

**Recours aux médecines complémentaires et alternatives
non médicamenteuses par les patients douloureux
chroniques : étude observationnelle descriptive
transversale par enquête publique**

Bérénice Léoutre-Falmagne

► **To cite this version:**

Bérénice Léoutre-Falmagne. Recours aux médecines complémentaires et alternatives non médicamenteuses par les patients douloureux chroniques : étude observationnelle descriptive transversale par enquête publique. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297467

HAL Id: hal-03297467

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297467>

Submitted on 23 Jul 2021

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.



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>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2018 par

Bérénice FALMAGNE, épouse LÉOUTRE-FALMAGNE

née le 1er mars 1991 à Ottignies (Belgique)

**RECOURS AUX MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES NON
MÉDICAMENTEUSES PAR LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES**

**ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE PAR ENQUÊTE
PUBLIQUE**

Examineurs de la thèse :

PRESIDENT DU JURY Monsieur le Professeur Jean-Dominique de Korwin, PU-PH

MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Gisèle Kanny, PU-PH, Juge

Monsieur le Docteur Matthias Poussel, MCU-PH, Juge

Monsieur le Docteur Olivier Hanriot, CCU-MG, Juge

Madame le Docteur Christine Lefebvre-Kaczmarz, médecin généraliste, Juge et Directrice



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel
BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel
BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de
LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -
Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSDIDIER - Oliéro GUERCI

Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel
LAXENAIRE - Alain LE FAOU

Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL
- Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL -
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANG - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -
Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON -
Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD -
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

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 René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4ème sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER
- Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
- Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

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)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET -

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4ème sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALABERTOLA

4ème sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

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

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3ème sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis

GELLY - Madame Ketsia HESS

Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse, Monsieur le Professeur Jean-Dominique de Korwin, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Médecine Interne et Gastro-Entérologie,

Nous vous sommes reconnaissante pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury.

Soyez vivement remercié pour l'attention que vous avez portée à notre travail, vos conseils avisés, votre bienveillance et vos encouragements.

Guidée par le respect que nous avons pour vous, nous avons pris plaisir à mener à bien ce projet. Merci d'avoir éveillé notre curiosité et aiguisé notre esprit critique.

A Madame le Professeur Gisèle Kanny, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie,
Pour avoir accepté de mettre ses compétences au service de l'évaluation de ce travail et pour l'intérêt qu'elle y a porté, nous lui sommes reconnaissantes.

A Monsieur le Docteur Mathias Poussel, Maître de Conférence des Universités et Praticien Hospitalier en Physiologie,
Pour s'être rendu disponible et avoir porté intérêt à notre travail, tous nos remerciements.

A Monsieur le Docteur Olivier Hanriot, Docteur en médecine, Chef Clinique des Universités,
Merci d'avoir accepté de nous accompagner durant ce travail, participé à notre formation et nous avoir généreusement encouragée. Une disponibilité et une sympathie qui m'ont été précieuses.

A notre Directrice de Thèse, Madame le Docteur Christine Lefebvre-Kaczmarz,
Docteur en médecine,
présente dès les prémices de ce travail, combative et disponible aux moments opportuns. Qu'elle soit remerciée pour son accueil, ses encouragements et la qualité de son compagnonnage.
Qu'elle soit assurée que son héritage « ès aiguilles » portera ses fruits chez nous, même en dehors de la pratique de l'acupuncture !

Au Docteur Damien Gonthier, CCU-MG, qui m'a apporté son soutien au cours des balbutiements de ce travail, quand le doute et l'inquiétude étaient au premier plan.

A Maylis, venue à la rescousse quand je m'inquiétais pour mes biostatistiques. Je t'en suis extrêmement reconnaissante.

A tous les répondants et ceux qui ont fait circuler notre questionnaire, pour votre temps et votre considération. Ce travail n'aurait évidemment pas été possible sans vous.

A mes enseignants, en Belgique, en Allemagne et en France, des classes élémentaires jusqu'à ma formation universitaire, qui m'ont aidée à développer toutes mes capacités d'apprentissage, qui m'ont donné le goût de la connaissance, et la force de persévérer. Qu'ils reçoivent ici l'expression de ma reconnaissance sincère.

A mes maîtres de stages rencontrés durant l'externat et l'internat, et plus particulièrement au **Docteur Guy Thinus**, qui fut une inspiration et une belle rencontre humaine. Merci d'avoir partagé tes savoirs, médicaux et humains, et de m'avoir confortée dans ma vocation.

Aux professionnels de santé qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre durant ma formation médicale, pour leur bienveillance et le partage riche de leurs expériences.

A mes coexternes et cointernes, qui pour certains sont devenus des amis proches, il y a plus que de la médecine entre nous. Bon vent à vous.

Aux patients que j'ai été amenée à rencontrer, pour leur tolérance et leur patience, pour l'expérience qu'ils m'ont permis d'acquérir. Qu'ils me pardonnent pour mes maladresses et mes erreurs. Qu'ils soient remerciés de leur confiance.

A mes parents, fidèles conseillers, aviseurs et relecteurs de ce travail, mais surtout soutiens à travers vents et marées, qui m'ont accompagnée dans les épreuves, ont partagé beaucoup de mes joies, m'ont toujours enrichie de leur expérience, de leur confiance et de leur amour. Merci pour tout.

A mon époux Thibault, qui a usé avec dextérité et célérité de ses compétences en informatique pour me faire gagner un temps précieux. Sois remercié ici pour ta contribution efficace. Que la suite de notre vie à deux me permette de te remercier chaque jour du bonheur que tu m'apportes.

A mes enfants Baudouin et Agnès, qui sont ma plus grande fierté. Je leur souhaite de grandir dans un monde qui s'améliore chaque jour ; qu'ils y trouvent leur voie comme j'ai eu la chance de trouver la mienne. Qu'ils puissent trouver dans le cocon familial les clés pour s'épanouir selon leur potentiel. Qu'ils soient assurés de mon amour inconditionnel.

A ma famille, ma soeur Elizabeth et mon frère Guillaume, tous les Falmagne, les Draelants et les « pièces rapportées », vous êtes un bien précieux que je voudrais pouvoir conserver toujours. Merci d'être là et merci d'être vous.

A ma belle-famille, les Léoutre, pour m'avoir accueillie parmi vous et portée dans tous mes projets de multiples manières, je vous remercie du fond du cœur !

A mes amis, proches ou éloignés, dont je regretterai toujours de ne pas avoir pris plus de temps à leur accorder. Merci pour votre présence.

A Anne-Marie, dite « Nanou », une nounou d'une qualité rare, qui m'a permis de travailler tout en ayant une entière confiance dans le bien-être dont mes enfants bénéficieraient pendant mon absence. Un grand merci du fond du cœur.

Et enfin merci à tous ceux que je n'ai pas cités, et qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à mon instruction, à ce travail, ou à mon bonheur en général.

SERMENT d'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise 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 et 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 la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	Page 11
SERMENT d'HIPPOCRATE	Page 15
TABLE DES TABLEAUX	Page 17
TABLE DES FIGURES	Page 19
ABRÉVIATIONS	Page 20
INTRODUCTION GÉNÉRALE	Page 22
ARTICLE	
I. INTRODUCTION	Page 26
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	Page 26
1. Type d'étude	
2. Conception du questionnaire	
3. Stratégie de la recherche documentaire	
4. Enquête	
5. Traitement des données et analyse statistique	
III. RÉSULTATS	Page 29
1. Analyse descriptive	
1.1. Participation	
1.2. Caractéristiques de l'échantillon global	
1.3. Critère de jugement principal : Recours à au moins une MCANM	
1.4. Place des MCANM dans le parcours de soin	
1.5. Source d'information principale pour le recours aux MCANM	
1.6. Raisons du non-recours aux MCANM	
1.7. Recommandation des MCANM à ses proches	
1.8. Motifs de non-recommandation	
2. Analyse bivariée	
2.1. Déterminants socio-démographiques et médicaux du recours aux MCANM	
2.2. Déterminants de la place des MCANM dans le parcours de soins	
2.3. Déterminants de la recommandation des MCANM	
3. Analyse multivariée	
3.1. Influence des caractéristiques sur le recours aux MCANM	
3.2. Influence des caractéristiques sur la place des MCANM dans le parcours de soins	
3.3. Déterminants de la recommandation des MCANM	
3.4. Synthèse	
IV. DISCUSSION	Page 44
1. Critique de l'étude	
1.1. Faiblesses	
1.2. Forces	
2. Discussion des résultats	
2.1. Caractéristiques de l'échantillon	
2.2. Profil-type de patient douloureux chronique ayant recours aux MCANM	
2.3. Types de MCA auxquelles les patients ont recours	
2.4. Mécanismes de la douleur et diagnostic étiologique de la douleur chronique	
2.5. Sous-représentation des patients atteints de cancer dans l'échantillon	
2.6. Nombre de pathologies expliquant les douleurs chroniques	
2.7. La question du coût et la gestion médico-administrative de la douleur chronique	
2.8. Orientation vers une MCA : quelle source d'information principale ?	
2.9. La place des MCANM dans la prise en charge antalgique	
2.10. Choix de ne pas recourir aux MCA	
V. CONCLUSION	Page 54

CONCLUSION GÉNÉRALE ET PERSPECTIVES

Page 56

BIBLIOGRAPHIE

Page 58

ANNEXES

Page 61

Annexe 1 : Questionnaire anonyme

Annexe 2 : Tract distribué en cabinet et pharmacie, donnant accès au questionnaire en ligne

Annexe 3 : Résultats exhaustifs d'analyse multivariée

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des étiologies des douleurs chroniques dans l'échantillon

Tableau 2 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques ayant recours aux MCANM en général, et de ceux n'y ayant pas recours

Tableau 3 : tableau récapitulatif des types de MCANM utilisées par notre échantillon

Tableau 4 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques ayant recours aux MCANM en première intention, en complément des thérapeutiques conventionnelles, ou après échec des thérapeutiques conventionnelles

Tableau 5 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques qui recommanderaient l'utilisation des MCA et ceux qui ne les recommanderaient pas

Tableau 6 : tableau comparatif des caractéristiques des échantillons globaux

Tableau 7 : tableau comparatif des déterminants du recours aux MCA dans la littérature existante

Tableau 8 : tableau comparatif des types de MCANM utilisées

Tableau 9 : analyse multivariée : déterminants du recours aux MCANM en général

Tableau 10 : analyse multivariée : déterminants du recours à l'acupuncture

Tableau 11 : analyse multivariée : déterminants du recours à l'ostéopathie

Tableau 12 : analyse multivariée : déterminants du recours aux autres MCANM (non reconnues par le CNOM)

Tableau 13 : analyse multivariée : influence des caractéristiques socio-démographiques et médicales sur la place des MCANM dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques

Tableau 14 : analyse multivariée : influence des caractéristiques socio-démographiques et médicales sur la recommandation des MCANM

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des âges dans l'échantillon global

Figure 2 : Répartition des niveaux d'instruction dans l'échantillon global

Figure 3 : Répartition des types d'activité professionnelle dans l'échantillon global

Figure 4 : Flow-chart

Figure 5 : Place des MCANM dans le parcours de soin des patients douloureux chroniques y ayant eu recours

Figure 6 : Répartition des sources d'information

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CEN : Collège des Enseignants de Neurologie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EBM : Evidence-Based Medicine

GETCOP : Groupe d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : l'Association Internationale pour l'étude de la douleur

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

MCA : Médecines complémentaires et alternatives

MCANM : Médecines complémentaires et alternatives non-médicamenteuses

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MeSH : Medical Subject Heading

NCCAM : National Center of Complementary and Alternative Medicine

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAR : Polyarthrite rhumatoïde

RQTH : Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé

SDC : Structures spécialisées pluridisciplinaires de prise en charge de la Douleur Chronique

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

*« Il est plus important de savoir quel type de personne a une maladie que le type de maladie dont la personne souffre. »
Sir William Osler (1849-1919)*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Tout médecin rêverait d'avoir à traiter uniquement des patients qui présenteraient des tableaux cliniques académiques, « comme dans les livres » ; aux conséquences prévisibles, classables en catégories, sur lesquels les algorithmes de décision s'appliqueraient parfaitement. La réponse que nous pourrions alors apporter en tant que praticien serait claire et assurée, vérifiée et défendable ; rendant notre tâche plus aisée, et satisfaisante pour nos patients. Malheureusement, non seulement la médecine n'est pas une science exacte, mais nous nous retrouvons confrontés à des patients polyopathologiques, ayant du mal à exprimer leurs symptômes, présentant des syndromes complexes dont la cause n'est pas facilement identifiable avec les moyens disponibles. Le médecin généraliste, praticien de soins premiers, est en première ligne. Non seulement le patient souffrant viendra le voir en attendant un soulagement, mais il reviendra aussi quand il n'aura pas été soulagé par sa prise en charge ailleurs. Parmi les symptômes rencontrés en médecine générale, le plus récurrent est la douleur. La douleur, signe d'alerte, effet secondaire ou syndrome à part entière quand elle se chronicise ; met en échec bon nombre de médecins.

La prévalence de la douleur (de fréquence quotidienne et/ou de durée persistante) dans la population générale a été évaluée en France à 31,7% (sur un échantillon de 24000 personnes en 2004)¹ et à 52% (sur un panel de 2000 personnes en 2014)².

Dans le fameux « colloque singulier » de la consultation, on peut parler d'un réel travail de « déchiffrement » du malade par le médecin, surtout dans ce cas, où la difficulté d'objectivation d'un fait aussi intime que la douleur rend la relation médecin-malade très fragile³. D'autant que la consultation médicale n'est pas uniquement un lieu de diagnostic et de thérapeutique au sens premier, mais un réceptacle de toutes sortes de plaintes sur le corps, outre les difficultés personnelles, professionnelles ou familiales. Les entendre, les écouter ou non, les intégrer ou non aux données de l'interrogatoire pour les traiter en tant que telles ou comme facteurs favorisants d'une autre pathologie, relève d'une capacité propre au praticien qui dépasse le savoir théorique.

Selon l'IASP⁴, la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ».

La HAS⁵ définit la douleur chronique comme un « syndrome multidimensionnel caractérisé, quelles que soient sa topographie ou son intensité, par la récurrence ou la persistance de la douleur au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée ; ainsi que par la détérioration significative des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie quotidienne ». C'est donc une expérience subjective complexe.

Un seuil de 3 à 6 mois est le plus communément admis pour la définition de la douleur chronique (dépassement de la durée habituelle de guérison tissulaire).

Étant données les conséquences physiques, psychiques et cognitives qu'une chronicisation de la douleur entraîne (elle a alors perdu son utilité physiologique de protection de l'organisme et devenue destructrice pour l'individu), il s'agit non seulement d'un enjeu de santé publique, mais également un problème de société et un indicateur de la qualité de nos systèmes de santé.

En 2006, l'étude « Pain in Europe Survey » montrait que deux patients sur trois étaient directement handicapés par la douleur dans leurs activités physiques, leur sommeil et leurs activités extérieures⁶. Économiquement parlant, elle est responsable d'une consommation importante de soins, d'une perte de productivité au travail et dans le fonctionnement social de l'individu. Sur le plan médico-sociologique, elle provoque une rupture du lien particulier entre le patient et son médecin, mène à une défiance vis-à-vis des thérapeutiques proposées et peut conduire le patient à des processus intellectuels irrationnels (« prêt à tout essayer pour ne plus avoir mal »).

En effet, Hart et al.⁷ ont mené une revue de la littérature scientifique des études sur le fonctionnement cognitif (capacités mnésiques, attentionnelles et fonctions exécutives) des patients

douloureux chroniques. Une différence significative des performances attentionnelles et mnésiques était observée⁸ proportionnellement à l'intensité de la douleur.

D'autre part, s'étant basés sur l'hypothèse d'une implication du cortex orbitofrontal à la fois dans la douleur et dans la génération des intonations émotionnelles, Apkarian et al.⁹ ont vérifié l'hypothèse d'un déficit de la gestion des états cognitifs émotionnels chez les patients douloureux chroniques. Ils ont comparé trois groupes de sujets réalisant la même tâche de pari, au cours de laquelle il est nécessaire de faire des choix adaptés qui permettent de refuser un gain immédiat au profit d'un gain plus important, mais différé dans le temps. Les patients douloureux chroniques, comparativement aux sujets sains, présentaient de plus grandes difficultés dans cette tâche. De plus, ils ne parvenaient pas à garder une succession de choix constants, donnant l'impression de conduire leur choix au hasard¹⁰. Cela étant, il est important de contrebalancer ces conclusions par les comorbidités, fréquentes chez les douloureux chroniques, comme l'anxiété, la dépression et le stress, ainsi que par la prise d'analgésiques (notamment opacés) au long cours ; tous ont des effets cognitifs péjoratifs connus¹¹.

Malgré des initiatives pour améliorer la prise en charge effective de ces patients, dont l'avènement et la promotion des SDC par la HAS⁵ et le ministère de la santé¹² sont emblématiques, il faut constater que la médecine peine encore à soulager les patients douloureux chroniques.

Une enquête menée entre 2011 et 2012 au sein de la SDC de Châteauroux¹³ par le Dr Florentin Clère (non publiée à ce jour) auprès de 300 patients révèle que 60% des patients douloureux chroniques interrogés attendaient une approche non-médicamenteuse de la part de la structure.

Bien que la médecine soit unique dans sa dimension de prise en charge globale de la santé des individus, par des savoirs théoriques et expérimentaux (« d'abord science puis art », diraient certains), des technologies, une philosophie ; elle est multiple dans ses modalités d'expression. Sa pratique est influencée par l'Histoire, la culture, les choix politiques (tradition libérale ou monopolistique notamment), les moyens financiers qui lui sont alloués, le territoire sur lequel elle prend racine...

Dans une démarche d'amélioration globale de l'état de santé, l'OMS propose l'émergence du concept de « médecine intégrative »¹⁴, une hybridation des pratiques non conventionnelles et de la médecine basée sur les preuves (EBM). En pratique, seuls la Corée, la Chine et le Vietnam ont un système de soins réellement hybridé.

Néanmoins, de plus en plus de thérapies complémentaires sont disponibles dans l'offre de soins ambulatoire et hospitalière ; elles sont intégrées à la politique de recherche pharmaceutique et clinique ainsi qu'à la politique de remboursement des soins¹⁵. Leur enseignement s'invite dans les facultés de médecine et instituts de formation des professionnels de santé, mais il persiste un besoin considérable de formation initiale et continue, indépendante et adaptée, des médecins généralistes, afin qu'ils connaissent les apports et les limites de l'offre de soins en ce qui concerne les MCA.

Dans ce contexte, divers projets scientifiques ont vu le jour, comme le GETCOP¹⁶, dont le premier congrès international a eu lieu à Nancy en 2016 ; mais également le Centre Intégré de Médecine Chinoise de l'APHP.

Toutefois, le prisme médical accentue encore trop l'écart entre la réalité du malade et celle du médecin. Une étude américaine¹⁷ a évalué à 50% la proportion de patients, qui, atteints de rhumatisme inflammatoire, n'informaient pas leur rhumatologue de leur recours aux MCA.

Shelley et al.¹⁸ quant à eux, ont démontré que l'ouverture du dialogue sur les MCA par le praticien avait une forte influence sur la décision du patient de communiquer avec son praticien référent à ce propos. En revanche, la perception du patient sur le niveau d'expertise du praticien concernant les MCA était moins importante. Le travail sur ces barrières spécifiques de communication est donc à poursuivre.

Parmi les MCA existantes, l'OMS, l'INSERM, et le NCCAM¹⁹ distinguent :

- Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits issus de plantes, d'animaux ou de minéraux (phytothérapie, aromathérapie, naturopathie, diététique, etc.) ;
- Les thérapies manuelles (ostéopathie, chiropraxie, étiopathie, réflexothérapie, etc.) ;
- Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, sophrologie, relaxation, etc.) ;
- Les systèmes reposant sur des fondements théorico-philosophiques et pratiques propres (homéopathie), voire des cosmologies très anciennes parfois (médecine chinoise, etc.)

Quant à lui, J.-L. Garillon²⁰, médecin canadien, décrit un « arbre de la médecine intégrative » comportant : les *osmo*-thérapies : ce qui prétend corriger les mécanismes d'échanges et/ou du métabolisme dans l'organisme (homéopathie, remèdes anthroposophiques, biorésonance, utilisation d'argile, de bains, de gaz ou de radiations naturelles) ; les *movéo*-thérapies : les exercices, massages ou manipulations ; ainsi que les techniques qui activeraient les mécanismes énergétiques et fonctionnels (méthallothérapie, magnétismes, etc.) ; les *relatio*-thérapies : les techniques du « corps-esprit » qui mettent l'individu en relation avec le monde des idées, des sensations et de l'esprit ; les *nutri*-thérapies : aliments, compléments nutritionnels, phytothérapie, enzymes, bio-oligo-éléments, biotiques ; mais aussi les régimes, diètes ou jeûnes thérapeutiques.

Selon l'OMS, 50% des patients douloureux en France ont fait appel au moins une fois à des méthodes non-pharmacologiques²¹ (conventionnelles ou pas). Rosenberg et al²², en 2008, expliquaient que les conséquences de la douleur étaient la raison la plus fréquente de recours aux MCA, parmi les 30 à 60% d'américains faisant usage des MCA. Fisher²³, dans une étude anglaise de 2003 sur 499 patients, retrouvait comme raison principale de recours aux MCA l'inefficacité ressentie des traitements conventionnels proposés. Il confirmait²⁴ ses résultats en 2004 avec des questionnaires adressés aux professionnels de santé, qui, pour 58% d'entre-eux, avaient adressé leurs patients à des praticiens complémentaires suite à l'échec des traitements conventionnels.

D'autre part, de nombreux travaux, notamment deux thèses de médecine lyonnaises en 2011²⁵ et 2016²⁶ ont démontré que les patients étaient demandeurs d'un thérapeute proposant une démarche plus « holistique », offrant un temps de consultation plus long, accordant une plus grande part au contact physique et à l'information du patient dans la consultation. Cela expliquerait une grande part des recours aux MCA par les patients ; car la médecine conventionnelle, bien plus aux prises de contraintes temporelles, démographiques (pénurie médicale) et financières (tarifs conventionnés), ne peut souvent plus s'offrir ce « luxe ». Enfin, dans la majorité des études, la notion de « volonté d'exploiter toutes les ressources contre la maladie » apparaît comme décisive dans la décision du recours aux MCA.

Le problème principal reste celui de l'évaluation objective des pratiques pour décider de leur légitimité à entrer dans le champ de la médecine. Le niveau de preuve des techniques complémentaires est très variable et reste leur talon d'Achille. Elles souffrent non seulement d'une mauvaise compréhension ou imprécision du mécanisme d'action, mais aussi des difficultés méthodologiques des études (inadéquation à l'EBM et impossibilité de réaliser un double aveugle). Effets contextuels et effets spécifiques sont donc difficiles à distinguer²⁷.

Dans un esprit de rigueur scientifique (souvent avec un biais occidental), la recherche actuelle se propose d'évaluer chacune de ces thérapies isolément, c'est-à-dire en dehors du contexte global et social de soins dans lequel elles s'inscrivent. Pour le moment, les recherches prennent peu en compte l'influence, parfois majeure, que peuvent avoir la personnalité du praticien et la puissance d'induction du contexte thérapeutique sur l'efficacité (ou la nuisance) des soins. Les débats sont donc à poursuivre également sur la place de la subjectivité en science et en médecine. En effet, l'EBM (ou « médecine factuelle », héritière de P.J.G. Cabanis, C. Bernard, A.B. Hill, A. Cochrane, A. Feinstein, R.B. Haynes, D. Sackett etc.), même si elle a permis d'énormes avancées en sortant du paradigme médical historique basé sur l'expérience des praticiens et l'autorité des maîtres (experts), c'est-à-dire une connaissance tributaire des faits anecdotiques ; peut se montrer décevante pour l'évaluation de certaines thérapeutiques. Sa limite principale est que, pour mener une recherche à bien, le

scientifique doit « savoir qu'il ne sait rien ». Or, la remise en cause de ses propres certitudes et des certitudes académiques est une démarche très difficile, non seulement à cause des limitations psychologiques, mais aussi du caractère chronophage et fastidieux de la collection exhaustive des données²⁸ !

Il serait préférable d'éviter la confrontation binaire entre d'une part « médecine basée sur les preuves », posée sur un piédestal et d'autre part un préjugé péjoratif envers les MCA sans distinction (que certains nomment même « Fake Medicines »). Nous en voulons pour exemple, contre-productif à notre avis, la tribune « anti-FakeMed » postée récemment en ligne²⁹ par un collectif de 124 médecins, cédant malheureusement à la tendance scientiste. Tout débat scientifique et d'opinion nous paraît utile et formateur, surtout quand il s'agit de substances pharmacologiques (ou quand la question d'un remboursement par l'Assurance Maladie se pose ; mais science et gestion administrative ne vont pas forcément de pair). En revanche, la forme employée pour discréditer toute initiative alternative braque forcément les intervenants respectifs et empêche quelque avancée que ce soit. Plus de transparence et de communication dans une prise en charge conjointe entre médecins conventionnels et praticiens alternatifs, ne pourrait que bénéficier aux patients.

Le code de santé publique (article 9) et le code de déontologie interdisent aux médecins de « proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme [étant] interdite. » Le CNOM³⁰ ajoute qu'il « n'est pas admissible qu'un médecin s'écarte dans ses propos d'une exactitude rigoureuse, lorsqu'il propose un traitement ». Actuellement, quatre MCA sont reconnues en France par le CNOM : l'ostéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'homéopathie³¹.

La médecine, comme toute science, est mouvante. On ne saurait se contenter de nos connaissances actuelles pour soigner ; car les certitudes d'aujourd'hui pourraient bien être les erreurs et les « charlatanismes » de demain. La « preuve absolue » est un mythe. Elle restera toujours un fait interprétable, éminemment fragile et périssable. Esprit critique et ouverture d'esprit sont de mise pour pouvoir réfléchir à des éléments concrets, éviter les arguments fallacieux et les attaques ad hominem, réduire les biais cognitifs, contourner les prismes a priori dénigrants. Il paraît essentiel de poursuivre la recherche scientifique multimodale sur les MCA, pour confirmer leurs indications et éprouver leur efficacité. Car il serait illégitime pour un médecin de proposer à son patient une pratique dont les effets (y compris contextuels) bénéfiques ne seraient pas constatés dans les faits. Plus encore que l'efficacité, qui est sujette à des procédés de vérifications améliorables, l'innocuité des pratiques alternatives doit être vérifiée avant leur intégration à cette médecine holistique que nous appelons de nos vœux. Sinon, nous mettrions en péril notre serment « *primum non nocere* ».

L'enjeu pour la santé globale des individus est de proposer une médecine intégrative « de la personne », et non plus une médecine conventionnelle « de la pathologie ». Que la notion de « modèle biopsychosocial » du soin ne soit pas un mot vain mais une réalité quotidienne. L'objectif est évidemment une amélioration de la qualité des soins et de l'état de santé des individus, en améliorant aussi l'adhésion de ceux-ci à leur prise en charge. Sans alliance thérapeutique, l'efficacité médicale est en péril.

* * *

Nous avons voulu étudier les déterminants et les modalités du recours aux médecines alternatives par les patients douloureux chroniques. Nous avons cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'usage des MCA est fréquent chez ces patients. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les MCA n'impliquant aucune substance médicamenteuse ou pharmacologique. Nous voulions éviter les biais liés aux effets de la prescription d'une substance.

L'objet de ce travail n'était pas de discuter de la validité scientifique des thérapies alternatives, mais de décrire une typologie de patients douloureux chroniques y ayant recours.

ARTICLE

I. INTRODUCTION

La prévalence de la douleur (de fréquence quotidienne et/ou de durée persistante) dans la population générale a été évaluée en France à 31,7% (sur un échantillon de 24000 personnes en 2004)¹ et à 52% (sur un panel de 2000 personnes en 2014)². Un seuil de 3 à 6 mois est le plus communément admis pour la définition de la douleur chronique (dépassement de la durée habituelle de guérison tissulaire). Étant données les conséquences physiques, psychiques et cognitives qu'une chronicisation de la douleur entraîne, il s'agit non seulement d'un enjeu de santé publique, mais également un problème de société et un indicateur de la qualité de nos systèmes de santé.

Dans une démarche d'amélioration globale de l'état de santé, l'OMS propose l'émergence du concept de « médecine intégrative »¹⁴, une hybridation des pratiques non conventionnelles et de la médecine basée sur les preuves (EBM).

De nombreux travaux ont démontré que les patients étaient demandeurs d'un thérapeute proposant une démarche plus « holistique », offrant un temps de consultation plus long, accordant une plus grande part au contact physique et à l'information du patient dans la consultation. Cela expliquerait une grande part des recours aux MCA par les patients ; car la médecine conventionnelle, bien plus aux prises de contraintes temporelles, démographiques (pénurie médicale) et financières (tarifs conventionnés), ne peut souvent plus s'offrir ce « luxe ». Enfin, dans la majorité des études, la notion de « volonté d'exploiter toutes les ressources contre la maladie » apparaît comme décisive dans la décision du recours aux MCA.

Nous avons voulu étudier les déterminants et les modalités du recours aux médecines alternatives par les patients douloureux chroniques. Nous avons cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'usage des MCA est fréquent chez ces patients.

Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les MCA n'impliquant aucune substance médicamenteuse ou pharmacologique. Nous voulions éviter les biais liés aux effets de la prescription d'une substance.

L'objet de ce travail n'était pas de discuter de la validité scientifique des thérapies alternatives, mais de décrire une typologie de patients douloureux chroniques y ayant recours.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale au moyen d'un questionnaire anonyme (cf. Annexe 1).

2. Conception du questionnaire

Pour définir les douleurs chroniques, nous avons choisi d'utiliser dans le questionnaire un ensemble de synonymes ainsi formulé : « douleurs chroniques, persistantes, récurrentes, durant depuis plus de 3 mois ».

Pour une meilleure compréhension des répondants, nous avons choisi d'utiliser dans le questionnaire le vocable de « médecines douces, parallèles, alternatives, complémentaires ; non-médicamenteuses ».

Le questionnaire était construit en plusieurs parties :

- Informations démographiques, professionnelles et sociales sur le patient douloureux chronique : Âge, sexe, nationalité, lieu de résidence, niveau d'instruction, activité professionnelle, couverture sociale ;
- Diagnostic étiologique de la douleur chronique ;
- Recours à au moins une MCANM pour la prise en charge des douleurs chroniques ;
- Informations sur la démarche du patient :
 - Place de la ou des MCANM dans le parcours de soins, le cas échéant ;
 - Source d'information principale ayant motivé le recours aux MCANM le cas échéant ;
- Informations sur les motifs:
 - du non-recours, le cas échéant ;
 - de la non-recommandation à leurs proches, le cas échéant.

Les questions successives variaient selon la réponse apportée respectivement aux questions « recours » et « recommandation ».

Nous avons décidé de permettre l'expression libre dans plusieurs questions, pour pallier les manques dans les options proposées aux répondants et pouvoir les réintégrer dans les groupes adéquats en cas d'erreur.

Nous avons laissé un champ libre à la fin du questionnaire pour éventuellement ouvrir le champ d'investigation et envisager d'autres axes de recherche.

Avant la mise en ligne du questionnaire, nous avons réalisé des tests préalables auprès de notre entourage pour calculer le temps moyen de réponse et la compréhension des questions par les répondants potentiels (a priori non-professionnels de santé).

3. Stratégie de la recherche documentaire

Nous avons utilisé les mots-clés MeSH suivants pour notre recherche documentaire dans les moteurs de recherche PubMed, Google Scholar, ULysse et Cairn :

Alternative medicine ; Complementary and alternative medicine (CAM) ; General practice / Family practice / Primary care patients ; Acupuncture ; Osteopathy / Osteopathic medicine / Chiropractic care ; Hypnosis / Mindfulness ; Chronic pain

4. Enquête

4.1. Critères d'inclusion des répondants

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Hommes et femmes d'un âge supérieur ou égal à 18 ans ;
- Personnes ayant souffert dans le passé ou souffrant actuellement de douleurs chroniques selon la définition admise (persistantes, récurrentes, durant depuis plus de 3 mois).

L'introduction du questionnaire présentait de manière non exhaustive le sujet de recherche et précisait la nécessité d'être concerné personnellement par des douleurs chroniques.

Cependant, en préambule, une question de sécurité empêchait les personnes non concernées par ces douleurs de répondre au reste du questionnaire.

4.2. Modalités de recueil des données

La participation était basée sur le volontariat.

Nous avons déposé des tracts (cf. Annexe 2) dans des pharmacies et des cabinets médicaux lorrains (départements 54 et 57) dotés d'un lien renvoyant au questionnaire en ligne.

Nous avons diffusé par courriel le lien du questionnaire à nos réseaux professionnels (internes en médecine et pharmacie, collègues hospitaliers et ambulatoires), à notre entourage, ainsi qu'au public par l'intermédiaire des réseaux sociaux sur lesquels nous étions actifs (Facebook, Twitter).

Enfin, nous avons invité les répondants à partager ce questionnaire à leur entourage professionnel et personnel qui serait concerné par des douleurs chroniques.

La période de recueil de données s'est étendue du 11 mars au 24 avril 2018.

4.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'utilisation ou non d'au moins une MCANM par les répondants.

Les critères de jugement secondaires étaient la définition de la place de ces MCANM dans leur traitement antalgique, la source d'information principale ayant mené à leur recours, la recommandation qu'ils en feraient à leurs proches et enfin les motifs de non-recours et/ou de non-recommandation le cas échéant.

5. Traitement des données et analyse statistique

5.1. Nombre de sujets nécessaire (NSN)

Pour calculer le nombre de sujets nécessaire, nous avons pris comme référence un travail²² mené au Royaume-Uni en 2008, ayant évalué à 52% la prévalence du recours aux MCA (y compris médicamenteuses) chez les douloureux chroniques traités en soins primaires (hors oncologie).

Nous avons souhaité une précision de 5% et accepté un risque d'erreur de 5%.

Selon la formule

$$NSN = \frac{Risque \alpha^2 * prevalence * (1 - prevalence)}{Precision Souhaitee^2};$$

avec un risque alpha = 1,96 ; nous avons obtenu un NSN = 546.

Nous avons donc choisi de retenir un NSN de 560 pour avoir une marge de sécurité (questionnaires incomplets ou inexploitable).

5.2. Analyse statistique

Les questionnaires ont été enregistrés dans le logiciel en ligne Google Docs®, qui a permis d'obtenir les résultats sous la forme d'un tableur.

Une première phase d'analyse descriptive a été réalisée en exprimant les variables qualitatives et quantitatives ordinales sous forme d'effectif (dénombrement) et de pourcentage (proportions).

Ensuite, nous avons employé le logiciel d'aide statistique STATA® Version 13, grâce à la collaboration de Madame Maylis Avaro, doctorante de l'IHEID.

Les différentes variables utilisées étaient : le sexe (homme ou femme), la nationalité (française ou non), le lieu de résidence (France métropolitaine ou non), les classes d'âge, le niveau d'instruction, le diagnostic et le nombre de pathologies diagnostiquées, le nombre de MCANM utilisées, le recours aux MCANM (et leur type) et la recommandation des MCANM (oui ou non).

Une analyse bivariée à l'aide des tests T de Fisher et Chi2 (appropriés aux effectifs) a été réalisée pour tester l'existence de liens significatifs entre le recours aux MCANM (variable à expliquer) et des caractéristiques socio-démographiques ou médicales dont nous avons posé l'hypothèse de l'influence sur le recours (variables explicatives). Nous avons réalisé ces tests grâce au calculateur du site www.biostatgv.sentiweb.fr.

Enfin, une analyse multivariée a été réalisée grâce à un modèle de régression logistique. Les Odds Ratios et Intervalles de Confiance (IC95%) ont été calculés.

Nous avons considéré comme significatifs les liens dont la p-value était inférieure ou égale à 0,05.

III. RÉSULTATS

1. Analyse descriptive

1.1. Participation

Nous avons obtenu 907 réponses au questionnaire.

Grâce à la question de sécurité d'introduction, nous avons exclu 114 répondants de l'analyse, qui n'étaient pas concernés par les douleurs chroniques. Nous avons donc analysé 793 réponses.

L'utilisation du champ d'expression libre à la fin du questionnaire a été très anecdotique, ne permettant aucun recueil d'informations.

1.2. Caractéristiques de l'échantillon global (N=793)

1.2.1. Démographie

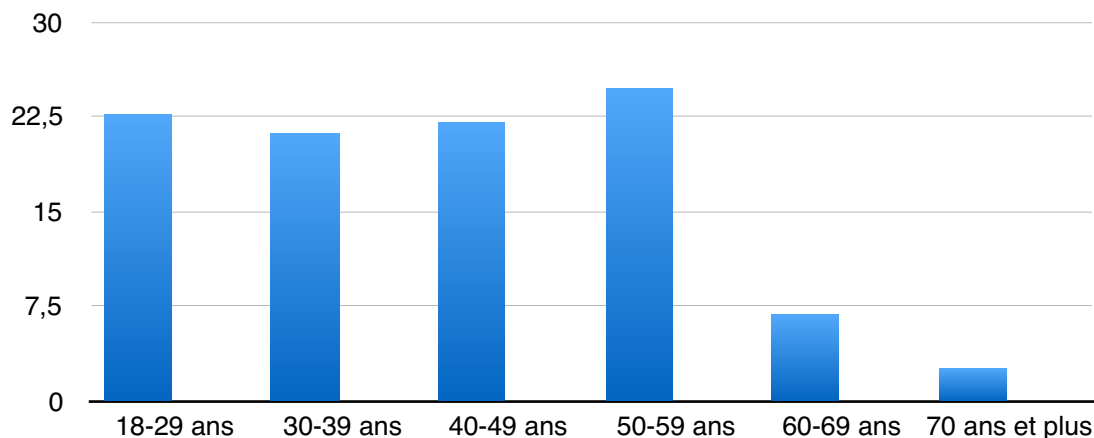
1.2.1.1. Sexe

Population globale : 89,7% de femmes

1.2.1.2. Répartition des âges :

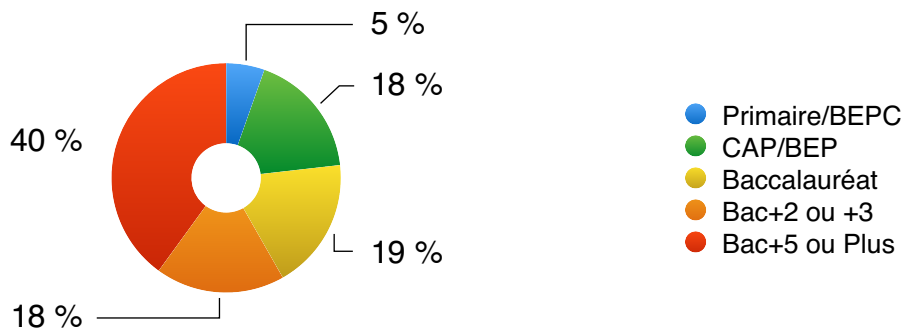
Figure 1 : répartition des âges dans l'échantillon global

Proportion de l'échantillon global (%)



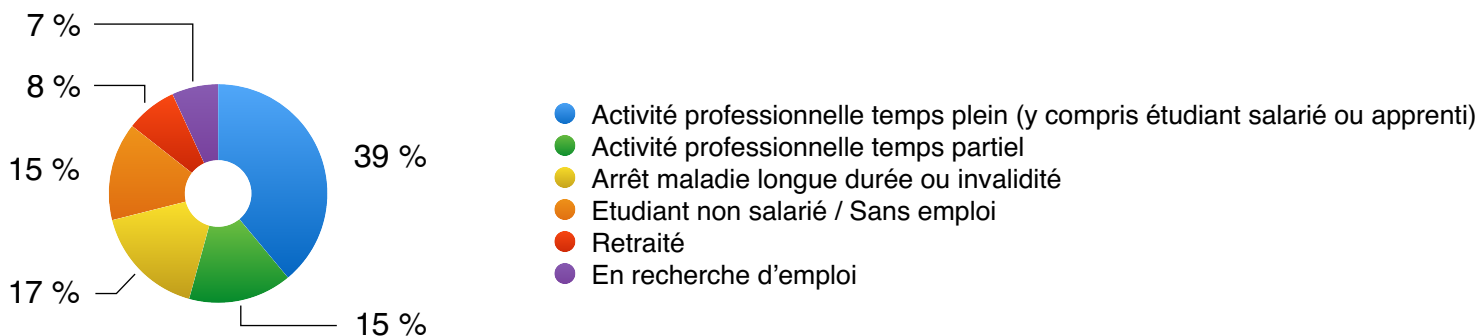
1.2.1.3. Niveau d'instruction (dernier diplôme obtenu)

Figure 2 : Répartition des niveaux d'instruction dans l'échantillon global



1.2.1.4. Activité professionnelle

Figure 3 : Répartition des types d'activités professionnelles dans l'échantillon global



1.2.1.5. Couverture sociale

84,6% des répondants avaient une couverture sociale satisfaisante, à savoir : assurance maladie obligatoire et mutuelle complémentaire.

Les patients ne bénéficiant que de l'AMO représentaient 6,1% de l'échantillon ; les bénéficiaires de la CMU, 4%.

1,3% de l'échantillon déclaraient n'avoir aucune couverture sociale.

Enfin, 4% avaient une assurance maladie étrangère.

1.2.1.6. Nationalité

91% de nationalité française

1.2.1.7. Lieu de résidence

90,7% de résidents en France Métropolitaine

1.2.2. Étiologie des douleurs chroniques

L'étiologie des douleurs chroniques était connue des patients dans 77,6% des cas.

Le tableau ci-après expose les proportions des différents groupes de pathologies (constitués a posteriori) dans l'échantillon. Plusieurs réponses étaient possibles, expliquant un total non égal à 100%.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des étiologies des douleurs chroniques dans l'échantillon		
Groupes de pathologies diagnostiquées	Nombre de répondants atteints	Proportion dans l'échantillon total (N=793)
Règles douloureuses et/ou endométriose	51	6,4 %
Tendinopathies et/ou épicondylites et/ou capsulites	109	13,7 %
Céphalées et/ou migraines	129	16,3 %
Névralgies et/ou syndromes canaux (y compris syndrome du défilé thoraco-brachial)	154	19,4 %
Rhumatismes inflammatoires et/ou arthropathies microcristallines	112	14,1 %
Fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de SADAM	243	30,6 %
Hernie discale et/ou discopathies et/ou rachialgies mécaniques chroniques	90	11,3 %
Arthrose	150	18,9 %
Troubles fonctionnels intestinaux	97	12,2 %
Neuropathies et/ou maladies neurologiques (y compris SEP, syndrome des jambes sans repos, neuroborréliose, Parkinson, SLA, séquelles d'AVC)	94	11,9 %
Malformations squelettiques, déformations et posturopathies (y compris scoliose, Scheuermann, spondylolisthésis, pathologies post-traumatiques et/ou post-chirurgicales)	80	10,1 %
Algodystrophie	31	3,9 %
Autres : Maladies auto-immunes (N=4), stress ou anxiété (N=3), MICI ou maladie coeliaque (N=5), syndrome d'Ehler-Danlos ou hyperlaxité (N=8)	44	5,5 %
Aucune étiologie diagnostiquée	178	22,4 %

L'utilisation du champ d'expression libre a permis de corriger des erreurs de déclaration des répondants. En effet il y a eu parfois confusion entre « diagnostic des douleurs » et « localisation ». Les patients ayant répondu connaître leur diagnostic, mais qui en fait ont uniquement donné la localisation dans le champ d'expression libre, ont été reclassés a posteriori dans le groupe « étiologie inconnue ».

Nombre de pathologies diagnostiquées chez un même patient :

- Une seule : 45,7% des cas
- Deux : 20,8% des cas
- Trois ou plus : 33,5% des cas

1.3. Critère de jugement principal : Recours à au moins une MCANM

1.3.1. Généralités

Les patients ont eu recours à au moins une MCANM dans 78,4% des cas (N=622).

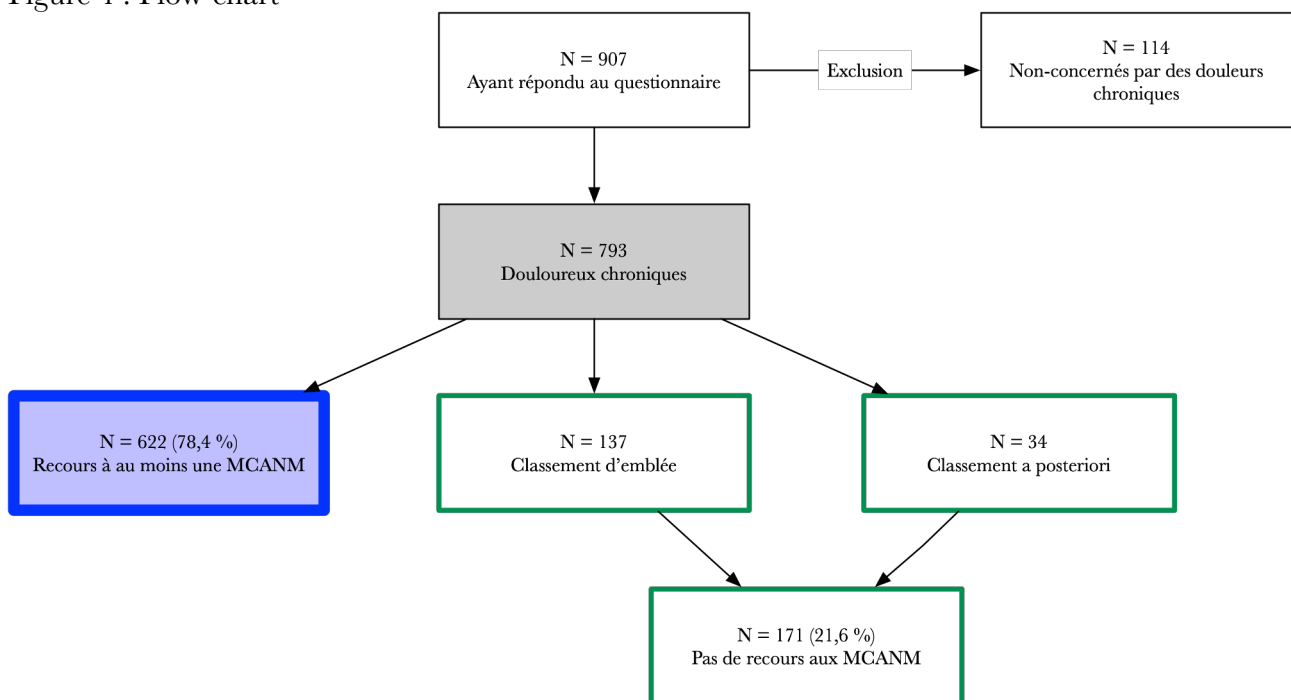
Un nombre considérable de répondants a estimé que la kinésithérapie, les TENS, les ondes de choc, les thérapies cognitivo-comportementales, la psychothérapie et la balnéothérapie (cure thermique) appartenaient aux médecines alternatives. Considérant qu'il s'agissait de thérapeutiques conventionnelles, nous les avons donc réintégrés dans le groupe des « non-recours ».

Inversement, plusieurs ont répondu « oui » à la question sur le recours aux MCA non-médicamenteuses, alors qu'en fait ils n'avaient utilisé que l'homéopathie, ou la naturopathie, ou la phytothérapie ou la mésothérapie. Nous les avons donc réintégrés dans le groupe « non-recours » quand il s'agissait exclusivement de MCA médicamenteuses.

Ces deux cas de figure concernaient en tout 34 répondants.

La constitution de ces sous-groupes ayant été faite a posteriori, sans possibilité de complément de questionnaire étant donné son caractère anonyme ; nous n'avons pu recueillir les motifs de non-recours pour ces 34 patients.

Figure 4 : Flow-chart



Le tableau ci-après compare les caractéristiques des patients ayant eu recours à au moins une MCANM, et ceux n'en ayant pas fait usage :

Tableau 2 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques ayant recours aux MCANM en général, et de ceux n'y ayant pas recours

	MCANM		Non-MCANM		
N	622		171		
	N	%	N	%	p-value
Sexe					0,02
Homme	56	9,0	26	15,2	
Femme	566	91,0	145	84,8	
Age					0,419
18-29 ans	126	20,3	53	31,0	
30-39 ans	139	22,3	29	17,0	
40-49 ans	142	22,8	32	18,7	
50-59 ans	161	25,9	37	21,6	
60-69 ans	41	6,6	13	7,6	
>=70 ans	12	1,9	7	4,1	
Nationalité					0,517
Française	569	91,5	153	89,5	
Non-Française	53	8,5	18	10,5	
Couverture sociale					<0,01
Mutuelle	542	87,1	129	75,4	
AMO seule / CMU / Aucune couverture sociale	60	9,6	30	17,5	
AM étrangère	19	3,1	12	7,0	
Niveau d'instruction					0,135
Primaire ou BEPC	24	3,9		0,0	
CAP / BEP	102	16,4		0,0	
Baccalauréat	98	15,8		0,0	
Bac+2	104	16,7		0,0	

	MCANM		Non-MCANM		
N	622		171		
Bac+3	150	24,1		0,0	
Master, Bac+5 ou Plus	144	23,2		0,0	
Type d'activité professionnelle					0,418
Sans activité	55	8,8	15	8,8	
Temps partiel	102	16,4	19	11,1	
Temps plein ou étudiant salarié	243	39,1	68	39,8	
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	104	16,7	30	17,5	
Recherche d'emploi	42	6,8	9	5,3	
Etudiant non salarié	32	5,1	13	7,6	
Retraité	43	6,9	17	9,9	
Etiologie des douleurs chroniques					0,272
Tendinopathies / Capsulites	92	14,8	17	9,9	
Céphalées	104	16,7	25	14,6	
Névralgies / Syndromes canaux	133	21,4	21	12,3	
Rhumatismes inflammatoires / Arthropathies micro-cristallines	84	13,5	28	16,4	
Fibromyalgie	203	32,6	40	23,4	
Hernie discale / Rachialgies mécaniques	78	12,5	12	7,0	
Arthrose	119	19,1	31	18,1	
TFI	75	12,1	22	12,9	
Neuropathies / Douleurs neuropathiques / Maladies neurologiques	79	12,7	15	8,8	
Scoliose / Malformations squelettiques / Posturopathie	70	11,3	10	5,8	
Autre pathologie diagnostiquée	118	19,0	27	15,8	

	MCANM		Non-MCANM		
N	622		171		
Nombre de pathologies diagnostiquées					0,01
Absence d'étiologie diagnostiquée	135	21,7	43	25,1	
Une seule	212	34,1	69	40,4	
Deux	99	15,9	29	17,0	
Trois ou plus	176	28,3	30	17,5	

1.3.2. Types de MCANM utilisées

Tableau 3 : tableau récapitulatif des types de MCANM utilisées par notre échantillon

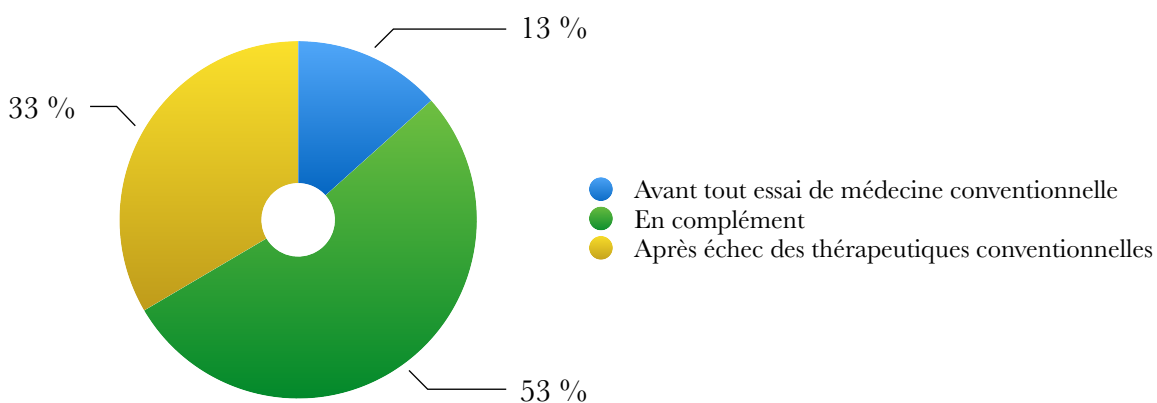
Types de MCANM utilisées (plusieurs réponses possibles)	Nombre de répondants y ayant eu recours	Proportion dans l'échantillon (N=622)
Ostéopathie ou médecine manuelle	501	80,5 %
Acupuncture	234	37,6 %
Thérapies à médiation corporelle (ou techniques « corps-esprit »)	229	36,8 %
Autres techniques manuelles (étiopathie, kinésiologie, orthobionomie, microkinésithérapie, réflexologie)	42	6,8 %
Techniques « énergétiques » (magnétisme, énergéticien)	38	6,1 %
Médecine chinoise non pharmacologique et sans aiguilles	13	2,1 %
Shiatsu	11	1,8 %
Techniques « gymnastiques » (Qi Qong, Yoga)	3	0,5 %
Autres MCANM	35	5,6 %

1.3.3. Nombre de MCANM utilisées

Un seul type dans 47,3% des cas.

1.4. Place des MCANM dans le parcours de soin

Figure 5 : Place des MCANM dans le parcours de soin des patients douloureux chroniques y ayant eu recours



Le tableau ci-après compare les caractéristiques des patients douloureux chroniques selon la place qu’ont occupée les MCANM dans leur parcours de soin antalgique.

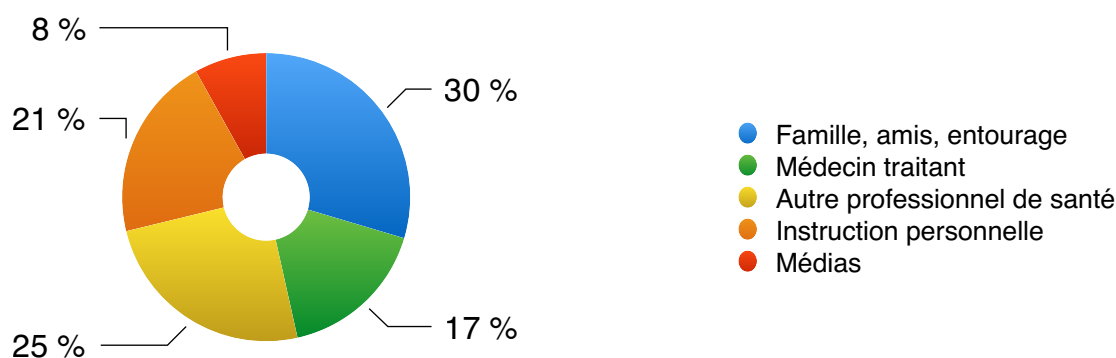
Tableau 4 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques ayant recours aux MCANM en première intention, en complément des thérapeutiques conventionnelles, ou après échec des thérapeutiques conventionnelles

	AVANT		EN COMPLEMENT		APRES		
N	81		331		212		
	N	%	N	%	N	%	p-value
Sexe							0,188
Homme	5	6,2	26	7,9	25	11,8	
Femme	76	93,8	305	92,1	187	88,2	
Age							0,011
18-29 ans	26	32,1	62	18,7	39	18,4	
30-39 ans	22	27,2	63	19,0	54	25,5	
40-49 ans	18	22,2	80	24,2	46	21,7	
50-59 ans	8	9,9	96	29,0	57	26,9	
>= 60 ans	8	9,9	30	9,1	16	7,5	
Nationalité							0,694
Française	72	88,9	304	91,8	194	91,5	
Non-Française	9	11,1	27	8,2	18	8,5	
Couverture sociale							0,52
Mutuelle	69	85,2	293	88,5	180	84,9	
AMO seule / CMU / Aucune couverture sociale	8	9,9	27	8,2	26	12,3	
AM étrangère	4	4,9	11	3,3	6	2,8	
Niveau d’instruction							0,112
Primaire ou BEPC	2	2,5	14	4,2	8	3,8	
CAP / BEP	7	8,6	58	17,5	38	17,9	
Baccalauréat	18	22,2	43	13,0	37	17,5	
Bac+2	10	12,3	53	16,0	41	19,3	
Bac+3	26	32,1	86	26,0	39	18,4	
Master, Bac+5 ou Plus	18	22,2	77	23,3	49	23,1	

	AVANT		EN COMPLEMENT		APRES		
N	81		331		212		
Type d'activité professionnelle							<0,01
Sans activité ou étudiant non salarié	23	28,4	28	8,5	37	17,5	
Temps partiel	7	8,6	60	18,1	35	16,5	
Temps plein ou étudiant salarié	34	42,0	135	40,8	74	34,9	
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	6	7,4	61	18,4	38	17,9	
Retraité ou recherche d'emploi	11	13,6	46	13,9	28	13,2	
Etiologie des douleurs chroniques							0,103
Tendinopathies / Capsulites	3	3,7	57	17,2	32	15,1	
Céphalées	9	11,1	61	18,4	34	16,0	
Névralgies / Syndromes canaux	14	17,3	70	21,1	49	23,1	
Rhumatismes inflammatoires / Arthropathies micro-cristallines	9	11,1	58	17,5	18	8,5	
Fibromyalgie	6	7,4	133	40,2	65	30,7	
Hernie discale / Rachialgies mécaniques	4	4,9	50	15,1	24	11,3	
Arthrose	8	9,9	70	21,1	42	19,8	
TFI	4	4,9	43	13,0	28	13,2	
Neuropathies / Douleurs neuropathiques / Maladies neurologiques	5	6,2	53	16,0	21	9,9	
Scoliose / Malformations squelettiques / Posturopathie	5	6,2	33	10,0	32	15,1	
Autre pathologie diagnostiquée	10	12,3	67	20,2	41	19,3	

	AVANT		EN COMPLEMENT		APRES		
N	81		331		212		
Nombre de pathologies diagnostiquées							9,777
Absence d'étiologie diagnostiquée	35	43,2	43	13,0	57	26,9	
Une seule	28	34,6	124	37,5	61	28,8	
Deux	11	13,6	55	16,6	34	16,0	
Trois ou plus	7	8,6	109	32,9	60	28,3	

1.5. Source d'information principale pour le recours aux MCANM : Figure 6



1.6. Raisons du non-recours aux MCANM (N=137)

Dans 26,3% des cas, le patient n'a pas eu recours aux MCANM car il pensait que ce serait inefficace.

Dans 22,2% des cas il ne connaissait pas l'existence de ces thérapies complémentaires.

Dans 21,6% des cas le coût était trop élevé pour lui permettre d'en faire usage.

Dans 8,8% c'est par manque d'offre de soins en MCANM à proximité que le patient s'est abstenu.

Les autres motifs de non-recours étaient les suivants :

- « Je n'avais pas confiance ou j'avais peur des effets secondaires » : 6,4%
- « Cela m'a été déconseillé par un professionnel de santé » : 4,1%
- « Je n'en ai pas ressenti le besoin » : 1,8%
- Autre : 5,3%

4,1% du groupe « non-recours » (N=6) avaient en fait l'intention d'avoir recours prochainement aux MCANM, mais pas encore eu la possibilité ou le temps de le faire.

1.7. Recommandation des MCANM à ses proches (suite à l'usage d'au moins une de celles-ci)

La réponse est oui dans 91,8% des cas.

Le tableau ci-après compare les caractéristiques des patients qui recommanderaient l'usage des MCANM et ceux qui ne le recommanderaient pas à leurs proches.

Tableau 5 : tableau comparatif des caractéristiques socio-démographiques et médicales des douloureux chroniques qui recommanderaient l'utilisation des MCA et ceux qui ne les recommanderaient pas

	RECOMMANDATION		NON-RECOMMANDATION		
N	568		54		
	N	%	N	%	p-value
Sexe					0,315
Homme	49	8,6	7	13,0	
Femme	519	91,4	47	87,0	
Age					0,251
18-29 ans	118	20,8	8	14,8	
30-39 ans	129	22,7	10	18,5	
40-49 ans	132	23,2	11	20,4	
50-59 ans	140	24,6	21	38,9	
>=60 ans	49	8,6	4	7,4	
Nationalité					<0,01
Française	527	92,8	43	79,6	
Non-Française	41	7,2	11	20,4	
Couverture sociale					0,178
Mutuelle	499	87,9	43	79,6	
AMO seule / CMU / Aucune couverture sociale	51	9,0	9	16,7	
AM étrangère	18	3,2	2	3,7	
Niveau d'instruction					0,067
Primaire ou BEPC	21	3,7	3	5,6	
CAP / BEP	86	15,1	16	29,6	
Baccalauréat	91	16,0	7	13,0	
Bac+2	97	17,1	7	13,0	
Bac+3	136	23,9	14	25,9	
Master, Bac+5 ou Plus	137	24,1	7	13,0	

	RECOMMANDATION		NON-RECOMMANDATION		
N	568		54		
Type d'activité professionnelle					0,063
Sans activité professionnelle ou étudiant non salarié	73	12,9	14	25,9	
Temps partiel	97	17,1	5	9,3	
Temps plein ou étudiant salarié	223	39,3	20	37,0	
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	94	16,5	10	18,5	
Retraité ou recherche emploi	81	14,3	5	9,3	
Etiologie des douleurs chroniques					0,38
Tendinopathies / Capsulites	85	15,0	7	13,0	
Céphalées	94	16,5	10	18,5	
Névralgies / Syndromes canalaux	119	21,0	14	25,9	
Rhumatismes inflammatoires / Arthropathies micro-cristallines	71	12,5	13	24,1	
Fibromyalgie	184	32,4	19	35,2	
Hernie discale / Rachialgies mécaniques	69	12,1	10	18,5	
Arthrose	109	19,2	10	18,5	
TFI	71	12,5	4	7,4	
Neuropathies / Douleurs neuropathiques / Maladies neurologiques	73	12,9	6	11,1	
Scoliose / Malformations squelettiques / Posturopathie	66	11,6	4	7,4	
Autre pathologie diagnostiquée	47	8,3	9	16,7	
Nombre de pathologies diagnostiquées					0,315
Absence d'étiologie diagnostiquée	126	22,2	9	16,7	
Une seule	196	34,5	16	29,6	
Deux	86	15,1	13	24,1	
Trois ou plus	160	28,2	16	29,6	

1.8. Motifs de non-recommandation des MCANM (N=54)

Les MCANM ont été jugées inefficaces par 43 répondants, soit 84,3% des patients y ayant eu recours et ne les recommandant pas. Le coût trop élevé des consultations a disqualifié les MCANM pour 45,1% d'entre eux. Dans 9,8% des cas, c'est une mauvaise expérience avec le praticien qui a été rapportée. Enfin, 9,8% d'entre eux ont rapporté un autre motif de non-recommandation.

2. Analyse bivariée

2.1. Déterminants socio-démographiques et médicaux du recours aux MCANM par les patients douloureux chroniques

Recours aux MCANM quelles qu'elles soient

Ont montré une différence significative en analyse bivariée concernant le recours aux MCANM quelles qu'elles soient : le sexe féminin, la couverture sociale satisfaisante et le nombre de pathologies diagnostiquées plus élevé (cf. tableau 9 en annexe 3).

Recours à l'acupuncture

Ont montré une différence significative en analyse bivariée concernant le recours à l'acupuncture uniquement : le sexe féminin, l'âge plus élevé, le nombre de pathologies diagnostiquées plus élevé, le statut d'étudiant non salarié, le diagnostic de fibromyalgie et/ou de troubles fonctionnels intestinaux, ainsi que la catégorie « autre pathologie diagnostiquée » (cf. tableau 10 en annexe 3).

Recours à l'ostéopathie

Ont montré une différence significative en analyse bivariée concernant le recours à l'ostéopathie uniquement : le sexe féminin, la nationalité non-française, la couverture sociale satisfaisante, le niveau d'instruction plus élevé, l'arrêt maladie longue durée ou l'invalidité, le statut de retraité, les diagnostics de névralgies et/ou syndromes canaux, ainsi que les malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques (cf. tableau 11 en annexe 3).

Recours aux autres MCANM

Ont montré une différence significative en analyse bivariée concernant le recours à une ou plusieurs autres MCANM : le sexe féminin, le diagnostic de fibromyalgie et celui de neuropathie et/ou maladie neurologique (cf. tableau 12 en annexe 3).

2.2. Déterminants socio-démographiques et médicaux de la place des MCANM dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques

Ont montré une différence significative en analyse bivariée concernant la place des MCANM dans le parcours de soins : l'âge plus élevé et le type d'activité professionnelle (cf. tableau 13 en annexe 3).

2.3. Déterminants socio-démographiques et médicaux de la recommandation des MCANM par les patients douloureux chroniques y ayant eu recours

A montré une différence significative en analyse bivariée concernant la recommandation des MCANM : uniquement la nationalité non-française (cf. tableau 14 en annexe 3).

3. Analyse multivariée

3.1. Influence des caractéristiques sur le recours aux MCANM

MCANM quelles qu'elles soient

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant le recours aux MCANM quelles qu'elles soient : la couverture sociale satisfaisante, le niveau d'instruction plus élevé, et le diagnostic de fibromyalgie (cf. tableau 9 en annexe 3).

Acupuncture

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant le recours à l'acupuncture uniquement : le sexe féminin, l'âge plus élevé, l'absence d'activité professionnelle (cf. tableau 10 en annexe 3).

Ostéopathie

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant le recours à l'ostéopathie uniquement : le sexe féminin, le niveau d'instruction plus élevé, l'absence d'activité professionnelle, le diagnostic de névralgie et/ou syndrome canalaire et celui de malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques (cf. tableau 11 en annexe 3).

Autres MCANM

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant le recours à au moins une autre MCANM : le sexe féminin, la nationalité non-française et le diagnostic de neuropathie et/ou maladie neurologique (cf. tableau 12 en annexe 3).

3.2. Influence des caractéristiques sur la place des MCANM dans le parcours de soins

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant la place des MCANM dans le parcours de soins : le sexe féminin, le statut d'étudiant non salarié ou sans activité professionnelle (cf. tableau 13 en annexe 3).

3.3. Déterminants de la recommandation des MCANM

Ont montré une différence significative en analyse multivariée concernant la recommandation des MCANM : la nationalité non-française, l'activité professionnelle à temps plein ou temps partiel, le statut de retraité (ou en recherche d'emploi) (cf. tableau 14 en annexe 3).

3.4. Synthèse

Ainsi, le profil-type du patient douloureux chronique plus enclin à avoir recours aux MCANM est le suivant : il ou elle est d'un niveau d'instruction plus élevé (OR=1,19 ; IC95% [1,04-1,37] ; p=0,014), avec une couverture sociale satisfaisante (OR=1,7 ; IC95% [1,17-2,47] ; p<0,01), et atteint de fibromyalgie (OR=2,12 ; IC95% [1,22-3,66] ; p<0,01).

IV. DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Faiblesses

Plusieurs biais pourraient avoir affecté nos résultats.

1.1.1. Biais de sélection

- Biais de recrutement : le questionnaire devant être rempli en ligne, une certaine maîtrise de l'outil informatique était nécessaire pour y répondre. Cela a probablement exclu des personnes âgées ou ne disposant pas de matériel informatique ou d'accès internet à domicile. En effet, 90% de notre échantillon a moins de 60 ans (contre 65% dans l'enquête STOPNET¹ de 2004). Par ailleurs, il aurait été intéressant de multiplier les modes et lieux de recueil pour améliorer la représentativité de notre échantillon.
- Biais d'échantillonnage : ce travail étant un sondage public, nous ne connaissons pas le taux de réponse.
- Biais de volontariat : les adeptes de MCANM étaient certainement plus prompts à répondre et à relayer le questionnaire, ce qui a certainement augmenté artificiellement la proportion de recours dans notre échantillon.
- Biais d'entraînement : certaines pathologies étant actuellement suspectées d'être « sous-diagnostiquées » comme par exemple la fibromyalgie ou la neuroborréliose, les patients qui en sont atteints seraient habituellement plus prompts à se manifester pour faire « reconnaître » leur pathologie. Nous avons effectivement un grand nombre de répondants atteints de fibromyalgie (N=243, soit un peu plus de 30% de notre échantillon), alors que la prévalence de la fibromyalgie³² avait été évaluée à 2,2% sur un échantillon représentatif de la population française dans une étude française en 2008. En revanche, il y a peu de répondants atteints de maladie de Lyme chronique (N=4). Probablement car ceux-ci ont surtout recours à des traitements médicamenteux (antibiothérapies prolongées).
- Biais de population : il n'y a pas de statistiques socio-démographiques françaises pour la population des douloureux chroniques. Il nous est donc difficile de conclure à la représentativité de notre effectif par rapport à la population générale des douloureux chroniques en France.

1.1.2. Biais d'information et de classement

- Notre étude souffre de l'absence de diagnostic médical vérifié. La ou les cause(s) des douleurs étai(en)t sélectionnable(s) par le patient dans le questionnaire parmi différentes propositions. Un champ « autre pathologie » était également disponible. Plusieurs causes de biais apparaissent : la suggestion des pathologies pourrait inciter un patient à s'auto-diagnostiquer une étiologie, sans confirmation médicale. Mais il se peut également que le patient ait mal compris ou confondu son diagnostic (ou choisi un des diagnostics parmi plusieurs évoqués par des médecins différents). Du fait du mode de recueil, il n'a pas non plus été possible de recueillir d'autres informations médicales (traitements déjà testés, comorbidités, contre-indications à certaines pratiques etc.)
- Le reclassement des 34 individus dans le sous-groupe « non-recours » que nous avons effectuée a posteriori nous empêche d'analyser un critère de jugement secondaire, à savoir les motifs de leur non-recours. Il est également possible que s'ils ont eu un problème de compréhension pour cette

question, il y ait eu d'autres erreurs dans leurs déclarations suivantes. Enfin, le choix que nous avons fait des sous-groupes de pathologies, constitués a posteriori, est perfectible. Il a été motivé par, d'une part, des arguments physiopathologiques et thérapeutiques (notamment le caractère fonctionnel ou organique de la pathologie ; ainsi que les types de traitements conventionnels existants) et d'autre part les effectifs de répondants.

1.1.3. Biais de confusion

Il peut y avoir une interaction entre le niveau d'instruction et l'âge : les formations ont été parfois profondément modifiées depuis les années 1960. En effet, le taux de réussite au baccalauréat³³ en 2017 était de 87,9%, alors qu'en 1967 il était de 59,6% (en 1968 année charnière, il était de 81,3% !). De même, le taux de bachelier dans la population générale a énormément augmenté ces dernières décennies. D'autre part, il faut aussi prendre en compte l'apparition en 1969 du bac technologique, et en 1988 du bac professionnel. De la même manière, certaines formations-types (comme les études d'infirmier par exemple) ont changé de durée de formation depuis ces années-là.

1.2. Forces

Il existe peu d'études sur le recours aux MCA (et a fortiori sur les MCANM) dans la douleur chronique. Nous avons obtenu un grand nombre de répondants : le nombre de sujets nécessaire, marge de sécurité comprise, a été largement dépassé (de 30%).

Notre focalisation sur les MCA non-médicamenteuses uniquement a permis de limiter les biais de confusion liés à l'efficacité propre des substances pharmacologiques prises *per os*, par voie nasale, ophtalmologique ou rectale, injectées en sous-cutané ou en intra-veineuse, ou appliquées sur la peau et les phanères.

Concernant la définition des douleurs chroniques, il est habituellement admis une durée de 3 à 6 mois. Ce repère temporel arbitraire implique surtout que, du fait même de sa persistance, une douleur « rebelle » doit faire suspecter l'évolution vers un syndrome douloureux chronique. Il paraîtrait logique que la chronicisation au-delà de 6 mois augmente le recours aux thérapeutiques quelles qu'elles soient, y compris les MCANM. Dans notre étude, le seuil de 3 mois fixé pour l'inclusion de nos patients a permis de recruter davantage de répondants et d'éviter (partiellement) de biaiser à la hausse la proportion de patients ayant recours aux MCANM.

Les champs libres dans le questionnaire ont quant à eux contribué à supprimer des biais déclaratifs (pour les causes des douleurs, ou les raisons du non-recours aux MCA...). En outre, l'anonymisation du questionnaire a permis d'éviter la sous-déclaration de l'utilisation des MCANM par le répondant, par peur d'un jugement ou d'une désapprobation.

2. Discussion des résultats

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Le tableau ci-après compare nos résultats à ceux des études déjà citées précédemment, l'une réalisée au Royaume-Uni en 2008 sur des douloureux chroniques, l'autre en France³⁴ sur un échantillon de population rurale en 2012. Notons que dans ces deux études, le recours aux MCA médicamenteuses était étudié également, empêchant la comparaison exhaustive avec nos résultats.

Caractéristiques de l'échantillon global	Échantillon de douloureux chroniques en soins primaires, Royaume-Uni, 2008	Échantillon rural lorrain, 2012	Enquête publique auprès de douloureux chroniques, France, 2018
	N=486	N=300	N=793
Âge médian	53 ans ± 12.5 DS	Âge moyen 50,7 ans	Catégorie d'âge médiane : 40-49 ans
Sexe féminin	68% (N = 309)	51,7 %	89,7 %
Dernier diplôme obtenu : Baccalauréat au minimum	64% (N = 289)	39,3 %	62,2 %
Recours aux MCA en général	52% (N = 235)	53,7 %	78,4 %

L'hypothèse principale de ce travail était que la prévalence du recours aux MCA par les patients douloureux chroniques était importante. Les résultats la confirment.

En dehors du biais déjà évoqué plus haut, cela pourrait s'expliquer par le fait que la persistance de la douleur est en partie due à l'incapacité de la médecine conventionnelle à la faire disparaître, mais notre enquête ne permet pas de le confirmer.

2.2. Profil-type de patient douloureux chronique ayant recours aux MCANM quelles qu'elles soient

Comme décrit précédemment, notre étude a permis de dresser un portrait-robot du patient douloureux chronique plus enclin à avoir recours aux MCANM : il serait d'un **niveau d'instruction plus élevé** (OR=1,19 ; IC95% [1,04-1,37] ; p=0,014), avec une **couverture sociale satisfaisante** (OR=1,7 ; IC95% [1,17-2,47] ; p<0,01), et atteint de **fibromyalgie** (OR=2,12 ; IC95% [1,22-3,66] ; p<0,01).

Le tableau ci-après compare nos résultats avec ceux des études antérieures pré-citées (voir tableau 6) :

	Age supérieur			Niveau d'instruction plus élevé			Sexe féminin			Couverture sociale satisfaisante		
	2008	2012	2018	2008	2012	2018	2008	2012	2018	2008	2012	2018
OR			1,16	1,09	3,8	1,19	1,03	1,9	0,6	NP		1,7
IC95 %			[0,94-1,43]	[1,03-1,16]	[1,3-11,0]	[1,04-1,37]	[0,70-1,53]	[1,1-3,1]	[0,36-1,02]	NP		[1,17-2,47]
P-value	0,25	<0,01	0,19	0,003	0,04	0,014	0,88	0,07	0,06	NP	0,39	<0,01

Pour le sexe, on aurait été tenté d'évoquer l'influence du sexe féminin sur le recours, car, en analyse bivariée, les résultats paraissent significatifs (OR=0,55 ; IC95% [0,34-0,91] ; p-value=0,02). Mais en analyse multivariée, malgré un OR=0,6 et une p-value proche du seuil de significativité, l'intervalle de confiance contient la valeur 1, nous empêchant de conclure.

En revanche, en analyse multivariée, en étudiant séparément chaque type de MCANM, le sexe féminin a démontré son influence à chaque fois : ostéopathie, acupuncture et autres MCANM.

Notre échantillon comprend 89,7% de femmes.

Il a déjà été prouvé que la douleur chronique était globalement plus fréquente chez les femmes, avec des modulations selon les pathologies. L'exemple de la fibromyalgie est représentatif : 4 femmes pour 1 homme seraient touchées selon Hurley et al.³⁵ en 2008; et 9 femmes pour 1 homme selon une étude française menée par Bannwarth et al.³² en 2008.

Parmi les hypothèses évoquées pour expliquer cela, les mécanismes générateurs de la douleur (seuil de détection du stimulus douloureux plus bas chez la femme, influence des hormones sur le système nerveux central), les stratégies d'adaptation mises en place face à la douleur (et les mécanismes biopsychosociaux en général) ainsi que les facteurs de risque d'apparition et de chronicisation de la douleur seraient différents.

D'autre part, il a été démontré³⁶ que les femmes avaient plus de comorbidités psychiatriques (notamment dépression et anxiété) que les hommes.

Parallèlement, il a été prouvé³⁷ que, dans une situation clinique comparable, les médecins prescrivent plus d'antalgiques aux hommes alors qu'ils proposent plutôt des anxiolytiques et antidépresseurs aux femmes, sans forcément que le diagnostic différentiel entre douleur et réel trouble psychiatrique soit fait.

2.3. Types de MCA auxquelles les patients ont recours

La revue de la littérature retrouve une homogénéité des résultats concernant le type de MCANM auxquelles la population générale a recours :

Tableau 8 : tableau comparatif des types de MCANM utilisées

	Étude « 4P », échantillon de douloureux chroniques en soins primaires, Royaume-Uni, 2008	Région parisienne, échantillon de patients en médecine générale, 2010 ³⁸	Rhône-Alpes, échantillon de patients en médecine générale, 2011 ³⁹	Lorraine ³⁴ échantillon rural, 2012	Enquête publique auprès de douloureux chroniques, France, 2018
Chiropraxie ou équivalents	9 %	54,5 %	50,3 %	48,4 %	87 %
Acupuncture/ acupression	4 %		24,3 %	28 %	38 %
Massage	15 %			NP	2 %
Méditation/ hypnose / yoga	8 %			1,2 %	37 %
Autre	7 %			3,7 %	6 %

Comme nous l'avons déjà évoqué, des divergences existent, selon les pays, sur le type de MCA auxquelles les patients ont recours. L'attrait d'une MCA dans un pays donné est fonction de l'histoire et de la culture de ce dernier, ainsi que du cadre légal et ordinal applicable et enfin des influences religieuses.

La reconnaissance en France par le CNOM et le remboursement partiel de l'ostéopathie et de l'acupuncture expliqueraient donc en partie le recours plus fréquent à ces deux types de MCA.

D'autre part, ces deux disciplines sont en pleine expansion, avec une forte présence médiatique et de plus en plus d'initiatives d'intégration au système de soins. Cela pourrait expliquer la hausse du recours à ces techniques dans les dernières années.

2.4. Mécanismes de la douleur et diagnostic étiologique de la douleur chronique

Il existe différents types de mécanismes de la douleur décrits⁴⁰.

La douleur par excès de nociception est de cause inflammatoire, elle est due à une stimulation excessive des récepteurs périphériques de la douleur (nocicepteurs). Elle répond correctement aux antalgiques pharmacologiques.

La douleur neuropathique est liée à une lésion du système somato-sensoriel. Soit dans un contexte de pathologie neurologique identifiée (zona, neuropathie diabétique, AVC, etc.), soit dans un autre contexte, comme les suites post-opératoires. Elle se caractérise par des douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques avec, à l'examen clinique, une hypoesthésie, ou une allodynie. Elle est souvent associée à des signes sensitifs non douloureux mais inconfortables (paresthésies, prurit, signes vasoplégiques...). Elle regroupe aussi les douleurs post-chimiothérapies et les algohallucinoses (sensation de « membre fantôme » après amputation). Son identification est facilitée par l'utilisation de questionnaires-patient tels que le DN4. Elle peut bien sûr coexister avec une douleur nociceptive. Certains traitements pharmacologiques (antiépileptiques, tricycliques, etc.) ont montré leur efficacité partielle sur ce type de douleurs.

La douleur dysfonctionnelle est liée à un mauvais fonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans qu'une lésion patente soit identifiée par nos techniques actuelles de diagnostic. Elle regroupe notamment les troubles fonctionnels intestinaux, la céphalée de tension, la cystite interstitielle, la fibromyalgie, la glossodynie etc. Dans ce contexte, le questionnaire FiRST peut s'avérer très utile. La notion de « syndrome de sensibilisation centrale à la douleur » a été proposée⁴¹ devant la constatation d'une absence de troubles des structures anatomiques chez la plupart des patients souffrant de douleurs chroniques (notamment la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de SADAM, les céphalées de tension, le syndrome des jambes sans repos, les TFI et les lombalgies chroniques). Il s'agirait d'une dérégulation du système nerveux central qui provoquerait une hyperexcitabilité neuronale entraînant une amplification de la douleur et une hypersensibilité sensorielle. Ainsi, les mécanismes suivants ont été étudiés⁴² en imagerie cérébrale chez ces patients, en comparaison avec des patients sains : une réorganisation corticale et une neuroplasticité maladaptive, une activité accrue de régions cérébrales impliquées dans le traitement des stimuli nociceptifs, des modifications structurelles du cerveau et des modifications des processus neurochimiques. Un test nommé « inventaire de sensibilisation centrale » (introduit en 2012) peut aider au diagnostic.

La notion de « douleur psychogène » n'a plus lieu d'être actuellement. On considère en effet que dans toute douleur chronique sont impliqués des facteurs psychologiques et des facteurs somatiques. C'est ce modèle bio-psycho-social qui est en cours dans les SDC.

Quel que soit le mécanisme de la douleur initiale, la douleur chronique est la résultante de quatre composantes⁴³ : la composante sensorio-discriminative, la composante affectivo-émotionnelle (sur laquelle peut agir l'hypnothérapie médicale), la composante cognitive (et mnémonique) et la composante comportementale.

Les facteurs de renforcement de la douleur chronique sont de plus en plus décrits⁴⁴ : antécédents personnels de traumatismes physiques et psychiques, ou de pathologies psychiatriques, antécédents familiaux de syndromes douloureux chroniques, nature de la pathologie responsable de la douleur, stress, facteurs de personnalité, insatisfaction professionnelle, bas niveau d'éducation et de ressources.

Allaz et Cedraschi⁴⁵ ont démontré que 50% des patients douloureux chroniques souffraient d'un syndrome anxio-dépressif, qui participe au cercle vicieux d'entretien de la douleur. Le concept de « spectre d'expression de la dépression » rappelle que ce trouble affectif peut se manifester de manière purement émotionnelle ou emprunter un canal d'expression corporelle, comme la douleur chronique.

En parallèle, l'anxiété, sous ses différentes formes, participe à l'abaissement des seuils de sensation douloureuse, à une hyper vigilance au vécu corporel, ainsi qu'à des peurs-évitement, notamment du mouvement. Ces dernières sont fortement corrélées à l'incapacité réelle et ressentie du patient.

Globalement, selon les études, la présence de comorbidités psychiatriques chez les douloureux chroniques (au premier plan desquelles la dépression et les troubles de l'humeur) a été estimée entre 30 et 80% (66% dans l'enquête STOPNET¹) ! Une poursuite des travaux est donc nécessaire pour affiner cette évaluation. Dans notre échantillon, uniquement trois répondants ont associé des troubles psychiatriques à leurs douleurs chroniques.

Reste toujours la question difficile : les troubles psychologiques sont-ils antérieurs à la douleur chronique (éventuel facteur déclenchant ou renforçant), ou sont-ils réactionnels à la souffrance, l'errance diagnostique et l'inefficacité thérapeutique, la perte de qualité de vie, l'isolement social ou le jugement d'autrui ? Tous ces faits devant être considérés comme facteurs de risque potentiels.

L'enquête STOPNET¹ avait retrouvé, parmi les douloureux chroniques, une proportion de 6,9% de patients qui présentaient des signes neuropathiques associés. Bouhassira et al⁴⁶, en 2008, trouvaient une proportion de 25% de douleurs neuropathiques chez les douloureux chroniques. Notre échantillon se trouve dans l'intervalle entre ces deux résultats : il comprend une proportion de 12% de douleurs neuropathiques et/ou de maladies neurologiques.

Quant à la proportion de fibromyalgiques, comme décrit plus haut, elle est majeure dans notre échantillon : N=243, soit un peu plus de 30% de notre échantillon, alors que la prévalence de la fibromyalgie dans la population générale se situe autour de 2% selon le Ministère de la Santé.

Notons également la proportion considérable de patients douloureux chroniques dans notre échantillon pour lesquels aucun diagnostic médical n'a été posé : 22,4%.

Or il a été prouvé⁴⁷ que l'absence de diagnostic dans le syndrome de douleur chronique était un facteur de risque d'apparition de comorbidités psychiatriques. L'intérêt d'une double évaluation médicale et psychiatrique se confirme.

2.5. Sous-représentation des patients atteints de cancer dans l'échantillon

Selon Krakowski et al⁴⁸, 30 à 45% des patients aux stades précoces du cancer présentent une douleur modérée à sévère, et jusqu'à 75% aux stades avancés.

Pourtant nous n'avons quasiment aucun répondant ayant attribué sa douleur chronique à un cancer dans notre enquête.

La première raison nous apparaît être le vecteur de notre enquête : une population a priori bien portante, qui vit au quotidien avec ses douleurs chroniques. Si nous avions diffusé notre enquête plus précisément dans des SDC, ou dans des salles d'attente de consultation d'oncologie ; les résultats auraient certainement été bien différents.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que la description de la douleur chronique ne convienne pas bien aux caractéristiques des douleurs cancéreuses : elles sont le plus souvent de type nociceptif et répondent majoritairement bien aux antalgiques habituels ; et apparaissent généralement tardivement dans la maladie, sans avoir l'occasion de se chroniciser.

Il est également possible que le cancer « phagocyte » les autres champs de la santé du patient, ne lui laissant plus distinguer ses autres pathologies et symptômes individuellement. Il n'attribuerait donc pas spontanément les douleurs chroniques dont il pourrait souffrir à son diagnostic de cancer. Par exemple, notre effectif atteint de neuropathies est considérable (11,9%). Combien de celles-ci, non précisées, sont en fait post-chimiothérapie ? Impossible de le savoir étant donné que nous n'avons pas posé de question spécifique pour connaître les autres comorbidités de nos répondants.

Une autre hypothèse serait que la douleur du cancer est globalement bien traitée en France ; la standardisation et la pluridisciplinarité exemplaire des équipes de soins de support en oncologie (y compris avec l'intégration de MCA) soulageant de manière satisfaisante les patients, et empêchant plusieurs facteurs habituels de renforcement des douleurs.

2.6. Nombre de pathologies expliquant les douleurs chroniques

Notre échantillon comporte 54,3% de patients douloureux chroniques « polyopathologiques », c'est-à-dire souffrant de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant.

Néanmoins, seulement 17% de notre échantillon sont concernés par un arrêt maladie longue durée ou une invalidité ; alors que cette proportion était de plus de 50% dans l'enquête STOPNET¹.

2.7. La question du coût et la gestion médico-administrative de la douleur chronique

Pour les pathologies chroniques faisant peser des coûts importants sur le patient, existe la notion d'ALD ouvrant des droits de remboursement intégral des actes par la sécurité sociale.

Les pathologies pouvant générer des douleurs chroniques reconnues en ALD sont les suivantes : les formes graves des affections neurologiques et musculaires, dont les neuropathies ; la PAR, les formes articulaires des connectivites, le rhumatisme psoriasique ; la SEP ; la scoliose idiopathique structurale évolutive ; la spondylarthrite grave.

En parallèle, si les douleurs peuvent être rattachées à une ALD déjà en place, comme les douleurs post-chimiothérapie dans le cadre d'un cancer ; le remboursement ne pose aucun problème.

D'autre part, les pathologies « douloureuses chroniques » peuvent théoriquement être reconnues en ALD selon les critères suivants : forme évolutive et/ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste des 30 ALD « historiques », et/ou comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et/ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Mais les cas de douleurs chroniques sont tellement nombreux et plurifactoriels qu'il est souvent difficile d'obtenir pour le patient une reconnaissance administrative de sa pathologie, avec l'exonération associée. Par exemple, l'implication de la reconnaissance en maladie professionnelle de certains troubles musculo-squelettiques, est un enjeu pour les patients touchés et représente un parcours long et fatigant. La rigueur et les délais administratifs incompressibles sont des embûches supplémentaires pour ces patients déjà fragilisés.

Néanmoins, des cas de douleurs chroniques (notamment de fibromyalgies) sont reconnus en ALD (pour le suivi psychiatrique ambulatoire par exemple), mais l'hétérogénéité (notamment du délai de réévaluation) selon les CPAM et les médecins-conseils met en péril l'équité avec laquelle devraient être traités les patients.

Rappelons que les arrêts-maladie et les mises en invalidité sont totalement indépendants de l'octroi ou non d'une ALD. Au bout de 6 mois d'arrêt-maladie consécutifs, le classement en « longue maladie » peut être accordé, pour une durée maximale de 3 ans. Lors de son évaluation, le médecin-conseil pourra décider qu'il n'y aura a priori pas d'amélioration avant la fin de cette période et donc décider de la mise en invalidité du patient.

Toutefois, en tant que médecin, la prudence est de mise dans ce domaine car la « formalisation » médico-administrative d'une douleur chronique sous forme d'ALD (pathologie chronique à part entière) ou d'invalidité, risque d'être en soi un facteur de chronicisation de la douleur⁴⁴ et ainsi ralentir ou bloquer la guérison. Il paraît donc souvent préférable de faire intervenir le médecin du travail, le médecin-conseil de la CPAM et la MDPH pour une RQTH, des adaptations de poste et/

ou une formation professionnelle favorisant le retour à l'emploi ; même chez des patients dont l'âge est supérieur à 55 ans et dont les chances de retour au travail sont a priori faibles.

Notre étude montre que la possibilité de recours aux MCANM par les patients dépend de leur couverture sociale. En effet, dans notre échantillon, dans 21,6% des cas, le coût des consultations était trop élevé pour permettre au patient d'avoir recours à ces thérapies complémentaires. Cela est facilement compréhensible quand on connaît les modalités de remboursement des actes de MCANM en France.

Les tarifs moyens de consultation en ostéopathie ont été évalués entre 40 et 80€, dont la base de remboursement de la sécurité sociale ne s'élève qu'aux 33,5€ de l'acte coté LHRP001 par les médecins uniquement. Ceux d'un acupuncteur ont été évalués en moyenne entre 38 et 77€, dont la sécurité sociale rembourse 18€ si le praticien est médecin et cote l'acte QZRB001. Les honoraires perçus pour une séance d'hypnose sont en moyenne de 45 à 85€. Il n'existe aucune autre base de remboursement par la sécurité sociale qu'une consultation médicale classique (à 25€ pour un médecin généraliste en 2018), malgré le code CCAM ANRP001. Quant aux autres MCANM, surtout celles pratiquées par des non-médecins, leurs tarifs sont variables et non-remboursables. Le champ est donc quasiment intégralement réservé aux organismes complémentaires de remboursement (mutuelles).

2.8. Orientation vers une MCA : quelle source d'information principale ?

Pour pouvoir fournir une éducation thérapeutique au patient douloureux chronique comme dans n'importe quelle pathologie chronique, encore faut-il que le professionnel de santé soit formé et informé. Le fait que le médecin traitant ou un autre professionnel de santé ne soit la source principale d'informations concernant les MCANM que dans 41,6% des cas montre que le besoin de formation est considérable.

En parallèle, la notion de patient-expert, acteur principal de sa prise en charge, aidé par des associations de patients, mérite d'être développée. La relation malade-médecin paternaliste n'a plus lieu d'être ; sous peine de définitivement éloigner le patient du soin. Nous, professionnels de santé, devons accepter l'évidence que nous ne sommes plus les seuls à détenir la connaissance. Avec l'avènement d'Internet, tout un chacun a accès à des sources de connaissance quasiment infinies : la donne a changé.

Actuellement, des modèles proposent un *continuum* dans l'engagement des patients. Le plus avancé est celui mis en place par la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (parfois nommé « Montreal model⁴⁹ ») : la perspective de « partenariat patient » propose de considérer le patient comme un membre à part entière de l'équipe de soins. Cela se justifie par le fait que les maladies chroniques sont rarement guéries complètement, que leur évolution est intimement liée aux habitudes de vie et que l'expérience du patient (y compris ses savoirs issus des répercussions de ses problèmes médico-psychosociaux sur sa vie personnelle) est un apport essentiel à la qualité de la prise en charge.

2.9. La place des MCANM dans la prise en charge antalgique

La majorité des patients douloureux chroniques de notre échantillon ont déjà hybridé leur prise en charge antalgique, en mêlant médecine conventionnelle et pratiques alternatives (52,9%).

Cathebras⁵⁰, dans un échantillon de 50 patients interrogés lors de leur séjour en médecine interne à l'hôpital, retrouvait une proportion de 42% (probablement sous-estimée car le milieu hospitalier était plutôt hostile aux MCA à cette époque).

Cela indique que pour 47,1% de nos patients, pour qui les MCANM interviennent soit avant toute médecine conventionnelle, soit après échec de celle-ci ; elle est donc momentanément absente du

paysage (à part dans le cas où le médecin traitant serait également à exercice particulier (MEP) et continuerait donc à suivre son patient de manière holistique).

C'est dans ce type de situations que le patient est potentiellement en danger : retard diagnostique d'une pathologie grave suite à une prise en charge exclusive par un praticien non-professionnel de santé, effets indésirables graves de pratiques non éprouvées (a fortiori si le recours est dissimulé au médecin traitant), etc.

La HAS⁵ recommande, pour les douleurs chroniques (notamment lombalgies et fibromyalgie), une prise en charge selon quatre axes : un axe médical (avec éducation thérapeutique au bon usage du médicament) ; un axe fonctionnel (thérapies physiques et rééducatives), un axe psychologique et un axe socioprofessionnel.

Dans ce sens, les travaux de Holland et al⁵¹, repris par Doan⁵², ont permis de définir, face à cette situation problématique, des règles simples (en théorie) à intégrer dans une relation médecin-patient ; règles reprises par Dilhuydy⁵³ en cancérologie :

- Être bien informés de l'offre de soins en MCA ;
- Analyser les raisons pour lesquelles un patient s'intéresse à ce type de traitement ;
- Savoir donner des informations précises au patient et à sa famille ;
- Être capable de susciter des questions sur ce sujet ;
- Être capable 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 capable d'assurer un suivi régulier au décours de l'évolution de la maladie, dans la mesure où le patient peut modifier ses choix et ses comportements.

2.10. Choix de ne pas recourir aux MCA

Notre échantillon comporte une minorité de patients douloureux chroniques n'ayant pas eu recours aux MCANM : 20,8% (N=165 en excluant ceux qui avaient l'intention d'y avoir recours prochainement pour leurs douleurs chroniques).

En raison du reclassement décrit précédemment, les motifs de non-recours n'ont pu être connus que pour 137 d'entre-eux.

Dans la majorité des cas (52,6%), les raisons de non-recours dans notre étude étaient la méconnaissance (22,2%), le coût trop élevé (21,6%) ou le manque d'offre de soins en MCANM à proximité (8,8%).

Chez Inglin et al⁵⁴, dans une étude suisse auprès de patients d'un service d'oncologie en 2008, et Thiriat³⁴ ; cette méconnaissance concernait entre 45 et 50% des patients. Nous avons déjà évoqué notre biais de recrutement qui peut expliquer partiellement cette différence. D'autre part, en dix ans la maîtrise d'Internet s'est démocratisée et la présence médiatique globale des MCA s'est considérablement renforcée. Les répondants étaient donc particulièrement à même de s'informer sur les différentes options thérapeutiques (éprouvées ou non).

L'inefficacité supposée a été indiquée comme motif de non-recours aux MCANM dans 26,3% des cas dans notre échantillon ; allant de pair avec les 6,4% qui n'avaient pas confiance dans les MCANM. Inglin retrouvait une proportion équivalente (22%) pour l'inefficacité supposée.

Ce n'est que dans 4,1% des cas que les patients de notre échantillon se sont abstenus suite à de mauvais échos ou à une mise en garde par un professionnel de santé. Cela fait penser que le terrain est déjà préparé à l'hybridation croissante de ces techniques dans la médecine future.

V. CONCLUSION

Notre étude, forte de son échantillon de 793 répondants (dont 89,7% de femmes, de 30,6% de fibromyalgiques et de 22,4% de patients douloureux chroniques sans diagnostic étiologique), confirme l'hypothèse d'une forte prévalence de recours aux MCANM par les patients douloureux chroniques : la grande majorité (78%) d'entre eux en ont fait usage. La source d'information principale ayant mené à ce recours était un professionnel de santé dans seulement 41,6% des cas.

Le profil-type du patient douloureux chronique utilisateur de MCANM (quelle qu'elle soit) : plutôt une femme, d'un niveau d'instruction plus élevé, avec une couverture sociale satisfaisante et atteint(e) de fibromyalgie.

La place qu'occupaient ces MCANM dans le parcours de soins de ces patients était à 53% une place complémentaire (en association avec la médecine conventionnelle). Dans 13% des cas les patients n'avaient pas testé de thérapeutiques conventionnelles avant de faire appel aux MCANM ; enfin dans 33% des cas ils y avaient recours après échec des soins conventionnels proposés.

L'inefficacité supposée des pratiques alternatives non-médicamenteuses n'a été évoquée comme motif de non-recours que pour 26% des répondants non-usagers de MCANM, la méconnaissance ou le défaut d'accès étaient les raisons principales.

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature, quoique souvent non comparables intégralement et de façon méthodique aux nôtres.

Notre enquête ne visait à évaluer la satisfaction des patients ni vis-à-vis de la médecine conventionnelle ni vis-à-vis des MCANM. Mais la proportion de patients ayant eu recours aux MCANM après échec de tous les traitements conventionnels prescrits était considérable (34%). De même, la proportion de patients qui, après utilisation, recommanderaient l'usage des MCANM à leurs proches atteints de douleurs chroniques, était majeure (92%). On peut considérer que cela équivaut à une expression de satisfaction de leur part.

Nos résultats questionnent obligatoirement notre système de soins actuel, dont l'amélioration est toujours souhaitable.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail avec un autre mode de sélection des répondants et d'autres caractéristiques socio-démographiques et médicales (notamment avec un accès au dossier médical), pour limiter les biais. D'autre part, on pourrait aussi envisager une étude comparative entre populations « recours » et « non-recours ».

*« La sagesse ne peut pas entrer dans un esprit méchant,
et science sans conscience n'est que ruine de l'âme. » François Rabelais*

CONCLUSION GÉNÉRALE ET PERSPECTIVES

La médecine conventionnelle, ou peu hybridée telle que nous la pratiquons actuellement, serait-elle impuissante à soulager de manière satisfaisante les douleurs chroniques ?

Nos résultats questionnent obligatoirement notre système de soins actuel, dont l'amélioration est toujours souhaitable. Nous ne pouvons ignorer la demande croissante de nos patients. Une réponse commence à leur être proposée, mais de manière asymétrique selon les types de MCA, sans entrer en cohérence avec l'ensemble du système de santé.

Deux visions s'opposent : une éthique des résultats, avec une obligation de reproductibilité des effets (qui peine à tenir compte de la complexité et des différences inter-individus) et une éthique des principes de soins (l'intérêt du patient prime). Il est indéniable que la notion d' « efficacité » pour le médecin est bien différente de la notion, pour le patient, de « santé » (au sens d'un état de complet bien-être physique, mental et social).

Les MCANM représentent une volonté de désapprentissage de la culture du « tout-médicament » qui est, à notre avis, délétère. D'autre part, en réintégrant le patient (dans toute sa complexité et ses aspects paradoxaux) au cœur de sa prise en charge, les MCANM (et notamment les techniques à médiation corporelle comme l'hypnose) lui permettent de découvrir en lui-même un panel d'outils thérapeutiques (« l'inconscient est un réservoir de ressources » disait Erickson, qu'on pourra opposer à Freud qui considérait l'inconscient comme une source inépuisable de problèmes).

Cette réappropriation de leur santé par les patients est d'autant plus nécessaire à l'ère des maladies chroniques dont on ne guérit pas ; avec lesquelles on doit apprendre à vivre.

En revanche, les MCA, au même titre que certains pans de la médecine conventionnelle, participent d'une « médicalisation sociale » qui croît depuis des décennies : psychiatrisation des émotions, dépistologie excessive, « disease mongering », pathologisation des actes de la vie courante (sexualité, nutrition, activité physique, accouchement, vieillissement, etc.). Elles encouragent l'idée selon laquelle un individu (rendu hypocondriaque dès son enfance) aurait besoin d'un « thérapeute » pour accompagner tous les aspects de sa vie, y compris intra-utérine... Il existe des soins pour tout, des industries pour les produire, des publicitaires et des médias pour en vanter les mérites, des médecins pour les prescrire et des patients pour les réclamer !

Nous espérons un dépassement des frontières disciplinaires, culturelles et psychologiques, qui ont empêché jusqu'ici la prise en charge satisfaisante des douleurs chroniques. La médecine se doit d'être plurielle pour continuer d'être utile aux patients.

Rappelons qu'il existe des soulagements en-dehors du cadre médical, qu'il existe des guérisseurs du corps et de l'âme en-dehors des murs de l'Académie de Médecine ; le passé nous apprend que le péché d'hybris (« seule la science que nous maîtrisons devrait suffire à soulager nos patients ») nous guette en tant que médecins. Le chirurgien belge Thierry Janssen disait avec conviction que « la vraie démarche est d'observer, de constater, de trouver une explication et de ne pas discréditer ou nier l'évidence de certains faits sous prétexte qu'on a pas d'explication dans la culture qui est la nôtre. » Scientifiques et médecins, faisons preuve, comme le préconise le médecin psychiatre Christophe André, d'un « scepticisme bienveillant et curieux ».

Edgar Morin fut l'auteur de cet apophtegme : « l'ignorance de l'incertitude conduit à l'erreur; la certitude de l'incertitude conduit à la stratégie ».

La possibilité pour un médecin généraliste de coordonner le parcours de soin de son patient avec des thérapeutes dont les pratiques auraient prouvé leur efficacité sur une pathologie telle que la douleur chronique serait une indication d'évolution de notre système de soins.

Mais les limitations, doctrinaires ou corporatistes parfois, qu'applique notre monde judiciaire aux médecins, obligés de délivrer des soins « conformes aux données acquises de la science »⁵⁵, empêchent en partie l'ouverture et l'évaluation des pratiques *in vivo* (afin de cerner des vrais effets sur des vrais patients dans la vraie vie). Les patients qui, après information éclairée par leur médecin traitant, s'impliqueraient plus dans les décisions les concernant, seraient certainement moins prompts à l'attaquer en justice pour sa prise en charge.

Le modèle que se voudrait être le médecin pour son patient ne peut se résumer à des certitudes, sinon que serions-nous de plus que des « exécutants de recommandations de bonnes pratiques », déchargeant notre responsabilité morale et intellectuelle sur les avis d'experts ? Le patient qui constate que son médecin continue de se former et de s'informer tout au long de sa vie professionnelle ne peut qu'y voir une attitude scientifique et un signe d'humilité.

Néanmoins, le médecin reste un professionnel de santé, pourvoyeur d'un service d'expertise (diagnostique et thérapeutique) ; il ne peut donc se positionner en relativiste absolu pour lequel toutes les options seraient équivalentes en bénéfices et risques ! Il risquerait, selon un certain effet de mode, de devenir un simple exécutant des exigences du patient (quitte à le laisser se mettre en danger par méconnaissance des tenants et aboutissants).

La poursuite de la recherche multimodale sur les MCA est donc essentielle.

D'autre part, pourquoi ne pas laisser plus de place au patient douloureux chronique - car il est bien le premier concerné - dans les dispositifs d'évaluation des nouvelles thérapies ? Il faudrait pour cela développer des outils d'évaluation conjoints entre professionnels de santé et patients ; afin que l'expertise médicale et l'expérience personnelle du patient ne soient plus antinomiques, mais plutôt interdépendants. Voilà un vaste champ de recherche future !

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Serrie A ; Mourman V ; Treillet E ; Maire A ; Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2014 ; 15(3):106-114
- (2) Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur », septembre 2014
- (3) Baszanger I. Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. Sciences sociales et santé. 1991 ; 9(2)
- (4) IASP, International Association for the Study of Pain (page consultée le 01/01/2018) [en ligne] www.iasp-pain.org
- (5) Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient
- (6) Breivik H. et al. Survey of Chronic Pain in Europe : Prevalence, Impact on Daily Life and Treatment. European Journal of Pain 2006 ; 10:287-333.
- (7) Hart RP ; Martelli MF ; Zasker ND. Chronic pain and neuropsychological functioning. Neuropsychol Rev 2000 ; 10:131-49
- (8) Glass JM ; Park DC. Cognitive dysfunction in fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep 2001 ; 3:123-7
- (9) Apkarian AV ; Sosa Y ; Krauss BR ; Thomas PS ; Fredrickson BE ; Levy RE et al. Chronic pain patients are impaired on an emotional decision – making task. Pain 2004 ; 108:129-36
- (10) Moroni C ; Laurent B. Influence de la douleur sur la cognition. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement. 2006 ; 4(1) : 21-30
- (11) Hart RP ; Wade JB ; Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain : the significance of stress. Curr Pain Headache Rep 2003 ; 7:116-26
- (12) Ministère des affaires sociales et de la santé. Les structures spécialisées douleur chronique. (page consultée le 26/07/2018) [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur.html>
- (13) www.algoweb.blogspot.com [en ligne] (page consultée le 01/07/2018)
- (14) Organisation Mondiale pour la Santé. Stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. OMS 2002 (page consultée le 01/01/2018) [en ligne] www.who.org
- (15) Thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soins. Académie Nationale de Médecine. 2013
- (16) GETCOP, Groupe d'Evaluation des Thérapies Complémentaires (page consultée le 10/06/2018) [en ligne] www.getcop2016.event.univ-lorraine.fr
- (17) Rao JK ; Mihaliak K ; Kroenke K et al. Use of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. Ann Intern Med 1999 ; 131(6):409-16
- (18) Shelley BM 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
- (19) NCCAM (page consultée le 01/01/2018) [en ligne] <http://nccam.nih.gov/health/whatisncam>
- (20) Garillon JL. Médecines traditionnelles et thérapies complémentaires personnalisées. Essai de classification et d'insertion des pratiques innovantes dans la « médecine intégrative ». Revue Hegel. ALN Éditions, Nancy. 2015 ; 5(4)
- (21) Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments - Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiel. Mai 2002 ; N°2
- (22) Rosenberg El ; Genao I ; Chen I and al. Complementary and Alternative Medicine Use by Primary Care Patients with Chronic Pain. Pain Medecine. 2008 ; 9:1065-1072
- (23) Fisher PAG. NHS patients' perspective on Complementary Medicine : a survey. Complementary Therapies in Medicine. 2003 ; 11:243-248
- (24) Fisher PAG ; van Haselen RA. Providing Complementary and Alternative Medicine in Primary Care : The Primary Care workers' perspective. Complementary Therapies in Medicine. 2004 ; 12:6-16

- (25) Dubois-Courvoisier J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines alternatives ? [Th. Méd.] Lyon 1 ; 2011
- (26) Rosenstiehl M. Pourquoi les patients ont-ils recours aux pratiques non conventionnelles ? [Th. Méd.] Lyon 1 ; 2016
- (27) Pickering G ; Laurent B ; Attal N. Défis méthodologiques des essais non-pharmacologiques dans la douleur chronique. In : Thérapies à médiation corporelle et douleur. Ed. Institut UPSA de la Douleur. 2013
- (28) Introduction à l'Evidence-Based Medicine [en ligne] [www.ebm.lib.ulg.ac.be /](http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/) www.cochrane.org/about-us/evidence-based-health-care
- (29) Collectif AntiFakeMed (page consultée le 01/09/2018) [en ligne] <https://fakemedecine.blogspot.com>
- (30) Ordre des médecins - Article 39. Charlatanisme (page consultée le 01/01/2018) [en ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-39-charlatanisme-263>
- (31) Ordre des Médecins - Quelle place pour les médecines complémentaires? (page consultée le 01/01/2018) [en ligne] webzine n°3. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
- (32) Bannwarth B ; Blotman F ; Roué-Le Lay K ; Caubère JP ; André E ; Taïeb C. Étude de la prévalence de la fibromyalgie dans la population française. Revue du rhumatisme. 2009 Mars ; 76:274-278
- (33) Rétrospective Baccalauréat (page consultée le 15/07/2018) [en ligne] <http://cache.media.education.gouv.fr>
- (34) Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain. [Th. Méd.] Nancy : Université de Lorraine ; 2012
- (35) Hurley RW ; Adams MCB. Sex, gender, and pain : An overview of a complex field. Anesth Analg 2008
- (36) Greenspan JD ; Craft RM ; LeResche L et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia : A consensus report. Pain J. 2007 ; 132:26-45
- (37) Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. Pain. 1996
- (38) Mayer-Levy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. [Th. Méd.] Paris 5 ; 2010
- (39) 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
- (40) Collège des Enseignants de Neurologie et Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (pages consultées le 01/01/2018) [en ligne] [www.cen-neurologie.fr /](http://www.cen-neurologie.fr/) www.sfetd-douleur.org
- (41) Mayer et al. The development and psychometric validation of the central sensitisation inventory. Pain Practice. 2012
- (42) Roussel N ; Cagnie B ; Dolphens M ; Struyf F ; Danneels L ; Nijs J ; Oostendorp R ; Meeus M. Sensibilisation centrale et modification du traitement central de la douleur chez les patients souffrant de lombalgies. Revue Ortho-Rhumato. 2014 ; 12:29-33
- (43) Cazard-Fillette C ; Wood C ; Bioy A. Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. Solutions Vigot. 2016
- (44) Nguyen C ; Poiraudeau S ; Revel M ; Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme. 2009
- (45) Allaz AF ; Cedraschi C. Douleurs chroniques et émotions. Revue Médicale Suisse. 2014
- (46) Bouhassira D et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008 ; 138:380-387
- (47) El-Hage W ; Camus V. Fibromyalgie : une maladie du traumatisme psychique? La Presse Médicale. Nov 2006 ; 35:1682-1688

- (48) Krakowski I ; Theobald S ; Collin E et al. Standards, Options et Recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte.
- (49) Vanier MC ; Dumez V ; Drouin E ; Brault I ; MacDonal SA ; Boucher A et al. Université de Montréal Case Study. Partners in Interprofessional Education: Integrating Patients-as-Trainers. Proceedings of the Josiah Macy Jr Foundation 2014 Conference: Engaging Patients, Families and Communities to Link Interprofessional Practice and Education, 3-6 avril 2014
- (50) Cathebras P. Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. In : Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical, chapitre XII. Éditions Karthala. 1996
- (51) Holland JC ; Geary N ; Furman A. Alternative cancer therapies. In : Holland JC ; Rowland JR ; eds. Handbook of psycho-oncology. London : Oxford University Press, 1989 ; 508-15
- (52) Doan BD. Alternative and complementary therapies. In : Holland JC, ed Psycho-oncology, 1998 ; 817-27
- (53) Dilhuydy JM. Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements inévalués ou pratiques inapprouvées. 27èmes journées de la SFSPM, Deauville, 2005
- (54) Inglin S ; Amsler S ; Burton-Jeangros C ; Arigoni F ; Pargoux-Vallade C ; Sappino AP. Évaluation du recours aux médecines complémentaires chez les patients en suivi oncologique. Rev Med Suisse. 2008 ; 4:1264-1269
- (55) Arrêt Mercier. Cour de Cassation. 1936

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire anonyme

« Bonjour, je suis interne en médecine générale. J'effectue une thèse sur les douleurs chroniques et l'utilisation des médecines dites « alternatives » (ou « douces », « parallèles », « complémentaires »...) comme l'acupuncture, l'ostéopathie ou l'hypnose. Si vous êtes ou avez été concerné par des douleurs chroniques, vous pouvez m'aider en répondant à ce questionnaire anonyme qui vous prendra une dizaine de minutes. Les données recueillies seront utilisées exclusivement aux fins de ce travail de recherche. Le but n'est pas de valider ou de discréditer ces médecines mais de mieux connaître le mode d'utilisation de celles-ci par les patients douloureux chroniques. Merci d'avance pour vos réponses ! »

- Question 1 : Souffrez-vous ou avez-vous souffert dans le passé de douleurs chroniques (persistantes, récurrentes, qui durent depuis plus de 3 mois)?
 - 1/ Oui
 - 2/ Non
 - Si réponse « non », pas de participation au reste du questionnaire.

- Question 2 : Quel âge avez-vous?
 - 1/ Entre 18 et 29 ans
 - 2/ Entre 30 et 39 ans
 - 3/ Entre 40 et 49 ans
 - 4/ Entre 50 et 59 ans
 - 5/ Entre 60 et 69 ans
 - 6/ Entre 70 et 79 ans
 - 7/ 80 ans ou plus

- Question 3 : Vous êtes :
 - 1/ un homme
 - 2/ une femme

- Question 4 : Où résidez-vous?

- Question 5 : Quelle est votre nationalité?

- Question 6 : Quel est votre niveau d'études?
 - 1/ Primaire
 - 2/ Brevet des collèges
 - 3/ CAP ou BEP
 - 4/ Baccalauréat
 - 5/ Bac+2 (DUT, BTS ou équivalent)
 - 6/ Licence ou Bac+4
 - 7/ Master ou Bac+5
 - 8/ Doctorat ou diplôme de grande école ou équivalent

- Question 7 : Quelle est votre activité?
 - 1/ Retraité
 - 2/ Etudiant salarié (ou apprenti ou contrat pro)
 - 3/ Arrêt maladie longue durée ou invalidité
 - 4/ Activité professionnelle à temps plein
 - 5/ Activité professionnelle à temps partiel
 - 6/ En recherche d'emploi
 - 7/ Sans activité professionnelle

- Question 8 : Quelle est votre couverture sociale ?
 - 1/ AMO française + mutuelle (= sécurité sociale + complémentaire santé)
 - 2/ Assurance Maladie Obligatoire (AMO) française (= sécurité sociale seule)
 - 3/ CMU (Couverture Maladie Universelle)
 - 4/ Assurance maladie étrangère
 - 5/ Aucune

- Question 9 : Connaissez-vous la ou les cause(s) de vos douleurs chroniques (diagnostic posé par un médecin)?
 - 1/ Oui
 - Si oui, quelle(s) est (sont)-elle(s)? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe)
 - Rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, etc)
 - Fibromyalgie
 - Arthrose
 - Tendinite (ou tendinopathie)
 - Migraines (ou céphalées)
 - Endométriose (ou règles douloureuses)
 - Hernie discale (ou discopathie)
 - Sciatique (ou sciatalgie) ou névralgie cervico-brachiale
 - Colopathie fonctionnelle (ou troubles fonctionnels intestinaux ou syndrome du colon irritable)
 - Douleurs neuropathiques
 - Autre : précisez en quelques mots
 - 2/ Non

- Question 10 : Pour vos douleurs chroniques, avez-vous déjà eu recours à un(e) professionnel(le) de santé pratiquant une ou des médecines dites « alternatives », « parallèles », « complémentaires », « douces » non médicamenteuses (donc hors homéopathie, phytothérapie, mésothérapie)?
 - 1/ Oui
 - Si oui, laquelle ou lesquelles? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Ostéopathie (ou médecine manuelle)
 - Acupuncture
 - Hypnose (ou sophrologie ou équivalent)
 - Autre : précisez
 - 2/ Non
 - Si non, pourquoi? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Vous ne connaissiez pas
 - Vous pensiez que ça ne fonctionnerait pas
 - Vous n'aviez pas confiance ou aviez peur d'éventuels effets secondaires
 - Votre médecin traitant ou un professionnel de santé vous l'a déconseillé
 - D'autres sources d'information vous l'ont déconseillé
 - Vous n'en aviez pas trouvé proche de chez vous
 - Les consultations étaient trop chères
 - Autre : précisez en quelques mots
 - Si réponse « non », pas de participation au reste du questionnaire.

- Question 11 : Pour le choix de cette ou ces médecine(s) « alternative(s) » non médicamenteuse(s) employée(s) pour vos douleurs, quelle a été votre source d'informations principale?
 - 1/ Votre médecin traitant
 - 2/ Famille, amis ou entourage
 - 3/ Internet, télévision, radio ou presse écrite
 - 4/ Un autre professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier...)
 - 5/ Vos connaissances personnelles (par vos études, votre profession...)

- Question 12 : Avez-vous eu recours à cette ou ces médecine(s) « alternative(s) » non médicamenteuse(s) :
 - 1/ Avant tout essai de traitement « conventionnel »
 - 2/ En complément d'un traitement anti-douleur « conventionnel » prescrit par un médecin (médicaments, kinésithérapie, cure thermale, TENS, infiltrations, chirurgie, bloc vasoplégique...)
 - 3/ Après échec de tous les traitements « conventionnels » prescrits.

- Question 13 : Recommanderiez-vous l'utilisation de ces médecines « alternatives » non-médicamenteuses un proche qui serait touché par des douleurs chroniques?
 - 1/ Oui
 - Si oui, laquelle ou lesquelles? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Ostéopathie (ou médecine manuelle)
 - Acupuncture
 - Hypnose (ou sophrologie ou équivalent)
 - Autre : précisez en quelques mots
 - 2/ Non
 - Si non, pourquoi? (*Plusieurs réponses possibles*)
 - Inefficace
 - Mauvaise expérience avec le praticien
 - Trop cher
 - Autre : précisez en quelques mots

ANNEXE 2 : Tract distribué dans les cabinets et pharmacies donnant accès au questionnaire en ligne

**Vous souffrez
ou avez souffert dans le passé de
douleurs chroniques ?**

Votre avis m'intéresse dans le cadre de ma thèse de médecine !

Vous pouvez m'aider en répondant à ce court questionnaire anonyme en ligne qui vous prendra seulement une dizaine de minutes, avec le lien suivant :

goo.gl/jAv1kU

Vous pouvez également retrouver le lien en flashant ce code avec l'appareil photo de votre smartphone ou tablette :



Merci d'avance !

ANNEXE 3 : Analyse multivariée

Tableau 9 : Analyse multivariée - Recours aux MCANM en général

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Sexe	0,552	0,335	0,910	0,020	0,603	0,357	1,017	0,06
Âge	1,068	0,930	1,226	0,419	1,159	0,936	1,434	0,192
Nationalité	1,263	0,719	2,220	0,517	0,743	0,333	1,659	0,598
Couverture sociale	1,751	1,290	2,377	<0,01	1,699	1,168	2,473	<0,01
Niveau d'instruction	1,092	0,975	1,222	0,135	1,189	1,036	1,365	0,014
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,222	1,050	1,423	0,010	0,928	0,617	1,397	1,054
Activité professionnelle à temps partiel	1,569	0,931	2,646	0,095	1,489	0,671	3,308	0,388
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	0,971	0,687	1,373	0,382	1,025	0,507	2,068	1,575
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	0,955	0,611	1,492	0,312	0,828	0,374	1,829	0,896
En recherche d'emploi	1,303	0,621	2,735	0,621	1,821	0,679	4,886	0,264
Étudiant non salarié	0,659	0,338	1,286	0,249	1,144	0,444	2,952	1,181
Retraité	0,673	0,373	1,213	0,206	0,488	0,181	1,314	0,169
Sans activité professionnelle	1,009	0,555	1,835	0,656	0,301	0,062	1,473	0,232
Règles douloureuses / endométriose	1,475	0,679	3,207	0,385	1,197	0,493	2,905	0,996
Tendinopathies / capsulites	1,572	0,909	2,720	0,111	1,258	0,666	2,377	0,614
Céphalées / Migraines	1,173	0,730	1,883	0,665	0,929	0,514	1,678	0,239
Névralgies / Syndromes canalaux	1,943	1,184	3,189	<0,01	1,823	0,967	3,438	0,065
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	0,797	0,500	1,271	0,406	0,838	0,473	1,485	0,726
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de Sadam	1,587	1,072	2,348	0,021	2,117	1,224	3,660	<0,01

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Hernie discale / Lombalgies communes	1,900	1,008	3,579	0,048	1,750	0,843	3,631	0,142
Arthrose	1,068	0,690	1,655	0,153	0,831	0,439	1,576	0,770
TFI	0,929	0,558	1,545	0,171	0,582	0,311	1,089	0,095
Neuropathies / Maladies neurologiques	1,513	0,847	2,703	0,176	1,305	0,685	2,489	0,519
Malformations squelettiques congénitales ou post- traumatiques	2,042	1,028	4,054	0,042	1,987	0,962	4,105	0,065
Algodystrophie	2,640	0,792	8,797	0,121	2,263	0,610	8,398	0,249
Autres pathologies	0,810	0,448	1,466	0,627	0,900	0,458	1,771	1,140

Tableau 10 : Analyse multivariée - Recours Acupuncture

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Sexe	0,459	0,253	0,835	0,011	0,493	0,262	0,928	0,028
Âge	1,253	1,122	1,399	<0,01	1,264	1,070	1,492	0,006
Nationalité	0,996	0,584	1,700	0,689	1,114	0,484	2,562	1,226
Couverture sociale	1,188	0,848	1,665	0,372	1,120	0,763	1,645	0,758
Niveau d'instruction	0,927	0,842	1,021	0,134	1,009	0,893	1,140	1,433
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,228	1,064	1,416	<0,01	1,074	0,770	1,499	0,962
Activité professionnelle à temps partiel	1,329	0,882	2,003	0,190	1,484	0,767	2,873	0,274
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	0,819	0,597	1,124	0,241	1,322	0,717	2,438	0,451
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	1,345	0,908	1,992	0,149	1,152	0,600	2,211	0,956
En recherche d'emploi	0,995	0,534	1,855	0,686	1,289	0,548	3,030	0,752
Étudiant non salarié	0,351	0,146	0,841	0,019	0,755	0,262	2,176	0,826
Retraité	1,213	0,692	2,123	0,649	0,876	0,380	2,019	1,130
Sans activité professionnelle	0,951	0,553	1,637	0,356	0,096	0,020	0,468	0,004
Règles douloureuses / endométriose	1,249	0,681	2,290	0,605	1,201	0,590	2,446	0,846
Tendinopathies / capsulites	1,333	0,869	2,044	0,207	0,944	0,563	1,582	1,284
Céphalées / Migraines	1,238	0,827	1,853	0,349	0,907	0,559	1,471	0,998
Névralgies / Syndromes canalaux	1,234	0,846	1,799	0,317	0,925	0,568	1,506	1,125
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	0,855	0,546	1,341	0,642	0,742	0,436	1,263	0,313

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de SADAM	1,798	1,303	2,482	<0,01	1,375	0,860	2,198	0,201
Hernie discale / Lombalgies communes	1,294	0,813	2,060	0,319	1,040	0,617	1,754	1,418
Arthrose	1,295	0,886	1,892	0,198	0,824	0,509	1,336	0,542
TFI	1,562	1,004	2,430	0,049	1,237	0,744	2,056	0,510
Neuropathies / Maladies neurologiques	1,414	0,900	2,221	0,142	1,132	0,679	1,885	0,887
Malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques	1,409	0,868	2,287	0,179	1,406	0,795	2,486	0,273
Algodystrophie	2,029	0,983	4,189	0,058	1,656	0,764	3,590	0,223
Autres pathologies	0,648	0,351	1,197	0,181	0,689	0,353	1,345	0,317

Tableau 11 : Analyse multivariée - Recours Ostéopathie

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Sexe	0,414	0,261	0,658	<0,01	0,390	0,239	0,637	<0,01
Âge	0,968	0,868	1,079	0,738	1,105	0,937	1,304	0,266
Nationalité	1,993	1,221	3,254	<0,01	1,200	0,585	2,463	0,859
Couverture sociale	1,632	1,216	2,189	<0,01	1,406	0,990	1,996	0,059
Niveau d'instruction	1,130	1,028	1,241	0,011	1,159	1,031	1,303	0,013
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,095	0,961	1,247	0,188	0,909	0,667	1,239	0,728
Activité professionnelle à temps partiel	1,388	0,915	2,107	0,131	1,339	0,693	2,586	0,470
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	1,134	0,843	1,526	0,501	1,163	0,642	2,108	0,855
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	0,656	0,451	0,955	0,028	0,742	0,387	1,424	0,448
En recherche d'emploi	1,583	0,841	2,982	0,168	2,172	0,914	5,158	0,082
Étudiant non salarié	0,958	0,515	1,782	1,438	1,427	0,618	3,295	0,499
Retraité	0,643	0,379	1,092	0,107	0,592	0,259	1,352	0,237
Sans activité professionnelle	0,985	0,593	1,637	1,596	0,213	0,050	0,901	0,037
Règles douloureuses / endométriose	1,387	0,744	2,587	0,355	1,155	0,576	2,316	0,982
Tendinopathies / capsulites	1,104	0,723	1,686	0,912	0,900	0,549	1,474	0,964
Céphalées / Migraines	1,106	0,745	1,641	0,855	0,946	0,580	1,544	1,282
Névralgies / Syndromes canalaux	2,014	1,351	3,003	<0,01	2,265	1,372	3,738	0,001
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	0,885	0,587	1,334	0,751	1,036	0,628	1,708	1,435
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de SADAM	1,038	0,759	1,421	1,257	1,434	0,897	2,291	0,141
Hernie discale / Lombalgies communes	1,412	0,877	2,273	0,169	1,317	0,752	2,306	0,399

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Arthrose	0,908	0,629	1,309	0,828	0,841	0,514	1,376	0,632
TFI	1,091	0,700	1,703	1,014	0,886	0,526	1,493	0,916
Neuropathies / Maladies neurologiques	1,032	0,659	1,616	1,433	0,934	0,574	1,522	1,192
Malformations squelettiques congénitales ou post- traumatiques	1,850	1,091	3,139	0,022	1,907	1,079	3,371	0,026
Algodystrophie	1,444	0,656	3,182	0,436	1,496	0,644	3,472	0,418
Autres pathologies	0,783	0,466	1,315	0,426	0,913	0,524	1,588	1,109

Tableau 12 : Analyse multivariée - Recours aux autres MCANM (non reconnues par le CNOM)

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Sexe	2,082	1,087	3,989	0,027	2,818	1,394	5,697	<0,01
Âge	1,032	0,881	1,210	1,000	0,876	0,682	1,125	0,350
Nationalité	0,659	0,312	1,388	0,313	0,333	0,128	0,865	0,024
Couverture sociale	0,999	0,622	1,603	1,707	1,065	0,609	1,861	1,284
Niveau d'instruction	0,888	0,770	1,024	0,108	0,933	0,788	1,104	0,522
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,121	0,904	1,389	0,349	0,998	0,639	1,561	1,702
Activité professionnelle à temps partiel	1,002	0,511	1,965	1,707	0,732	0,280	1,916	0,690
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	0,865	0,522	1,431	0,772	0,581	0,232	1,457	0,280
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	1,721	0,974	3,041	0,064	0,818	0,334	2,004	0,935
En recherche d'emploi	0,610	0,185	2,010	0,516	0,339	0,080	1,429	0,150
Étudiant non salarié	0,217	0,029	1,599	0,143	0,152	0,022	1,062	0,060
Retraité	0,699	0,246	1,987	0,650	0,578	0,138	2,411	0,571
Sans activité professionnelle	1,546	0,733	3,261	0,288	0,535	0,068	4,195	0,737
Règles douloureuses / endométriose	0,623	0,189	2,057	0,550	0,527	0,115	2,427	0,508
Tendinopathies / capsulites	1,287	0,668	2,480	0,571	1,500	0,768	2,928	0,265
Céphalées / Migraines	1,272	0,686	2,358	0,560	1,339	0,594	3,016	0,619
Névralgies / Syndromes canaux	0,906	0,483	1,699	1,136	0,726	0,344	1,536	0,496
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	0,632	0,282	1,416	0,303	0,512	0,200	1,312	0,177
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de SADAM	1,815	1,108	2,974	0,018	2,001	0,955	4,191	0,068

	Régression bivariée				Régression multivariée			
	OR	IC95% inf	IC95% sup	P	OR	IC95% inf	IC95% sup	P
Hernie discale / Lombalgies communes	1,465	0,740	2,903	0,314	1,469	0,716	3,014	0,342
Arthrose	1,038	0,562	1,917	1,469	0,965	0,443	2,102	1,529
TFI	0,629	0,265	1,494	0,342	0,411	0,163	1,035	0,061
Neuropathies / Maladies neurologiques	2,139	1,156	3,957	0,015	2,608	1,243	5,472	0,011
Malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques	0,499	0,177	1,408	0,208	0,477	0,177	1,290	0,156
Algodystrophie	0,682	0,159	2,920	0,833	0,406	0,098	1,684	0,239
Autres pathologies	1,730	0,816	3,666	0,165	1,744	0,762	3,992	0,207

Tableau 13 : Analyse multivariée - Influence des caractéristiques socio-démographiques et médicales sur la place des MCANM dans le parcours de soins des patients douloureux chroniques

	OR	IC95%inf	IC95%sup	P-value
Sexe	1,270	1,057	1,526	0,011
Âge	1,014	0,958	1,074	0,876
Nationalité	0,970	0,743	1,266	1,275
Couverture sociale	0,971	0,850	1,110	0,943
Niveau d'instruction	0,982	0,942	1,023	0,459
Activité professionnelle à temps partiel	1,129	0,797	1,598	0,640
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	1,038	0,745	1,446	1,280
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	1,153	0,808	1,644	0,540
En recherche d'emploi	1,044	0,706	1,545	1,289
Étudiant non salarié	1,000	1,000	1,000	<0,01
Retraité	1,040	0,686	1,576	1,347
Sans activité professionnelle	9,250	5,014	17,067	<0,01
Règles douloureuses / endométriose	1,195	0,977	1,461	0,085
Tendinopathies / capsulites	1,089	0,942	1,259	0,279
Céphalées / Migraines	0,948	0,812	1,107	0,644
Névralgies / Syndromes canalaux	0,987	0,851	1,144	1,358
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	0,864	0,745	1,002	0,055
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de SADAM	1,056	0,921	1,211	0,542
Hernie discale / Lombalgies communes	0,995	0,858	1,155	1,588
Arthrose	1,025	0,889	1,181	1,090
TFI	1,091	0,928	1,283	0,340
Neuropathies / Maladies neurologiques	0,915	0,798	1,050	0,228
Malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques	1,200	1,022	1,409	0,026
Algodystrophie	1,061	0,843	1,335	0,848

	OR	IC95%inf	IC95%sup	P-value
Autres pathologies	0,941	0,760	1,165	0,779
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,018	0,923	1,122	1,065

Tableau 14 : Analyse multivariée - Influence des caractéristiques socio-démographiques et médicales sur la recommandation des MCANM

	OR	IC95%	IC95%	P-value
Sexe	1,941	0,781	4,824	0,166
Âge	1,211	0,871	1,683	0,290
Nationalité	0,255	0,085	0,765	0,015
Couverture sociale	0,841	0,411	1,723	0,891
Niveau d'instruction	0,818	0,654	1,023	0,081
Activité professionnelle à temps partiel	0,165	0,043	0,636	<0,01
Activité professionnelle temps plein ou étudiant salarié	0,357	0,136	0,939	0,038
Arrêt maladie longue durée ou invalidité	0,338	0,112	1,023	0,057
En recherche d'emploi	0,097	0,011	0,836	0,035
Étudiant non salarié	0,699	0,148	3,293	0,917
Retraité	0,163	0,041	0,655	0,011
Sans activité professionnelle	1,278	0,112	14,531	1,323
Règles douloureuses / endométriose	0,673	0,117	3,870	0,931
Tendinopathies / capsulites	0,737	0,288	1,885	0,689
Céphalées / Migraines	0,801	0,284	2,260	0,964
Névralgies / Syndromes canaux	1,412	0,547	3,645	0,608
Rhumatismes inflammatoires / arthropathies microcristallines	2,381	0,884	6,416	0,090

	OR	IC95%	IC95%	P-value
Fibromyalgie, SFC, Syndrome de SADAM	0,916	0,368	2,283	1,342
Hernie discale / Lombalgies communes	1,213	0,461	3,192	1,004
Arthrose	0,476	0,173	1,308	0,162
TFI	0,466	0,141	1,544	0,236
Neuropathies / Maladies neurologiques	0,801	0,323	1,988	0,881
Malformations squelettiques congénitales ou post-traumatiques	0,636	0,181	2,240	0,618
Algodystrophie	1,169	0,244	5,611	1,328
Autres pathologies	0,709	0,178	2,829	0,872
Nombre de pathologies diagnostiquées	1,373	0,730	2,581	0,384

VU

NANCY, le **11 septembre 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **18 septembre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10438

NANCY, le **1^{er} octobre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RECOURS AUX MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES NON MÉDICAMENTEUSES PAR LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES - ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE PAR ENQUÊTE PUBLIQUE

RÉSUMÉ : CONTEXTE La douleur chronique est un problème de santé publique. De multiples initiatives d'intégration des thérapies alternatives à la médecine conventionnelle se développent. OBJECTIFS Définir la prévalence du recours aux MCA non-médicamenteuses chez les patients douloureux chroniques. Explorer leur place dans le parcours de soins et les déterminants de ce recours. MÉTHODE Une étude observationnelle descriptive transversale par enquête publique a été menée. Elle était adressée aux patients souffrant ou ayant souffert de douleurs chroniques, au moyen d'un questionnaire anonyme en ligne. 793 réponses ont été analysées. RÉSULTATS L'échantillon était composé à 90% de femmes. Pour 88% de l'échantillon, le diagnostic des douleurs était connu (notamment 30% de fibromyalgies) et dans plus de la moitié des cas, multiple. La prévalence du recours aux MCANM était de 78% : très majoritairement techniques manuelles (>80%), en seconde place ex-aequo acupuncture et hypnose ou équivalents (37%). 13% du groupe « recours » n'avait jamais tenté de traitement conventionnel avant, et 34% ont fait usage des MCANM après échec de la médecine conventionnelle. Dans 42% des cas, un professionnel de santé était leur source d'informations principale. Le profil-type d'utilisateur de MCANM est un(e) fibromyalgique (OR=2,12 ; IC95% [1,22-3,66] ; p<0,01), d'un niveau d'instruction plus élevé (OR=1,19 ; IC95% [1,04-1,37] ; p=0,014), avec une couverture sociale satisfaisante (OR=1,7 ; IC95% [1,17-2,47] ; p<0,01). Les motifs de non-recours étaient majoritairement le manque d'information (22%), de moyens financiers ou d'accès (30%), ou l'inefficacité supposée (26%). CONCLUSION La poursuite de la recherche multimodale sur les MCA est essentielle. Le besoin de formation et d'information des professionnels de santé vis-à-vis de celles-ci est majeur, ainsi que la réflexion sur la place que doivent avoir ces pratiques dans la médecine ; car la demande des patients est considérable.

TITRE EN ANGLAIS : Non-drug-CAM use by patients with chronic pain. French descriptive observational transversal study by public inquiry.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE, ANNÉE 2018

MOTS-CLÉS : Douleurs chroniques ; Médecines complémentaires ; Médecines alternatives ; Médecine générale ; Acupuncture ; Ostéopathie ; Hypnose

INTITULÉ et ADRESSE :

UNIVERSITÉ de LORRAINE
9 avenue de la forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex