucun diplôme	4	5,3		12	18,8		
Certificat d'études primaires	9	12,0		18	28,1		
CAP ou BEP	25	33,3		17	26,6		
BEPC ou brevet des collèges	5	6,7		5	7,8		

Annexe 5. "Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des répondants n'ayant pas eu de recours au MCA" selon leur sexe.

	Homme N=75 (54.0%)			Femme N=64 (46.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Baccalauréat	14	18,7		3	4,7		
Diplôme niveau bac + 2	9	12,0		3	4,7		
Diplôme supérieur à bac + 2	9	12,0		6	9,4		
Activité professionnelle							0,0177
Actifs	49	65,3		29	45,3		
Inactifs	26	34,7		35	54,7		
Catégorie socio-professionnelle							0,0354
Agriculteurs exploitants	5	6,7		7	10,9		
Artisans, commerçants et chefs entreprise	11	14,7		5	7,8		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10	13,3		2	3,1		
Professions intermédiaires	4	5,3		3	4,7		
Employés	21	28,0		21	32,8		
Ouvriers	15	20,0		12	18,8		
Etudiants	5	6,7		1	1,6		
Autres sans activité professionnelle	4	5,3		13	20,3		
Non-MCA : satisfait MG							0,5079
D'accord	25	33,3		18	28,1		
Pas d'accord	50	66,7		46	71,9		
Non-MCA : MCA inconnu							0,0879
D'accord	46	61,3		30	46,9		
Pas d'accord	29	38,7		34	53,1		
Non-MCA : MCA non preuve scientifique							0,2659
D'accord	59	78,7		55	85,9		
Pas d'accord	16	21,3		9	14,1		
Non-MCA : méfiance							0,7181
D'accord	66	88,0		55	85,9		
Pas d'accord	9	12,0		9	14,1		
Non-MCA : autre							0,1583
D'accord	52	69,3		37	57,8		
Pas d'accord	23	30,7		27	42,2		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 18APR2012

Annexe 5. Comparaison des répondants ayant eu recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=15 (9.3%)			30-44 ans N=50 (31.1%)			45-<60 ans N=60 (37.3%)			60-<75 ans N=28 (17.4%)			>=75 ans N=8 (5.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Type de recueil de données																0,2217
Téléphone	9	60,0		36	72,0		50	83,3		19	67,9		7	87,5		
Dans la rue	6	40,0		14	28,0		10	16,7		9	32,1		1	12,5		
Recours aux MCA ?																.
Oui	15	100,0		50	100,0		60	100,0		28	100,0		8	100,0		
Sexe																0,0526
Homme	9	60,0		26	52,0		17	28,3		14	50,0		4	50,0		
Femme	6	40,0		24	48,0		43	71,7		14	50,0		4	50,0		
Age	15	22,9	2,4	50	38,8	3,9	60	52,8	4,1	28	67,3	4,8	8	79,0	3,3	<0,0001
Situation familiale																<0,0001

Annexe 5. Comparaison des répondants ayant eu recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=15 (9.3%)			30-44 ans N=50 (31.1%)			45-<60 ans N=60 (37.3%)			60-<75 ans N=28 (17.4%)			>=75 ans N=8 (5.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Vit seul	5	33,3		1	2,0		6	10,0		2	7,1		.			
Vit en couple	6	40,0		49	98,0		54	90,0		25	89,3		7	87,5		
Autres	4	26,7		.			.			1	3,6		1	12,5		
Niveau d'étude																0,0092
Aucun	.			4	8,0		3	5,0		1	3,6		1	12,5		
Certificat d'études primaires	.			.			8	13,3		7	25,0		2	25,0		
BEPC ou brevet des collèges	.			2	4,0		6	10,0		7	25,0		1	12,5		
Baccalauréat	7	46,7		12	24,0		11	18,3		2	7,1		.			
Diplôme niveau bac+2	3	20,0		9	18,0		9	15,0		3	10,7		.			
Diplôme supérieur à bac+2	2	13,3		9	18,0		4	6,7		2	7,1		1	12,5		
Activité professionnelle																<0,0001
Actifs	8	53,3		48	96,0		48	80,0		7	25,0		.			
Inactifs	7	46,7		2	4,0		12	20,0		21	75,0		8	100,0		
Catégorie socio-professionnelle																<0,0001
Agriculteurs exploitants	.			3	6,0		2	3,3		.			.			
Artisans, commerçants et chefs entreprise	1	6,7		5	10,0		4	6,7		4	14,3		.			
Cadres et professions intellectuelles supérieures	.			10	20,0		4	6,7		4	14,3		2	25,0		
Professions intermédiaires	1	6,7		4	8,0		8	13,3		5	17,9		.			
Employés	4	26,7		18	36,0		29	48,3		7	25,0		2	25,0		
Ouvriers	2	13,3		5	10,0		7	11,7		5	17,9		4	50,0		
Etudiants	7	46,7		.			.			.			.			
Autres sans activité professionnelle	.			5	10,0		6	10,0		3	10,7		.			
Couverture sociale																0,5517
Mutuelle	15	100,0		47	94,0		58	96,7		28	100,0		8	100,0		
CMU	.			3	6,0		2	3,3		.			.			
Recours Homéopathie																0,4647
Jamais	3	20,0		17	34,0		21	35,0		13	46,4		2	25,0		
Parfois	9	60,0		18	36,0		28	46,7		8	28,6		3	37,5		
Le plus souvent	3	20,0		15	30,0		11	18,3		7	25,0		3	37,5		
Recours Ostéopathie																0,1979
Jamais	10	66,7		21	42,0		31	51,7		15	53,6		7	87,5		
Parfois	4	26,7		21	42,0		15	25,0		9	32,1		1	12,5		
Le plus souvent	1	6,7		8	16,0		14	23,3		4	14,3		.			
Recours Acupuncture																0,0640
Jamais	13	86,7		39	78,0		44	73,3		17	60,7		3	37,5		
Parfois	1	6,7		10	20,0		13	21,7		10	35,7		3	37,5		
Le plus souvent	1	6,7		1	2,0		3	5,0		1	3,6		2	25,0		
Recours Magnétiseur																0,3962
Jamais	13	86,7		36	72,0		43	71,7		16	57,1		5	62,5		

Annexe 5. Comparaison des répondants ayant eu recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=15 (9.3%)			30-44 ans N=50 (31.1%)			45-<60 ans N=60 (37.3%)			60-<75 ans N=28 (17.4%)			>=75 ans N=8 (5.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Parfois	2	13,3		12	24,0		11	18,3		10	35,7		3	37,5		
Le plus souvent	.			2	4,0		6	10,0		2	7,1		.			
Recours Rebouteux																0,1076
Jamais	13	86,7		39	78,0		49	81,7		22	78,6		4	50,0		
Parfois	1	6,7		10	20,0		11	18,3		3	10,7		3	37,5		
Le plus souvent	1	6,7		1	2,0		.			3	10,7		1	12,5		
Recours Autres MCA																0,0574
Jamais	14	93,3		42	84,0		39	65,0		16	57,1		6	75,0		
Parfois	1	6,7		5	10,0		9	15,0		5	17,9		2	25,0		
Le plus souvent	.			3	6,0		12	20,0		7	25,0		.			
Recours via																0,7858
Médecin traitant	4	26,7		12	24,0		12	20,0		3	10,7		3	37,5		
Médias presse	.			4	8,0		6	10,0		3	10,7		.			
Proches	11	73,3		33	66,0		42	70,0		22	78,6		5	62,5		
Internet	.			1	2,0		.			.			.			
Choix MG																0,4915
Remboursé	1	6,7		3	6,0		5	8,3		.			1	12,5		
Sécurité des soins	5	33,3		7	14,0		20	33,3		7	25,0		2	25,0		
Non choisi	7	46,7		29	58,0		29	48,3		17	60,7		3	37,5		
Autres	2	13,3		11	22,0		6	10,0		4	14,3		2	25,0		
MCA : problème aigu/ponctuel																0,5454
Non	5	33,3		20	40,0		21	35,0		15	53,6		3	37,5		
Oui	10	66,7		30	60,0		39	65,0		13	46,4		5	62,5		
MCA : problème chronique																0,1879
Non	8	53,3		22	44,0		22	36,7		6	21,4		2	25,0		
Oui	7	46,7		28	56,0		38	63,3		22	78,6		6	75,0		
MCA : échec médecine conventionnelle																0,1181
D'accord	11	73,3		21	42,0		35	58,3		17	60,7		6	75,0		
Pas d'accord	4	26,7		29	58,0		25	41,7		11	39,3		2	25,0		
MCA : peur des médicaments																0,2557
D'accord	14	93,3		32	64,0		39	65,0		20	71,4		5	62,5		
Pas d'accord	1	6,7		18	36,0		21	35,0		8	28,6		3	37,5		
MCA : complémentaire à la médecine																0,1619
D'accord	10	66,7		30	60,0		27	45,0		10	35,7		4	50,0		
Pas d'accord	5	33,3		20	40,0		33	55,0		18	64,3		4	50,0		
MCA : tout essayer pour garder la santé																0,0053
D'accord	7	46,7		15	30,0		23	38,3		13	46,4		8	100,0		
Pas d'accord	8	53,3		35	70,0		37	61,7		15	53,6		.			
MCA autres																0,9297
D'accord	12	80,0		37	74,0		45	75,0		21	75,0		5	62,5		
Pas d'accord	3	20,0		13	26,0		15	25,0		7	25,0		3	37,5		
MCA : satisfait prise en charge																0,0055
D'accord	1	6,7		1	2,0		3	5,0		3	10,7		3	37,5		
Pas d'accord	14	93,3		49	98,0		57	95,0		25	89,3		5	62,5		
MCA : satisfait efficacité																0,1979
D'accord	3	20,0		8	16,0		11	18,3		8	28,6		4	50,0		
Pas d'accord	12	80,0		42	84,0		49	81,7		20	71,4		4	50,0		
Non	.			.			1	1,7		.			.			

Annexe 5. Comparaison des répondants ayant eu recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=15 (9.3%)			30-44 ans N=50 (31.1%)			45-<60 ans N=60 (37.3%)			60-<75 ans N=28 (17.4%)			>=75 ans N=8 (5.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Médecin traitant déclaré ?																0,7918
Oui	15	100,0		50	100,0		59	98,3		28	100,0		8	100,0		
MG : fréquence du recours																0,0182
Jamais ou presque jamais	3	20,0		15	30,0		12	20,3		2	7,1		.			
Au moins 1 fois par an	7	46,7		23	46,0		20	33,9		8	28,6		2	25,0		
Régulièrement	5	33,3		12	24,0		27	45,8		18	64,3		6	75,0		
MG : distance médecin-patient	15	0,7	0,9	50	1,0	0,9	59	0,9	0,9	28	0,8	0,8	8	0,1	0,4	0,0849
Densité médicale	15	8,0	3,5	50	5,4	2,0	59	7,4	2,7	28	7,7	2,5	8	6,8	3,2	0,0002
MG : urgence																0,7236
Non	13	86,7		42	84,0		52	88,1		23	82,1		8	100,0		
Oui	2	13,3		8	16,0		7	11,9		5	17,9		.			
MG : durée consultation																0,7647
<15 minutes	7	46,7		24	48,0		22	37,3		10	35,7		2	25,0		
15 à 30 minutes	6	40,0		23	46,0		32	54,2		15	53,6		6	75,0		
>30 minutes	2	13,3		3	6,0		5	8,5		3	10,7		.			
MG : traitement au long cours																<0,0001
Non	12	80,0		43	86,0		30	50,8		11	39,3		2	25,0		
Oui	3	20,0		7	14,0		29	49,2		17	60,7		6	75,0		
Utilité d'échanger avec son MG sur MCA																0,4974
Oui, collaboration	2	13,3		13	26,0		17	28,8		4	14,3		2	25,0		
Oui, sans collaboration	3	20,0		15	30,0		16	27,1		6	21,4		.			
Oui, désapprouvé	.			3	6,0		2	3,4		2	7,1		1	12,5		
Oui, jamais échangé	4	26,7		10	20,0		14	23,7		9	32,1		1	12,5		
Non, pas intérêt	6	40,0		9	18,0		10	16,9		7	25,0		4	50,0		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 18APR2012

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques des répondants n'ayant pas eu de recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=20 (14.4%)			30-44 ans N=32 (23.0%)			45-<60 ans N=35 (25.2%)			60-<75 ans N=27 (19.4%)			>=75 ans N=25 (18.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Age	20	23,8	3,9	32	36,3	4,5	35	51,7	4,1	27	66,6	4,2	25	80,4	3,4	<0,0001
Sexe																0,1419
Homme	15	75,0		19	59,4		19	54,3		12	44,4		10	40,0		
Femme	5	25,0		13	40,6		16	45,7		15	55,6		15	60,0		
Situation familiale																<0,0001
Vit seul	9	45,0		5	15,6		6	17,1		1	3,7		1	4,0		
Vit en couple	8	40,0		26	81,3		28	80,0		21	77,8		12	48,0		

Annexe 5. Comparaison des caractéristiques des répondants n'ayant pas eu de recours au MCA selon la tranche d'âge

	<30 ans N=20 (14.4%)			30-44 ans N=32 (23.0%)			45-<60 ans N=35 (25.2%)			60-<75 ans N=27 (19.4%)			>=75 ans N=25 (18.0%)			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Autres	3	15,0		1	3,1		1	2,9		5	18,5		12	48,0		
Niveau d'étude																<0,0001
Aucun diplôme	1	5,0		1	3,1		4	11,4		5	18,5		5	20,0		
Certificat d'études primaires	.			.			4	11,4		10	37,0		13	52,0		
CAP ou BEP	3	15,0		14	43,8		14	40,0		8	29,6		3	12,0		
BEPC ou brevet des collèges	2	10,0		2	6,3		3	8,6		1	3,7		2	8,0		
Baccalauréat	5	25,0		5	15,6		5	14,3		1	3,7		1	4,0		
Diplôme niveau bac+2	4	20,0		2	6,3		3	8,6		2	7,4		1	4,0		
Diplôme supérieur à ba+2	5	25,0		8	25,0		2	5,7		.			.			
Activité professionnelle																<0,0001
Actifs	13	65,0		31	96,9		32	91,4		2	7,4		.			
Inactifs	7	35,0		1	3,1		3	8,6		25	92,6		25	100,0		
Catégorie socio-professionnelle																<0,0001
Agriculteurs exploitants	1	5,0		.			4	11,4		4	14,8		3	12,0		
Artisans, commerçants et chefs entreprise	.			6	18,8		3	8,6		5	18,5		2	8,0		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2	10,0		7	21,9		2	5,7		.			1	4,0		
Professions intermédiaires	.			2	6,3		4	11,4		1	3,7		.			
Employés	7	35,0		7	21,9		13	37,1		8	29,6		7	28,0		
Ouvriers	.			6	18,8		6	17,1		8	29,6		7	28,0		
Etudiants	6	30,0		.			.			.			.			
Autres sans activité professionnelle	4	20,0		4	12,5		3	8,6		1	3,7		5	20,0		
Non-MCA : satisfait MG																0,3365
D'accord	5	25,0		11	34,4		15	42,9		7	25,9		5	20,0		
Pas d'accord	15	75,0		21	65,6		20	57,1		20	74,1		20	80,0		
Non-MCA : MCA inconnu :																0,7926
D'accord	12	60,0		18	56,3		19	54,3		12	44,4		15	60,0		
Pas d'accord	8	40,0		14	43,8		16	45,7		15	55,6		10	40,0		
Non-MCA : MCA non preuve scientifique																0,9113
D'accord	16	80,0		27	84,4		29	82,9		23	85,2		19	76,0		
Pas d'accord	4	20,0		5	15,6		6	17,1		4	14,8		6	24,0		
Non-MCA : méfiance																0,7086
D'accord	19	95,0		28	87,5		31	88,6		22	81,5		21	84,0		
Pas d'accord	1	5,0		4	12,5		4	11,4		5	18,5		4	16,0		
Non-MCA : autre																0,3105
D'accord	14	70,0		18	56,3		22	62,9		15	55,6		20	80,0		
Pas d'accord	6	30,0		14	43,8		13	37,1		12	44,4		5	20,0		

* écart-type
** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives
Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 18APR2012

RESUME DE LA THESE :

Le recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) connait ces dernières décennies un essor important dans les pays économiquement développés. En France, la prévalence du recours aux MCA en milieu rural n'est pas connue. Notre étude a permis d'évaluer la prévalence du recours aux MCA parmi les habitants du milieu rural, ses raisons et motivations. **Méthode :** Etude descriptive transversale menée en Lorraine reposant sur un questionnaire anonyme. Echantillon randomisé par tirage au sort de 10 cantons ruraux, puis du numéro téléphonique ou abord direct dans la rue. **Résultats :** Trois cents questionnaires ont été analysés. 53,7% des personnes ont eu recours à une MCA au moins une fois dans leur vie (IC 95% [30,6-76,8]) ; 25,3% dans les 12 derniers mois. Le sexe féminin, le niveau d'étude baccalauréat et vivre en couple sont les facteurs liés au recours aux MCA. Les éventuelles difficultés d'accès au médecin généraliste n'influençaient pas ce recours. Homéopathie et ostéopathie sont les principales MCA consultées. Les MCA « traditionnelles » occupent une place importante en milieu rural. Les principales indications citées par les patients pour recourir aux MCA sont les soucis ostéoarticulaires et les douleurs. La moitié des utilisateurs le font en complément ou suite à un échec de la médecine conventionnelle. 60,8% des personnes interrogées trouvent qu'il serait utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet, seule la moitié d'entre eux (32,4%) l'ont déjà fait. **Conclusion :** Ces résultats concernent directement les médecins généralistes qui doivent faire preuve d'ouverture face aux attentes et choix thérapeutiques de la moitié de leur patient.

TITRE: Use of Complementary and Alternative Medicine in rural population

---

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2012

MOTS CLEFS : Médecines Complémentaires et Alternatives – Médecine Générale – Santé en zone rurale – Acupuncture – Homéopathie – Ostéopathie

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX