

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le vendredi 20 septembre 2013 à Poitiers
par **Madame Violaine RICOULLEAU**

Place de l'homéopathie dans les prescriptions
des médecins généralistes non homéopathes

Enquête auprès de 170 médecins généralistes de la Vienne

Composition du Jury

Présidente : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT

Membres : Madame le Professeur Sylvie RABOUAN
Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD
Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gérard BRU

Université de Poitiers

Faculté de médecine et de pharmacie

Année universitaire : 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation

Détachement

38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire

11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques

4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT,

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de présider mon jury.

Veillez trouver en ces mots l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance pour l'attention que vous portez à mon travail.

A Madame le Professeur Sylvie RABOUAN,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de participer à mon jury de thèse.

Je vous remercie de vos conseils avisés et de l'intérêt que vous manifestez pour mon travail.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury et je vous en remercie.

Soyez assuré de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur Gérard BRU,

Je vous suis sincèrement reconnaissante d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci pour votre investissement et pour vos conseils clairvoyants, particulièrement avec ce sujet de thèse.

Je vous remercie également pour vos enseignements et pour m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Veillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde estime.

A mes parents,

Aucun mot ne pourrait suffire à vous exprimer tout mon amour et toute ma gratitude. Vous avez toujours cru en moi et m'avez toujours soutenue au prix de nombreux sacrifices. Le serment que je vais prêter aujourd'hui est celui que vous m'avez offert il y a douze ans. Merci infiniment d'être si exceptionnels.

A Sébastien,

Merci de ton amour pour Excel et de ton aide si précieuse.

Après ces 17 années d'amitié fidèle, je suis très heureuse de pouvoir écrire avec toi cette nouvelle page de notre histoire.

A mes sœurs Alexandra et Mélanie,

Mes meilleures amies, mes modèles. Je vous remercie d'avoir toujours été présentes, dans les bons moments et surtout dans les mauvais. Merci pour cette complicité inégalée.

A mes neveux Louis, Lola, Camille,

La lumière de ma vie...

A Sabine,

Ma troisième sœur. Je te remercie de toujours être à mes côtés.

A Alban, Anaëlle et Hector,

Mes neveux de cœur.

A Paulette et Philippe,

Merci de votre soutien indéfectible depuis tant d'années. Merci de m'avoir transmis la vocation. J'espère être digne de prendre votre relève.

A Camille,

Mon amie. Merci Docteur Cia de ton aide et de tes conseils pour ce travail. Merci pour ce coup de foudre amical grâce à Amy Winehouse il y a cinq ans et merci pour les soirées ragots-sushis. Merci de ton amitié.

A Sébastien, Benoît et Guillaume,

Nous n'aurions pas pu choisir meilleurs « rapportés » pour compléter notre famille.

A Kévin,

Même si aujourd'hui nos vies ont pris des chemins séparés, tu as été présent à mes côtés durant ces neuf années et je t'en remercie sincèrement. Je te souhaite d'être heureux.

A Clément et Constant,

Mes petits frères. Préparez-vous pour le « VioCenter ».

A mes amis, mes anciens co-internes, mes amis de la faculté, mes amies de DU.

Et particulièrement Kiwiiiiin, mon neurochirurgien préféré et Aline, ma secrétaire préférée.

A mes anciens maîtres de stage, chefs de service et collègues qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A tous ceux qui n'y croyaient plus...mais qui m'ont soutenue quand même.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION	12
PRINCIPES ET FONDEMENTS	13
A- Définitions.....	13
1/ Médecine non conventionnelle.....	13
2/ L'homéopathie	13
B- Rappel historique.....	14
1/ Les précurseurs.....	14
2/ Samuel Hahnemann.....	14
3/ Constantin Hering et James Tyler Kent.....	15
4/ L'homéopathie en France	15
C- Principes fondamentaux de l'homéopathie	16
1/ La Loi de Similitude.....	16
2/ Le principe de l'Infinitésimal dynamisé.....	16
3/ Le principe de l'Individualisation	17
D- Modalités de fabrication.....	17
1/ Matières premières et souches homéopathiques.....	17
2/ La dilution et la dynamisation	18
E- Règles de prescriptions.....	18
1/ Les diathèses	18
2/ Les modalités.....	18
3/ Hautes ou basses dilutions.....	19
F- La législation du médicament homéopathique	19
1/ Définition par le Code de Santé Publique	19
2/ Historique	19
3/ Autorisation de Mise sur le Marché et Enregistrement	20
4/ Remboursement par la Sécurité Sociale	20
G- La formation en homéopathie	21
REVUE DE LITTÉRATURE.....	22
A- Généralités	22
1/ Méthode de recherche bibliographique	22
2/ L'Evidence-Based Medicine ou la recherche de la preuve scientifique.....	23
3/ Débat sur l'efficacité de l'homéopathie	23
B- Essais cliniques portant sur l'homéopathie.....	25
1/ Efficacité des traitements homéopathiques	25
2/ Controverses sur les essais concernant l'homéopathie.....	27
3/ Enquêtes révélant l'utilisation des CAM en milieu hospitalier.....	29

4/ Enquêtes d'opinion auprès des professionnels de santé	29
5/ Etude en cours : EPI3	30
C- Formation homéopathe intégrée aux études médicales.....	30
D- Recours et représentation de l'homéopathie auprès des patients.....	31
E- Conclusion de la revue de littérature.....	33
MATERIEL ET METHODE.....	34
A- Objectif	34
B- Type d'étude	34
C- Population cible et échantillon	34
D- Elaboration du questionnaire	35
1- Questionnaire A	36
2- Questionnaire B.....	36
3- Questionnaire C.....	37
4- Questions exclues de l'étude.....	37
E- Déroulement de l'enquête et protocole de l'étude	38
F- Recueil et analyse des données.....	39
RESULTAT	40
A- Questionnaire A : profil des médecins généralistes interrogés	40
B- Questionnaire B : évaluation des prescriptions homéopathiques.....	44
C- Questionnaire C : freins aux prescriptions homéopathiques	46
D- Représentation de l'homéopathie	48
DISCUSSION.....	52
A- Analyse critique de la méthodologie	52
1/ Elaboration du questionnaire.....	52
2/ Différents Biais	52
B- Représentativité de l'échantillon	54
1/ Critères importants : âge et sexe.....	54
2/ Taux de participation.....	54
C- Questionnaire A : profil de notre panel et attitude face à l'homéopathie	55
1/ Représentativité de notre échantillon	55
2/ Acquisition et évaluation des connaissances en homéopathie.....	55
D- Questionnaire B : les médecins prescripteurs	57
1/ Profil des médecins prescripteurs.....	57
2/ Caractéristiques des traitements prescrits.....	57
3/ Motifs de ces prescriptions.....	58
4/ Efficacité des traitements prescrits.....	58
E- Questionnaire C : les médecins non prescripteurs	58
1/ Profil des médecins non prescripteurs.....	58
2/ Les freins à ce type de prescriptions	59
3/ Facteurs favorisant la réforme de ces pratiques	60
F- perception globale de l'homéopathie et formation	60
1/ Appréciation générale de l'homéopathie.....	60
2/ Evaluation de la pertinence d'une formation spécifique	61

CONCLUSION.....	64
<u>ANNEXE 1</u> : Courrier électronique envoyé aux médecins	66
<u>ANNEXE 2</u> : Questionnaire A	67
<u>ANNEXE 3</u> : Questionnaire B : Vous avez déjà prescrit un traitement homéopathique.....	69
<u>ANNEXE 4</u> : Questionnaire C : Vous n’avez jamais prescrit de traitement homéopathique.	70
BIBLIOGRAPHIE	71
SERMENT	78

LISTE DES ABREVIATIONS

PIP : Poly Implant Prothèse

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

OTC: Over The Counter

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

DU: Diplôme Universitaire

DIU: Diplôme Inter Universitaire

CAM: Complementary and Alternative Medicine

EBM: Evidence-Based Medicine

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

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

PASI: Psoriasis Area Severity Index

PGA: Physicians Global Assessment

CNRS: Centre National de la Recherche Scientifique

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

FMC: Formation Médicale Continue

IP: Internet Protocol

SNMHF: Syndicat National des Médecins Homéopathes Français

HAS: Haute Autorité de Santé

INTRODUCTION

L'homéopathie est une médecine non conventionnelle, créée au XVIII^e siècle, et qui suscite encore à ce jour de vives controverses quant à la preuve de son efficacité. Décrite par la communauté scientifique, sceptique quant à son mécanisme d'action, l'homéopathie est pourtant reconnue par les instances officielles et connaît un succès grandissant en France.

Les dernières récentes polémiques sur certains traitements allopathiques (Médiateur, prothèses mammaires PIP, pilules contraceptives...) ravivent l'intérêt des patients, mais aussi de certains praticiens, pour les médecines alternatives. Elles sont perçues comme moins invasives et dénuées d'effets secondaires, ce qui de ce fait leur confère un côté rassurant.

L'objectif de notre travail n'est pas de prouver l'efficacité de ces traitements, mais plutôt d'évaluer les prescriptions homéopathiques dans la Vienne. Entre les attentes des patients dans ce domaine, et la critique scientifique, nous nous sommes interrogés sur le positionnement des médecins généralistes. Nous avons donc choisi de nous intéresser aux motifs de prescriptions de ces traitements et particulièrement celles faites par les médecins sans qualification d'homéopathes.

Face à cette problématique, nous avons entrepris une étude ayant plusieurs objectifs :

- Explorer la littérature afin de bien appréhender les débats concernant l'efficacité de l'homéopathie.
- Réaliser un état des lieux et caractériser les prescriptions homéopathiques dans la Vienne.
- Effectuer une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes non homéopathes du département.
- Identifier les motifs de prescriptions de ce type de traitements, ou a contrario les freins à leur utilisation.
- Etudier les attentes des praticiens et déterminer leurs besoins dans ce domaine.

PRINCIPES ET FONDEMENTS

A- DEFINITIONS

1/ Médecine non conventionnelle

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé considère l'homéopathie comme une médecine traditionnelle ou médecine non conventionnelle (1). L'OMS définit la médecine traditionnelle comme « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales » (1). Dans certains pays, les appellations médecine parallèle, alternative ou douce sont synonymes de médecine traditionnelle. Elles se rapportent alors, toujours selon l'OMS à un « vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant ».

La médecine conventionnelle regroupe l'ensemble des connaissances modernes concernant les maladies, les traumatismes et les moyens de les traiter. En revanche les médecines parallèles sont définies par l'ensemble des pratiques thérapeutiques n'étant pas admises comme partie intégrante de la médecine conventionnelle allopathique (2).

Au niveau européen, La Commission de Bruxelles décrit la médecine non-conventionnelle comme « les soins fondés sur un principe physique, chimique, nutritionnel, biologique ou psychologique pratiqués par des soignants médecins ou non » (3). Les médecines parallèles peuvent être également qualifiées de médecines alternatives ou complémentaires selon que ces pratiques thérapeutiques sont choisies aux dépens ou en complément de la médecine conventionnelle. Elles sont décrites comme étant holistiques, c'est-à-dire prenant en compte le patient dans sa globalité, y compris son vécu, son environnement et son mode de vie. La médecine conventionnelle, au contraire, envisage le corps sous différentes formes : anatomique, physiologique et biologique et le divise en multiples parties.

Au niveau français, le Code de la Santé Publique définit le médicament homéopathique par l'article L-511-1 (rapporté en page 19) et l'Ordre des Médecins reconnaît la spécialité « Homéopathie » aux médecins en possession d'un Diplôme Universitaire de Thérapeutique Homéopathique ou diplôme privé équivalent (détaillés en page 21).

2/ L'homéopathie

L'homéopathie a été découverte en 1796 par le médecin Samuel Hahnemann, c'est une contraction des mots grecs ὁμοιος / *hómoios*, « similaire » et πάθος / *páthos*, « souffrance ». Elle se définit comme une méthode thérapeutique affirmant qu'une substance capable de produire des symptômes chez un individu en bonne santé serait, à dose infinitésimale, capable de guérir ces mêmes symptômes chez un individu malade. L'homéopathie n'agirait pas contre la maladie, mais avec les défenses naturelles du corps.

Elle repose sur trois grands principes : la Loi de Similitude, l'Infinitésimal et l'Individualisation des cas (4).

B- RAPPEL HISTORIQUE

1/ Les précurseurs

Au Vème siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate (460-350 avant J.C.), émit déjà l'idée que les maladies trouvaient leurs remèdes dans « les causes même qui lui avaient donné naissance ».

Paracelse (1493-1541) établit les principes d'une méthode médicale clinique et thérapeutique, basée sur les écrits d'Hippocrate :

- la médecine est fondée sur l'étude des lois de la Nature.
- le malade et le remède doivent être individualisés : « les caractères de la maladie sont ceux de l'individu malade ».
- le remède doit être utilisé selon le principe de similitude « Similia similibus curentur ».

2/ Samuel Hahnemann

Samuel Hahnemann (1755-1843) est le fondateur de l'homéopathie, telle qu'on la connaît aujourd'hui. Ce médecin allemand, également chimiste et minéralogiste, réprouvait les pratiques médicales de son époque, telles que la saignée. Un jour, un de ses amis tomba malade, celui-ci était peintre et utilisait comme colorant de l'encre de seiche. Hahnemann déduisit qu'il avait certainement été victime d'une intoxication à l'encre, après avoir observé son ami léchant son pinceau avant de peindre. Il eut alors l'idée de donner au peintre cette même substance, mais diluée, afin d'atténuer ses effets toxiques, ce qui permit de le soigner.

En 1790 Hahnemann étudia avec intérêt le *Traité de Matière Médicale* du Dr William Cullen, où il découvrit qu'une plante, la quinine, avait les mêmes effets sur l'organisme que la fièvre Tierce (Malaria). Selon le Dr Cullen, la quinine extraite de l'écorce du quinquina provoque, à forte dose, une intoxication accompagnée de fièvre, comparable aux fièvres que l'absorption de quinquina aide à soigner. Cette apparente contradiction amena Hahnemann à en faire l'expérience sur lui-même, il put ainsi observer que des symptômes semblables apparaissaient dans son organisme. Hahnemann conclut de cette observation qu'il existait un lien de causalité entre la fièvre due à l'intoxication de quinine et son traitement par cette même substance à doses thérapeutiques. Il nomma ce phénomène « pathogénésie » (5).

Samuel Hahnemann vérifia ensuite l'universalité de ce principe en testant sur lui-même les substances (arsenic, belladone...) dont on connaissait les propriétés curatives à son époque. En

1796, il généralisa alors ce principe à l'ensemble de la thérapeutique : il est possible de connaître les signes cliniques d'une maladie que soigne une substance en observant la symptomatologie clinique complète qu'elle déclenche à divers dosages chez l'individu sain. Par ces auto-expérimentations, il redécouvrit le principe de similitude, fondement de l'homéopathie. Hahnemann l'énonça ainsi : « *le médicament qui, en agissant sur les hommes bien portants, a pu produire le plus de symptômes semblables à ceux de la maladie dont on propose le traitement, possède, lorsqu'on l'emploie à des doses suffisamment atténuées, la faculté de détruire, d'une manière prompte, radicale et durable, l'ensemble des symptômes du cas morbide* » (6).

Ainsi Samuel Hahnemann observa les principes hippocratiques et paracelsiens : similitude, individualisation du malade et du médicament, auxquels il ajouta l'expérimentation sur l'homme sain et l'utilisation systématique de doses infinitésimales. Il faut tout de même souligner qu'Hahnemann, en introduisant une médecine expérimentale humaine, opérait une réelle révolution par rapport à la médecine de son époque.

En 1810, et après des années d'expérimentations, Hahnemann publia *l'Organon de l'art de guérir*, le premier traité de médecine homéopathique (7). Ses idées se répandirent rapidement en Europe et en Amérique, où des médecins, comme Constantin Hering ou James Tyler Kent, continuèrent les recherches du scientifique allemand.

3/ Constantin Hering et James Tyler Kent

Médecin allemand, Constantin Hering (1800-1880) fut d'abord l'assistant d'un détracteur de l'homéopathie, le Dr Robbi, qui le chargea d'écrire un livre sur « l'hérésie » homéopathique. Mais, en étudiant les écrits d'Hahnemann et en testant les substances qu'il décrivait, le jeune médecin fut convaincu des bienfaits de l'homéopathie. En 1833, il partit s'installer aux Etats-Unis, où il introduisit pour la première fois la notion d'homéopathie. Continuant les recherches de son prédécesseur, Constantin Hering découvrit un grand nombre de médicaments homéopathiques, et développa les "Lois de la guérison", qui expliquent comment une maladie peut être guérie avec de l'homéopathie.

James Tyler Kent (1849-1916) était, tout comme Hering, d'abord sceptique sur les vertus de l'homéopathie, mais après la guérison de sa femme grâce à cette pratique, ce médecin américain se passionna pour l'homéopathie, encore peu courante aux Etats-Unis. Il fut ainsi le premier à utiliser la notion de « Types Constitutionnels » pour caractériser les différentes catégories de malades. De plus, en 1877, il écrivit le premier répertoire de substances homéopathiques : *Repertory of the Homeopathic Materia Medica*.

4/ L'homéopathie en France

Même si l'homéopathie est née en Allemagne, c'est en France qu'elle est le plus utilisée aujourd'hui. La *Société Française d'Homéopathie* fut fondée en 1889 et en 1911, Léon

Vannier et René Baudry, ouvrirent la toute première pharmacie homéopathique à Paris. Chacun créa ensuite son propre laboratoire : *Le Laboratoire Central d'Homéopathie*, en 1922, pour Baudry, et le *Laboratoire Homéopathique de France* pour Vannier. Quelques années plus tard fut fondé le *Centre Homéopathique de France*, permettant l'apprentissage de l'homéopathie aux médecins intéressés par cette pratique.

Par ailleurs, au début des années 30, René Baudry décida de créer de nouveaux laboratoires. Ainsi, le *Laboratoire Central d'Homéopathie* devint le *Laboratoire d'Homéopathie Moderne* en 1933, et la *Pharmacie Homéopathique Rhodanienne* fut fondée en 1930 à Lyon, dirigés par Henri et Jean Boiron. Ces derniers s'associèrent en 1967 pour créer les *Laboratoires Boiron*, leader français dans ce domaine à ce jour.

C- PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'HOMÉOPATHIE

1/ La Loi de Similitude

L'homéopathie est la méthode thérapeutique basée sur l'application d'une loi d'ordre pharmacologique dénommée « Loi de Similitude ». Cette loi, découverte et expérimentée par Samuel Hahnemann, pourrait ainsi s'énoncer : « Toute substance qui, administrée à dose forte, pondérable, voire toxique à l'homme en bonne santé, et qui déclenche des troubles précis, devient, après dilution, donc à faible dose, capable de faire disparaître ces mêmes troubles lorsqu'ils sont rencontrés chez un malade » (8).

Le principe de Similitude pourrait être résumé ainsi « *Similia similibus curentur* » : les semblables sont guéris par les semblables. La pratique de l'homéopathie est donc fondée sur la recherche d'une similitude entre les symptômes présentés par le malade et ceux développés par l'administration de substances à fortes doses à des sujets sains. A contrario, le principe de l'allopathie est de supprimer les symptômes de la maladie: « *contraria contrariis curentur* ».

Dans la pratique, la substance choisie peut être en fait celle qui occasionne le symptôme ou encore celle qui le soigne. Par exemple le café qui peut gêner le sommeil quand il est consommé trop tard dans la soirée, est, à dose faible, homéopathique, un traitement des insomnies sous le nom latin de « *Coffea* ».

Il apparaît donc nécessaire d'expérimenter une substance sur des volontaires en bonne santé, pour en connaître les propriétés homéopathiques. L'ensemble des effets d'un médicament s'appelle une pathogénésie et l'ensemble des pathogénésies constitue la « Matière Médicale » homéopathique. Les doses choisies sont évidemment légères, subtoxiques.

2/ Le principe de l'Infinitésimal dynamisé

La mise en œuvre de la similitude implique l'utilisation de doses petites, infimes, infinitésimales, obtenues par dilution. La dilution infinitésimale repose sur le principe qu'en diluant considérablement une substance, celle-ci perd ses effets toxiques tout en conservant

son effet curatif. Ceci grâce à la dynamisation qui est indispensable et confère au remède ses propriétés thérapeutiques en provoquant la libération de l'énergie contenue dans chaque molécule en les faisant s'entrechoquer. Ce phénomène est nommé « succussion ». Hahnemann écrivait « la dynamisation a pour but de dégager la qualité et la virtualité d'une substance médicamenteuse en la libérant de la quantité » (9).

3/ Le principe de l'Individualisation

Ce principe repose sur le fait que l'homéopathe analyse l'intégralité des symptômes de la personne et non uniquement ceux liés à la maladie puisque chaque patient réagit différemment, ce qui nécessite un traitement individualisé. Hahnemann attachait une importance fondamentale au malade, plus qu'à la maladie, puisque c'est essentiellement la réaction personnelle du patient qui caractérise le choix du remède homéopathique. Il n'existe par conséquent pas de traitements homéopathiques standards. De plus ce principe confère à l'homéopathie une dimension holistique, en prenant en compte le malade dans sa globalité, et pas seulement la partie affectée par les symptômes.

D- MODALITES DE FABRICATION

1/ Matières premières et souches homéopathiques

La Pharmacopée Européenne définit ainsi les préparations homéopathiques :

« Les préparations homéopathiques sont obtenues à partir de substances ou de préparations, appelées souches, selon un procédé de fabrication homéopathique. Une préparation homéopathique est généralement désignée par le nom latin de la souche suivi de l'indication du degré de dilution.»

Les matières premières peuvent être d'origine végétale, animale, microbienne, chimique ou minérale. Les procédés de fabrication homéopathique, réglementés par un texte figurant à la Pharmacopée Française depuis 1965, transforment une matière première en souche homéopathique, pour finalement aboutir aux préparations homéopathiques telles que nous les connaissons.

Nous distinguons :

- les teintures-mères ou T.M. qui sont des préparations liquides, obtenues par macération, dans de l'alcool et de l'eau purifiée, de plantes fraîches ou d'insectes par exemple.
- les macérats sont aussi des préparations liquides, obtenues par macération, en particulier à partir de bourgeons végétaux et de glycérol.

- les produits chimiques d'origine minérale ou organique comme *Natrum Muriaticum* (sel marin) ou *Calcareo Carbonica* (calcaire marin comme la nacre).
- les biothérapeutiques, obtenus à partir de sécrétions ou d'allergènes par exemple *Tuberculinum* (tuberculine de Koch).

2/ La dilution et la dynamisation

La dilution ou déconcentration est le procédé de fabrication homéopathique qui consiste à obtenir à partir des souches, par dilutions et dynamisations successives, des préparations homéopathiques liquides, et par trituration successives, des préparations solides.

Selon Hahnemann la dilution répétée d'une substance permettrait d'atténuer ses effets toxiques sans pour autant perdre son effet curatif. Les dilutions sont effectuées soit au dixième (décimales DH) soit au centième (centésimales CH) et la grande majorité des prescriptions homéopathiques se font en 7CH (1×10^{-14}) ou 9CH (1×10^{-19}).

Deux méthodes permettent d'obtenir ce résultat : la méthode dite « hahnemanienne » (dilutions successives dans des flacons séparés) et la méthode dite « korsakovienne » (chaque dilution est réalisée dans un flacon unique) (10). A chaque dilution, cent secousses minimum sont effectuées, c'est ce que l'on nomme la « dynamisation ». Cette étape est fondamentale dans la réalisation des traitements homéopathiques en permettant de majorer les effets pharmacodynamiques.

E- REGLES DE PRESCRIPTIONS

1/ Les diathèses

La sémiologie homéopathique induit un classement en familles réactionnelles homéopathiques que l'on nomme « diathèses homéopathiques » et qui se définissent par une prédisposition réactionnelle. Ceci facilite la recherche du remède homéopathique en situant l'individualité réactionnelle dans une même famille. Nous distinguons donc quatre diathèses : le « Tuberculinisme », la « Psore », la « Sycose » et la « Luèse » (11). Toute maladie aiguë a un sens, mais s'exprime également dans la globalité d'un « terrain » pathologique permanent et préexistant. Ce « terrain » prédisposant à d'autres pathologies futures, doit être pris en compte et traité afin de pouvoir soigner en profondeur.

2/ Les modalités

Les modalités d'un symptôme définissent les circonstances dans lesquelles ces symptômes s'aggravent ou s'améliorent. Il existe donc différentes modalités (thermiques, de mouvements, horaires, etc...) qui qualifient et orientent le traitement vers une substance donnée.

3/ Hautes ou basses dilutions

Le principe de la dynamisation permettrait de libérer l'énergie de chaque molécule au moyen de secousses répétées. Ainsi plus les dilutions sont élevées et donc fortement dynamisées, plus une forte quantité d'énergie a été libérée et par conséquent l'action du traitement est plus profonde. Les hautes dilutions (15 à 30 CH) s'utilisent donc dans le traitement d'affections plus graves avec des signes généraux ou d'ordre psychique. Les basses dilutions (4 à 5 CH) quant à elles sont utilisées dans le traitement d'affections plutôt bénignes ou localisées.

F- LA LEGISLATION DU MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE

1/ Définition par le Code de Santé Publique

L'article L-511-1 définit le médicament homéopathique comme « *tout médicament obtenu à partir de produits, substances ou compositions appelées « souches homéopathiques », selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la Pharmacopée Européenne, la Pharmacopée Française, ou à défaut, par des Pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre état membre de la Communauté Européenne* » (12).

2/ Historique

L'homéopathie a été introduite en France en 1832 et la première officine homéopathique a été inaugurée à Paris en 1837. En 1858, les pharmaciens exclusivement peuvent préparer et vendre les médicaments homéopathiques.

En 1965 la Pharmacopée VIIIème édition évoque les « préparations homéopathiques », spécifiées en 1983 par la Xème édition : « *Les préparations homéopathiques sont obtenues à partir de produits, substances ou compositions, appelés souches homéopathiques par la méthode des déconcentrations successives dites « hahnemanniennes ». Elles sont habituellement désignées par le nom latin de la souche suivi de l'indication du degré de dilution* ».

En 1984, un arrêté accorde à 1163 médicaments une autorisation AUT.0678, qui remplace le visa des médicaments homéopathiques unitaires. La Directive 92/73/CE du Conseil des Communautés Européennes fixe en 1992 les conditions de la mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques européennes : il s'agit là de la reconnaissance européenne du médicament homéopathique. Les souches d'origine bovine sont interdites en 1992, et celles d'origine humaine en 1998. Une nouvelle Directive Européenne révisé en 2001 l'autorisation globale des médicaments homéopathiques au profit d'Enregistrements Homéopathiques Individuels.

3/ Autorisation de Mise sur le Marché et Enregistrement

En France, l'Autorisation de Mise sur le Marché de produits homéopathiques n'est nécessaire que pour des produits dit « Over The Counter » ou pour des spécialités à nom commun composées (plusieurs principes actifs), inscrites au formulaire national des médicaments. Les médicaments OTC sont des produits grand public, possédant un ou plusieurs principes actifs et non remboursables.

Les autres catégories de médicaments homéopathiques comme les spécialités à nom commun unitaires ou les préparations magistrales n'ont pas d'obligation d'AMM, un simple enregistrement auprès de l'ANSM étant suffisant. Les spécialités à nom commun unitaires (un seul principe actif) appartiennent à la liste des 1163 souches ayant reçu une autorisation par l'arrêté du Ministère de la Santé en 1984 (12). Les préparations magistrales unitaires ou complexes sont des médicaments préparés extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé. Elles comprennent les souches non référencées dans la liste des 1163 souches, ou de dilution et de forme galénique différentes.

Tout médicament homéopathique fabriqué industriellement doit par conséquent faire l'objet d'une AMM ou au minimum d'un Enregistrement Homéopathique Individuel auprès de l'ANSM. Toutefois, il s'agit d'une demande simplifiée d'AMM où la garantie de qualité et d'innocuité suffisent. La preuve de son efficacité thérapeutique par le biais de résultats d'essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques, n'est en revanche pas requise.

4/ Remboursement par la Sécurité Sociale

Les médicaments homéopathiques sont remboursables depuis 1945, le taux initial de 65% est passé à 35% en 2004, puis à 30% en 2011 (13). L'Académie Nationale de Médecine avait même demandé le déremboursement des médicaments homéopathiques en présentant l'homéopathie comme une « méthode obsolète ». Le Ministère de la Santé a refusé cette requête du fait d'une utilisation très répandue en France. En outre les patients se tourneraient vers des traitements plus coûteux et remboursés en totalité majorant ainsi les dépenses pour la Sécurité Sociale et le risque d'interactions médicamenteuses.

Les préparations magistrales complexes peuvent être remboursées si elles répondent à certains critères comme porter la mention spéciale « prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles ». Elles ne doivent pas se substituer à une spécialité déjà existante ou non remboursable, et les matières premières doivent répondre aux spécifications de la Pharmacopée. Les médicaments homéopathiques sont en vente libre en pharmacie, sans ordonnance requise.

A ce jour il existe plus de 3000 médicaments homéopathiques dont 1163 sont remboursables. Le prix moyen d'un tube contenant 80 granules homéopathiques est de 2,02€. En France, en 2011, l'ensemble des médicaments représentait une dépense de 34,7 milliards d'euros. Les traitements homéopathiques représentaient moins de 0,3% du marché mondial des

médicaments. En 2002, ils constituaient 10% des ventes françaises en pharmacie et moins de 2% des remboursements de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (14).

G- LA FORMATION EN HOMEOPATHIE

Le programme d'enseignement théorique universitaire obligatoire n'intègre pas la découverte de médecine complémentaire comme l'homéopathie. Il en est de même concernant l'apprentissage pratique. Pourtant la maquette de médecine générale prévoit un semestre de stage ambulatoire auprès du praticien où les occasions d'être confronté à ce type de prescriptions sont nombreuses.

La formation homéopathique initiale est dispensée par certaines facultés de médecine sous forme de DU ou DIU, en 2 ou 3 ans. Seules les facultés de Besançon, Bobigny, Lille, Lyon, Marseille, Bordeaux, Poitiers et Limoges disposent de cet enseignement facultatif. De même l'Ecole Française d'Homéopathie ainsi que l'Institut National Homéopathique Français, instituts agréé par l'Etat, peuvent former les médecins généralistes souhaitant acquérir la spécialisation d'homéopathe (15). Une Formation Médicale Continue peut également être suivie auprès de nombreuses écoles ou associations régionales comme le Centre d'Enseignement et de Développement de l'Homéopathie (CEDH). Ces formations sont ouvertes à d'autres professions paramédicales comme les sages-femmes, les chirurgiens dentistes ou les pharmaciens. Depuis 2011, les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire les médicaments homéopathiques destinés aux femmes enceintes, jeunes mères et enfants de moins de 2 ans. Précisons qu'un enseignement portant sur l'homéopathie est directement intégré dans la formation initiale obligatoire des pharmaciens d'officine.

Si l'exercice médical de l'homéopathie était auparavant toléré, le Conseil de l'Ordre des Médecins le reconnaît officiellement depuis 1997. Cependant un diplôme universitaire ou toute autre formation n'est pas une obligation légale pour la prescription de médicaments homéopathiques par un médecin.

L'Espagne et l'Italie considèrent que l'exercice de l'homéopathie relève de la médecine et exigent donc que les homéopathes possèdent une formation classique de médecin. A contrario l'Allemagne autorise d'autres professions de santé comme les kinésithérapeutes, les sages-femmes, ou toute autre personne formée, à prescrire des médicaments homéopathiques. Au Brésil l'homéopathie est devenue à part entière une spécialité médicale depuis 1992.

REVUE DE LITTÉRATURE

A- GENERALITES

La popularité croissante des médecines complémentaires et alternatives, dans le secteur public, se reflète dans la communauté scientifique par une augmentation du nombre d'articles de recherche visant à évaluer ses effets thérapeutiques (16,17). Cette tendance est d'autant plus marquée depuis l'apparition de l'Evidence-Based Medicine, qui prône la recherche de la preuve scientifique et l'évaluation de la qualité de celle-ci.

Les CAM, ou « Complementary and Alternative Medicine », regroupent plusieurs types de médecines non conventionnelles comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, la phytothérapie, la sophrologie, etc... La stimulation électrique transcutanée (TENS) et la thérapie cognitivo-comportementale, auparavant partie intégrante des CAM, sont aujourd'hui largement utilisées par les praticiens et ne sont donc plus considérés comme des médecines complémentaires.

Le mécanisme d'action des traitements homéopathiques n'est à ce jour pas compris d'un point de vue scientifique et biochimique, c'est pourquoi les études sont centrées sur la comparaison avec l'effet placebo. Les essais analysant les traitements homéopathiques versus placebo sont donc largement plus nombreux que ceux versus traitement allopathique.

1/ Méthode de recherche bibliographique

La première étape de ce travail a été de rechercher, dans la bibliographie médicale française et internationale, les publications et études relatives aux thérapies alternatives et complémentaires, et plus précisément l'homéopathie.

Cette revue de littérature recense les articles scientifiques, les méta-analyses ainsi que des articles de synthèse concernant les CAM et l'homéopathie. Nos recherches documentaires ont été effectuées dans la base de données PubMed (Medline). Les termes MeSH utilisés ont été homeopathy, Complementary and Alternative Medical therapies, homeopathy efficacy, homeopathy teaching, sham treatment (traduction de placebo en anglais). Nous avons également pratiqué ces recherches sur le CiSMeF, Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française créé par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et qui utilise également le thésaurus MeSH. Notre travail a également été complété à l'aide du catalogue SUDOC (catalogue collectif français recensant toutes les thèses de médecine depuis 1982), de la Bibliothèque Universitaire de la faculté de Poitiers, de la Bibliothèque Inter Universitaire de Santé (BIUM) ainsi que par le moteur de recherche Google.

Nous avons dans un premier temps procédé à la lecture des publications et thèses trouvées à l'aide de la recherche par mots clés. Certaines études n'étaient pas en lien direct avec notre sujet et ont par conséquent été écartées. Nous avons ensuite procédé à une analyse individuelle des objectifs, de la méthodologie, de l'argumentation et de la conclusion de

chaque publication retenue. En fonction de ce travail nous avons pu établir la pertinence de notre questionnement au sein de la littérature pour enfin débiter notre enquête.

2/ L'Evidence-Based Medicine ou la recherche de la preuve scientifique

Il nous a semblé essentiel de faire un rappel sur l'Evidence-Based Medicine afin de bien comprendre l'enjeu de la preuve scientifique dans la représentation actuelle de la médecine et par conséquent pouvoir mieux appréhender le débat qui oppose les partisans de l'homéopathie à ses détracteurs.

La médecine « fondée sur des preuves » est née à l'Université de McMaster dans l'Ontario (Canada) au début des années 1980 (18). Ce fut initialement une nouvelle méthode d'enseignement, différente des cours magistraux, développée comme un ensemble de techniques pédagogiques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale. En effet la recherche de preuves était utilisée comme méthode de raisonnement et source d'information dans la formation des étudiants. Comme le décrit Sackett en 1996 : « La médecine fondée sur des niveaux de preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les données actuelles les plus pertinentes de la recherche clinique, dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique » (19).

Aujourd'hui l'EBM ne concerne plus seulement l'apprentissage de la médecine, mais également sa pratique en prenant en compte l'évaluation des pratiques médicales et de la qualité des soins. Elle consiste donc à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients.

Cette approche implique donc pour le clinicien d'acquérir de nouvelles compétences en matière de recherche efficace de la littérature mais aussi d'évaluation des documents disponibles. Les médecins doivent avoir à l'esprit la pyramide des niveaux de preuve et savoir rechercher les études à meilleur niveau de preuve. Il s'agit, par ordre décroissant, des méta-analyses, des revues systématiques, des essais contrôlés randomisés, des études de cohortes, des études de cas-témoins, des études transversales et enfin des rapports de cas. Ils doivent cependant garder à l'esprit qu'il existe des cas où il n'y a pas d'étude de bonne qualité permettant d'appuyer une décision clinique.

3/ Débat sur l'efficacité de l'homéopathie

La remise en question de l'efficacité de l'homéopathie n'est pas récente, bien au contraire. D'un point de vue biochimique les dilutions des traitements homéopathiques sont tellement importantes que selon les scientifiques il ne resterait ensuite quasiment plus de molécules efficaces. Cette affirmation, à la base de la controverse, est fondée sur le nombre d'Avogadro (6×10^{23}) considéré comme le seuil au-delà duquel il n'y a plus de molécules présentes. Les

dilutions homéopathiques sont en général centésimales et peuvent être préparées au-delà de ce seuil jusqu'à la trentième dilution (soit 1×10^{-60}). Ce procédé va donc à l'encontre du principe de la pharmacologie classique dont l'action est fondée sur l'activité biologique de molécules précises. De nombreux scientifiques suggèrent par conséquent que les effets cliniques des médicaments homéopathiques seraient uniquement dus à l'effet placebo.

Une explication possible du mécanisme d'action serait du ressort de la biophysique (20). En effet lors de la dilution, des interactions complexes entre le solvant et les molécules provoqueraient des modifications permanentes qui permettraient de conserver une empreinte de la matière d'origine, ce qui a été nommé « mémoire de l'eau » (21). C'est une hypothèse, proposée en 1988 par un chercheur français de l'INSERM, Jacques Benveniste. Selon lui, l'eau, qui a été en contact avec certaines substances, conserverait en mémoire des propriétés de celle-ci alors même qu'elle ne s'y trouve plus biochimiquement. Cette expérience, publiée à l'époque dans la revue Nature, portait sur la réaction de leucocytes, au préalable en contact avec des anticorps, qui auraient continué à présenter des réactions même après une dilution si extrême qu'on ne retrouvait plus aucune trace d'immunoglobulines. Ces expérimentations ont été le sujet de vives controverses au sein de la communauté scientifique, quant au protocole expérimental, à la reproductibilité et par conséquent la validité de ces travaux.

En 2003, le scientifique français Louis Rey s'intéresse à la thermoluminescence de la glace (22). Des échantillons d'eau pure d'une part et d'eau salée diluée d'autre part, sont congelés avec de l'azote liquide, puis fortement irradiés par rayonnement X ou gamma. Ces échantillons sont ensuite réchauffés, émettant de la lumière analysée par un photomultiplicateur. Il en résulte que le pic du nombre de photons, comparable à une signature biophysique, varie selon le type d'échantillon initial, à savoir eau pure ou eau diluée. Ces expériences ont été reproductibles mais, du fait de la complexité du protocole, pas à grande échelle. Les expérimentations de Louis Rey n'ont à ce jour pas d'interprétation théorique, mais laissent apercevoir des modifications possibles de propriétés de l'eau hautement diluée, lors de très basse température.

De même en 2004, l'ingénieur Philippe Vallée met en évidence une modification claire et reproductible d'une propriété physique de l'eau sous l'effet d'un champ électromagnétique. Le professeur Luc Montagnier, codécouvreur du VIH et Prix Nobel de médecine 2008, émet également en 2007 l'hypothèse de l'existence dans l'eau de nano-structures relativement stables, capables de mémoriser partiellement une information génétique (23,24).

Déjà au XIX^e siècle le physiologiste français Claude Bernard, père de la médecine expérimentale, recommandait au savant de conserver dans son travail une grande liberté d'esprit assise sur le doute philosophique, en insistant sur la fragilité et le caractère provisoire des théories scientifiques. En 1865, il exposait les trois phases obligatoires de la démarche expérimentale hypothético-déductive : l'observation d'un fait contredisant les idées admises, l'hypothèse et enfin l'expérience. De part ses expérimentations nécessaires à l'établissement de la Matière Médicale, Hahnemann était finalement un précurseur de la médecine expérimentale de Claude Bernard.

Le mécanisme d'action biochimique des traitements homéopathiques étant encore flou, les études scientifiques se concentrent donc majoritairement sur la comparaison des traitements homéopathiques à un placebo. Ainsi de nombreux essais cliniques traitent de l'efficacité d'un seul médicament homéopathique comme traitement d'une affection aiguë, ce qui simplifie la recherche mais ne représente pas réellement la pratique clinique homéopathique.

B- ESSAIS CLINIQUES PORTANT SUR L'HOMÉOPATHIE

1/ Efficacité des traitements homéopathiques

a- Méta-analyse publiée dans la revue The Lancet en septembre 1997 (25)

Cette publication a regroupé 186 essais contrôlés, randomisés, effectués en double aveugle sur divers traitements homéopathiques versus placebo. Parmi eux 89 essais avaient des données suffisantes et les critères d'inclusion nécessaires pour intégrer cette méta-analyse. Elle a pu ainsi mettre en évidence un odds ratio de 2,45 en faveur de l'homéopathie. Parmi ces 89 études, 26 disposaient des critères de « bonne qualité » méthodologique, ce qui induit un odds ratio, corrigé du biais de publication, à 1,78. Les auteurs concluent que même en tenant compte du biais de publication, « les résultats de cette méta-analyse ne sont pas compatibles avec l'hypothèse selon laquelle les effets cliniques de l'homéopathie sont uniquement dus au placebo ». Cependant il n'y a pas assez de preuves à ce jour dans cette méta-analyse pour clairement démontrer l'efficacité de l'homéopathie dans n'importe quelle condition clinique.

b- Revue systématique d'essais cliniques répertoriés par le département de Département de médecine interne de Munich en juillet 2001 (16).

Ce département de recherche allemand a collecté et résumé des essais cliniques par l'intermédiaire de la Cochrane Library, Medline et d'articles scientifiques concernant les thérapies complémentaires. Cette revue traite préférentiellement de l'acupuncture, la phytothérapie et l'homéopathie. Nous nous sommes donc intéressés à la troisième partie concernant l'homéopathie. Sur 22 essais potentiellement pertinents présélectionnés, 18 répondaient aux critères d'inclusion suivants : essais cliniques prospectifs publiés, traitant des effets des traitements homéopathiques, avec une méthodologie explicitée. Il en ressort que la majorité des études retrouvées semblent présenter des résultats positifs en faveur de l'homéopathie, mais avec des preuves discutables du fait de lacunes méthodologiques. Cependant trois essais apportent des preuves prometteuses avec une qualité méthodologique reconnue : *oscillocochinum* dans les syndromes grippaux, et deux autres essais traitant du coryza allergique.

c- Homéopathie versus placebo dans le traitement de la rhinite allergique (26).

Il s'agit là d'un essai randomisé, en double aveugle, réalisé en août 2000 en Ecosse, parallèlement à une étude multicentrique regroupant trois précédents essais sur le même sujet. Le quatrième essai a été mené auprès de 50 patients de quatre cabinets médicaux et du service ORL de l'hôpital de Glasgow. Les critères retenus afin de juger l'efficacité ont été l'amélioration du débit de pointe inspiratoire nasal et l'évaluation des symptômes par une échelle visuelle analogique. Dans cet essai une amélioration significative de 19,8L/min du débit d'air nasal a été retrouvée dans le groupe ayant reçu l'homéopathie. L'addition des résultats de l'ensemble des quatre essais, permet de noter une réduction moyenne de 28% des symptômes sur une échelle visuelle analogique contre 3% pour le placebo.

d- Efficacité d'une préparation homéopathique dans le traitement du syndrome pseudo-grippal (27).

Cette étude a été menée par le service de recherche épidémiologique et prévention sanitaire du CHU de Grenoble en mars 1989 sur 478 cas. Les critères comme la température rectale associée à des maux de tête, des douleurs articulaires ou des frissons, ainsi que la toux, asthénie et coryza, ont été retenus afin d'évaluer l'efficacité du traitement contre un placebo. La disparition complète des symptômes avec une température inférieure à 37,5°C a été obtenue en 48 heures chez 17,1% des cas sous traitement homéopathique, contre 10,3% du groupe sous placebo.

e- Etude publiée dans The Lancet concernant le traitement du « rhume des foins » par des préparations homéopathiques de pollens de graminées (28).

C'est un essai réalisé en octobre 1986, en double aveugle, contrôlé, randomisé, versus placebo. 144 patients ont été évalués quant à leurs symptômes et la nécessité d'un traitement antihistaminique. Une réduction significative des symptômes ainsi que de la moitié des traitements antihistaminiques nécessaires a pu ainsi être mise en lumière chez les patients traités par homéopathie.

f- Traitement homéopathique de la fibromyalgie primaire (29).

Deux essais cliniques en double aveugle versus placebo ont été menés en 1991. Le premier concernait 24 patients atteints de fibromyalgie qui ont reçu pendant 3 mois Arnica, Bryonia et Rhus toxicodendron selon des indications précises. Une surveillance mensuelle prenait en compte l'intensité et la localisation de la douleur et les troubles du sommeil. Les résultats ont montré que les traitements homéopathiques amélioraient de façon significative les patients, quand l'indication de chaque traitement était bien posée. Le deuxième essai comparait l'effet de Rhus toxicodendron sur 30 malades souffrant de fibromyalgie, versus un placebo, en se

basant sur des paramètres objectifs et subjectifs. Les résultats ont été, là encore, significatifs en montrant une supériorité du traitement homéopathique.

g- Méta-analyse sur le traitement de l'ileus post-opératoire par homéopathie, versus placebo, effectuée en décembre 1997 par l'Université d'Exeter au Royaume-Uni (30).

Cette étude porte sur le rétablissement du péristaltisme intestinal chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale abdominale ou gynécologique, avec comme critère d'efficacité le temps de transit intestinal. Les essais de faible qualité méthodologique ont été exclus grâce à une analyse de sensibilité. Cette méta-analyse a mis en avant une différence significative de l'efficacité de l'homéopathie sur la réduction du temps de transit digestif par rapport au placebo.

h- Etude prospective allemande portant sur 82 patients souffrant de psoriasis traités par homéopathie (31).

Cet essai publié en 2009 est une étude prospective multicentrique. Durant 2 ans, 82 patients atteints de psoriasis ont été évalués par des questionnaires. Les plaintes physiques, leur gravité, la qualité de vie, le recours aux professionnels de santé ont été analysés à l'aide de scores standardisés. 96,3% des patients interrogés avaient déjà utilisé auparavant des traitements conventionnels. Il en résulte que la qualité de vie et les symptômes se sont nettement améliorés sous traitement homéopathique (indice de Cohen, basé sur le PASI et le PGA, augmenté de 1,2 à 2,9). Le recours aux traitements conventionnels et autres services de santé, s'est, quant à lui, réduit de manière significative.

*i- Essai sur l'efficacité de *Agnus castus* contre placebo dans le traitement du syndrome prémenstruel en 2001 (32).*

170 femmes ont participé à cette étude, dont la moitié a reçu un traitement par *Agnus castus*, sur une durée de trois cycles menstruels. Les symptômes tels que douleur pelvienne, mastodynie, irritabilité, altération de l'humeur, ont été auto-évalués par les participantes. Au total 52% des femmes ayant reçu le traitement homéopathique ont constaté une amélioration contre 24% sous placebo.

2/ Controverses sur les essais concernant l'homéopathie

Certains scientifiques suggèrent qu'il existe des biais de publication, tout comme dans les études sur les thérapeutiques conventionnelles. En effet il existe une différence considérable (près du double) entre le nombre d'essais cliniques, montrant des résultats négatifs, publiés

dans les revues traditionnelles, et ceux publiés dans les revues spécifiques aux médecines complémentaires. Ces résultats suggèrent donc qu'un biais de publication contre l'homéopathie existe dans les revues grand public (33). Cependant ces mêmes résultats en faveur d'un biais de publication, c'est-à-dire un journal plus favorable à la publication de résultats positifs ou négatifs, peuvent aussi être expliqués par un biais de soumission de l'auteur qui peut proposer son article préférentiellement à une revue spécifique CAM ou une revue classique, en fonction des résultats obtenus.

Plusieurs études prouvant la supériorité de l'efficacité des traitements homéopathiques au placebo, sont pourtant remises en question par la communauté scientifique devant des lacunes méthodologiques. En effet la qualité de ces essais serait jugée insuffisante, avec une méthodologie incorrecte, concernant la randomisation en double aveugle ou la répartition des patients en groupes diagnostiques bien définis. Une nouvelle méta-analyse suisse et britannique, dirigée par le Docteur Shang, fut publiée en 2005 dans *The Lancet*, et a mis en évidence l'absence de supériorité de l'homéopathie sur l'effet placebo (34). Un article des scientifiques Ludtke et Rutten, publié dans le *Journal of Clinical Epidemiology* en 2008 (35), critique les critères de sélection de la méta-analyse de Shang, du fait de l'exclusion de toute étude comportant un nombre médian de patients supérieur à un nombre sélectionné arbitrairement (N=65). Selon eux, pour un nombre médian supérieur ou égal à 98, les résultats auraient été en faveur de l'homéopathie.

A contrario les médecins homéopathes affirment que la méthodologie des essais scientifiques ne serait pas adaptée, pour évaluer l'efficacité des médecines complémentaires. En effet l'EBM se basant sur des moyennes et des groupes de mesures, serait en contradiction avec les médecines complémentaires qui se fondent sur des cas individuels, ce que l'essai randomisé contrôlé ne serait pas en mesure d'évaluer (36). En outre de nombreux essais portent sur le traitement d'une affection aiguë par un seul médicament homéopathique, ce qui facilite la recherche et la méthodologie, mais ne reflète pas la réalité de la pratique clinique homéopathique, cette dernière associant régulièrement plusieurs traitements.

Il n'existe donc actuellement pas de preuves scientifiques suffisantes, attestant de l'efficacité de l'homéopathie, dans n'importe quelle condition clinique unique. Cela pourrait, malgré tout, être justifié par le fait que l'efficacité de l'homéopathie résulte d'une prise en charge globale et individualisée du patient.

La mise en place de l'Evidence-Based Medicine attise donc le débat opposant les médecines complémentaires à la médecine allopathique, basée sur la recherche absolue de preuves scientifiques. L'homéopathie a pourtant une longue histoire d'utilisation traditionnelle, mais sans efficacité prouvée par la norme d'aujourd'hui (37). Cependant l'absence de preuves indiscutables, à ce jour, ne signifie pas nécessairement que l'homéopathie manque d'efficacité, mais que l'investigation clinique et scientifique rigoureuse, selon des critères précis (y compris méthodologiques), en est à ses balbutiements. Enfin une autre question que les cliniciens pourraient envisager, et sur laquelle aucune étude n'a été réalisée, est la combinaison de l'homéopathie aux traitements conventionnels et les potentiels effets additifs ou synergiques résultants.

3/ Enquêtes révélant l'utilisation des CAM en milieu hospitalier

Selon une étude sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives en Allemagne en 2009, 93,4% des services d'obstétrique publics et privés, sur 381 services participants, proposent de l'homéopathie (38,39). Les principaux facteurs motivant les prescriptions sont la perception de l'efficacité par les prescripteurs (gynécologues, sages-femmes) ainsi que la demande des patientes. Une autre enquête auprès de 99 hôpitaux en Norvège et 126 au Danemark a démontré que la moitié des hôpitaux norvégiens et un tiers des hôpitaux danois interrogés, proposent des médecines complémentaires et alternatives, majoritairement de l'acupuncture et de l'homéopathie (40).

Une étude suédoise publiée en avril 2012, a évalué les connaissances et l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives au sein des services pré et post-chirurgicaux de sept CHU de Suède (41). 1757 professionnels de santé ont été interrogés, parmi lesquels des médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, pendant 12 mois entre 2010 et 2011. Parmi les 737 répondants, 95,7% ont considéré leurs connaissances sur les CAM comme mineures voire inexistantes et 80,9% ont estimé le fait de posséder ces connaissances comme important. 55,8% étaient en faveur d'un apprentissage sur les CAM (majoritairement les médecins) et 61,2% estimaient que davantage de ressources financières devraient être mobilisées pour la recherche scientifique dans ce domaine. La communication sur les médecines complémentaires, entre les professionnels de santé et les patients, a été très majoritairement perçue comme rare dans cette étude. Ceci pourrait être expliqué par le manque de connaissances et de formation dans ce domaine, les soignants pouvant être découragés et gênés d'avoir à faire face à des questions auxquelles ils n'ont pas de réponses.

4/ Enquêtes d'opinion auprès des professionnels de santé

Une étude portant sur la place de l'EBM dans les médecines complémentaires a été réalisée à Lausanne en juin 2009 (42). Elle repose sur trois sources : des médecins généralistes, des médecins homéopathes et/ou acupuncteurs et des patients, tous sondés par questionnaires. Il en ressort que l'outil EBM semble absolument nécessaire à l'intégration des médecines complémentaires au sein de notre système de soins. En effet 70% des médecins allopathes interrogés se disent prêts à proposer des thérapies complémentaires, et pour la moitié d'entre eux, uniquement si elles sont validées par l'EBM.

Une enquête canadienne auprès de 200 omnipraticiens de l'Ontario et l'Alberta, a été menée en 1995 (43). Elle démontre que 56% des médecins interrogés pensent que les CAM présentent des avantages qui pourraient être favorables à la médecine conventionnelle et 16% pratiquaient déjà une forme de médecine alternative. Une corrélation entre l'âge, le sexe, le lieu et type de pratique ainsi que la formation médicale initiale, a pu être mise en évidence chez les médecins pratiquant ce type de médecine complémentaire.

5/ Etude en cours : EPI3

Cette étude pharmaco-épidémiologique menée conjointement par des membres de l'INSERM et du CNRS, a été réalisée entre 2007 et 2009. Cet essai, indépendant, a été réalisé auprès de 825 cabinets médicaux français, dans le but de décrire les pratiques de prescriptions de traitements homéopathiques par les médecins généralistes. EPI3 recense les effets secondaires rapportés par les médecins mais aussi les patients, les bénéfices cliniques, ainsi que la perception de l'efficacité, auprès de 1756 patients. Trois types de pathologies ont été retenus : infections des voies aériennes supérieures, douleurs musculo-squelettiques et troubles anxio-dépressifs. A ce jour les premières publications portent sur la méthodologie, et les premiers résultats sont prometteurs (44). En effet il semblerait que le bénéfice clinique et l'évolution de la douleur soient comparables aux traitements allopathiques sur les douze mois d'étude. Le bénéfice, significatif, concerne l'absence d'effets secondaires de l'homéopathie, pour une évolution de la douleur sensiblement comparable. De plus la probabilité de recours aux traitements anti-inflammatoires est diminuée de 48% auprès des patients souffrants de douleurs musculo-squelettiques. Le reste de l'étude devrait être publié dans l'année à venir.

C- FORMATION HOMEOPATHIQUE INTEGREE AUX ETUDES MEDICALES

Le Docteur Teixeira a évalué le positionnement d'étudiants en médecine brésiliens, face à la mise en place d'un enseignement sur des médecines complémentaires, par la faculté de médecine de São Paulo (45-47). L'homéopathie et l'acupuncture, bien que spécialités médicales reconnues au Brésil, ne sont pas enseignées dans la majorité des facultés du pays. L'université de São Paulo a instauré cette discipline spécifique optionnelle, au cours du premier cycle d'études médicales en 2002. Cette étude, réalisée en mars 2005, porte sur 484 étudiants de cette faculté et leur intérêt pour cet apprentissage, les méthodes d'enseignement, ainsi que leurs connaissances et expériences. Il en ressort que 85% des étudiants interrogés considèrent que l'homéopathie et l'acupuncture devraient être intégrées dans le programme d'enseignement (61% en tant que matière optionnelle et 16% obligatoire). Nous devons noter que la réticence à accepter ces pratiques thérapeutiques est majorée chez les étudiants dans les dernières années (5e et 6e années). En effet à ce niveau de la formation médicale, le sens de la critique est plus accru, régi par la demande de preuves scientifiques.

En 1996 une enquête avait déjà révélé que 23% des facultés de médecine du Royaume Uni avaient inclus dans leurs programmes les concepts de base de médecines complémentaires (48). En 1997, 64% des facultés de médecine américaines affirmaient intégrer des cours sur les CAM et en 1998, on dénombrait 81% des écoles de médecine canadiennes dispensant ce genre d'enseignement.

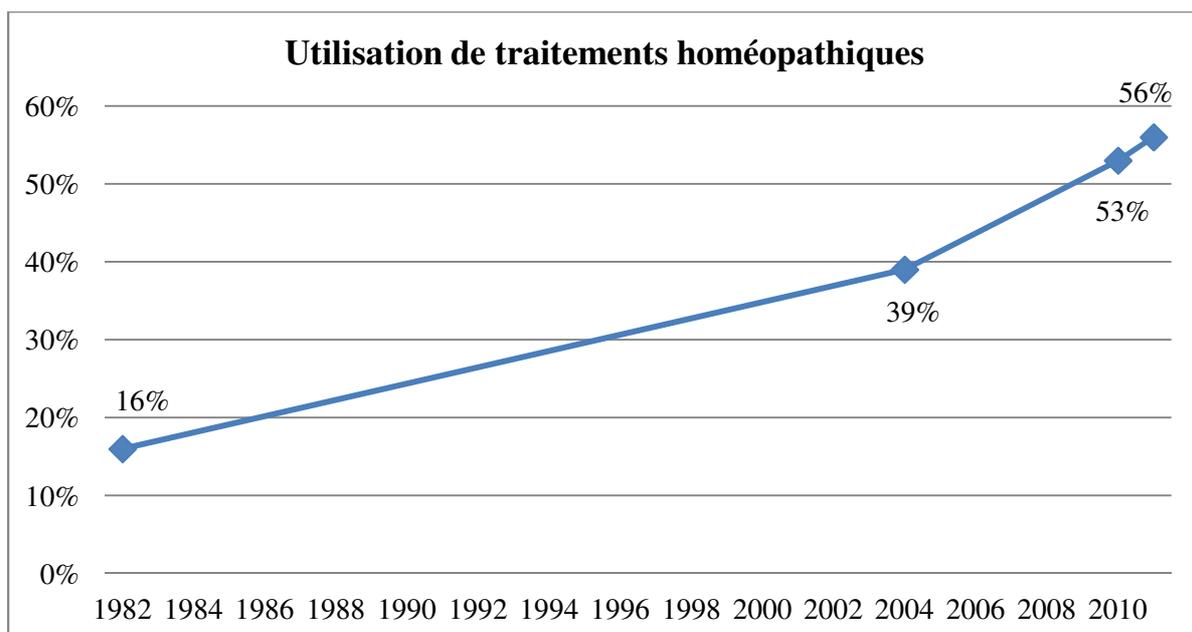
Une étude qualitative sur la vision des médecines alternatives d'un point de vue académique par neuf médecins universitaires de la région de Bristol a été publiée en 2007 (49). La majorité pensait que malgré les preuves limitées, la demande accrue des patients devrait être un facteur clé pour une plus grande intégration au sein de la médecine conventionnelle, afin

de pouvoir répondre aux besoins des patients. En ce qui concernait les questions de formation et d'éducation, il y avait consensus parmi ces médecins que l'inclusion des CAM dans le programme d'études médicales de premier cycle était acceptable et nécessaire. Quelques réserves cependant reposaient sur la crainte, par cet enseignement, d'ébranler les principes de la médecine fondée sur les preuves scientifiques. Cette étude a également révélé que l'intégration de cet apprentissage était plus favorable au premier cycle d'études, du fait d'un scepticisme plus affirmé des médecins plus âgés, contrairement aux étudiants plus intéressés.

D- RECOURS ET REPRESENTATION DE L'HOMÉOPATHIE AUPRES DES PATIENTS

Selon le rapport de l'OMS concernant la médecine traditionnelle en 2005, 75% des français auraient déjà eu recours à ce type de médecine au moins une fois dans leur vie. Il est précisé notamment que « la popularité de la médecine traditionnelle est alimentée par les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments chimiques, par la remise en question de l'allopathie et par l'accès de plus en plus facile du grand public à l'information sur la santé » (1).

En 2012 une enquête IPSOS sur le comportement des français vis-à-vis des médicaments, et notamment de l'homéopathie, a été réalisée (50,51). Cette étude a permis de mettre en exergue que la proportion de patients ayant recours aux traitements homéopathiques ne cesse d'augmenter. Alors qu'en 1982, seulement 16% des français déclaraient avoir recours à l'homéopathie, ils étaient 39% en 2004, puis 53% en 2010 et enfin 56% en 2011. En 1999, 10% des français les utilisaient régulièrement, 21% en 2004 et enfin 36% des français en 2011.



Parmi ces utilisateurs, 39% choisissent ces traitements les percevant comme naturels et 19% les considèrent comme efficaces. Il nous paraît important de signifier que la note obtenue sur l'efficacité perçue de l'homéopathie est proche de celle attribuée aux médicaments allopathiques, traduisant une crédibilité acquise auprès des français. 77% des répondants déclarent faire confiance aux traitements homéopathiques à un niveau quasi-équivalent aux antalgiques. 83% des français aimeraient que les professionnels de santé leur proposent plus souvent de l'homéopathie, y compris à l'hôpital : 90%. 77% considèrent d'ailleurs qu'elle devrait être plus souvent prescrite en premier recours. Enfin pour 94% des français interrogés, l'homéopathie devrait être intégrée dans la formation initiale des professionnels de santé. En 2010, toujours selon un sondage IPSOS, 83% des français disent connaître les traitements homéopathiques mais 60% se considèrent mal informés à ce sujet, ce qui constitue le frein majeur à leur utilisation pour 65% des non-utilisateurs. La consommation moyenne par habitant est de 5 tubes de granules homéopathiques en Poitou-Charentes, contre 3,3 tubes à l'échelle nationale (52).

Une étude effectuée à Lausanne en juin 2009 met en avant que l'expérience personnelle est le principal critère de jugement de la qualité des médecines complémentaires dans la population générale, l'EBM, et donc la preuve par des études scientifiques, n'arrive qu'en troisième position (53).

La prévalence et les déterminants du recours aux CAM en médecine générale ont été évalués auprès de 320 patients dans le département de l'Oise en 2012 (54). 34,1% des patients y ont eu recours, parmi lesquelles préférentiellement l'homéopathie, l'ostéopathie ainsi que l'acupuncture, et ce majoritairement pour traiter des douleurs et des pathologies anxio-dépressives. 62% des utilisateurs les ont utilisés comme complément de leur traitement et 39% des patients n'en ont pas informé leur médecin traitant. Une grande majorité des médecins (près de 80%) jugeaient leurs connaissances à ce sujet insuffisantes, mais seulement 27% portaient un intérêt à ces pratiques. Le manque de communication sur les médecines complémentaires est clairement établi, du fait d'une part du scepticisme des médecins quant à l'absence de preuve en faveur des CAM et leur manque de formation et d'autre part de la volonté d'autonomisation des patients.

Un travail de doctorat portant sur l'analyse sociologique du lien entre les médecines parallèles et le cancer a été mené en 2007 par S. Schrau (55). Des entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès de 46 patients. Il en résulte que 78% des patients atteints d'un cancer ont consulté un thérapeute non conventionnel et les trois quarts d'entre eux n'en ont pas parlé à leur médecin. La recherche d'une solution en cas d'échec ou de carence de la médecine classique est marquée chez ce type de patients. Ils y voient une chance supplémentaire de guérison, une façon d'être actifs face à une maladie dont l'issue est aléatoire et trop souvent défavorable. 76% de ces patients ont noté une amélioration de leur état général, et 8% de leur moral. La majorité ne la considérait pas comme alternative au traitement classique mais plus comme une médecine complémentaire.

E- CONCLUSION DE LA REVUE DE LITTERATURE

L'analyse de la littérature scientifique nous a permis de constater que de nombreux essais cliniques sont dédiés à l'étude de l'efficacité des traitements homéopathiques. Certains essais cliniques montrent une supériorité significative de l'homéopathie au placebo, mais sont ensuite invalidés par la communauté scientifique, en raison de faiblesses méthodologiques. A contrario d'autres études mettent en évidence que l'efficacité des médicaments homéopathiques n'est due qu'à l'effet placebo. Cependant les partisans de l'homéopathie affirment que la méthodologie de l'essai randomisé en double aveugle n'est pas représentative du principe même d'efficacité de l'homéopathie fondé sur l'individualisation. Le débat sur l'efficacité ou non des traitements homéopathiques n'est assurément pas près d'être clos. Mais comme le précise le Docteur J. Guillemain : « Voilà des considérations qui doivent conduire à examiner la recherche en homéopathie pour ce qu'elle apporte, parfois des réponses, souvent des interrogations, toujours des réflexions » (56).

Quoi qu'il en soit, le recours à ce type de traitements est de plus en plus important, particulièrement auprès des patients. Comme nous l'avons remarqué, plusieurs services hospitaliers en Europe proposent des médicaments homéopathiques. Les différentes études que nous avons pu répertorier mettent en lumière que les professionnels de santé reconnaissent avoir peu de connaissances en matière de médecines alternatives et complémentaires.

Ces enquêtes révèlent également que les français sont majoritairement en faveur des traitements homéopathiques. L'innocuité et l'efficacité sont les principales caractéristiques appréciées de l'homéopathie, ce qui correspond bien à leurs aspirations de fond concernant la santé et l'environnement, au-delà d'un simple acte thérapeutique. A ce jour peu d'études se sont concentrées sur les effets secondaires des médicaments homéopathiques, cependant celles qui ont été réalisées montrent qu'il ne semble pas exister, en dehors de l'effet nocebo, d'effets indésirables particuliers des traitements homéopathiques (57). Cette utilisation large et croissante des médecines parallèles traduit probablement une carence perçue dans la médecine allopathique, de plus en plus technologique et déshumanisée, et révèle l'attraction d'une prise en charge du patient dans sa globalité.

MATERIEL ET METHODE

A- OBJECTIF

L'homéopathie, médecine non conventionnelle, est depuis sa création l'objet de vives controverses et il ne s'agit pas dans cette étude de juger de l'efficacité de cette thérapeutique. Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature recense plusieurs études expérimentales et analytiques concernant des traitements homéopathiques versus placebo, ainsi que de multiples études traitant de la place d'un traitement homéopathique dans une indication pathologique donnée.

Le but de notre étude est d'évaluer et de caractériser les prescriptions homéopathiques en médecine générale, en s'intéressant particulièrement aux médecins non formés dans ce domaine.

L'objectif principal est donc de réaliser une étude des pratiques actuelles, concernant l'homéopathie, des médecins généralistes de la Vienne, afin d'évaluer leurs besoins et leurs attentes.

Les objectifs secondaires sont : identifier les raisons de ces prescriptions, réaliser une enquête d'opinion sur les traitements homéopathiques auprès de ceux qui les prescrivent, évaluer leurs connaissances dans ce domaine et enfin déterminer les facteurs limitant les prescriptions.

B- TYPE D'ETUDE

Notre travail s'articule autour d'une enquête prospective descriptive des pratiques de prescriptions de traitements homéopathiques.

Celle-ci a été réalisée de manière anonyme, informatisée, auto administrée auprès des médecins généralistes de la Vienne, en excluant les médecins ayant reçu une formation en homéopathie.

C- POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON

Rappelons quelques données générales concernant la démographie médicale de la région Poitou-Charentes et plus particulièrement du département de la Vienne (58,59):

- Au 1^{er} janvier 2012, on dénombre au niveau national 101 896 omnipraticiens, dont 41% de femmes et 63% qui exercent en mode libéral.
- Au 1^{er} juin 2011, la région Poitou-Charentes recense 2523 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre en activité régulière, dont 631 dans la Vienne.
- A l'échelle régionale, les femmes représentent 38% des médecins généralistes et 42% dans le département.
- 66% des omnipraticiens de la Vienne exercent en mode libéral.

- Leur âge moyen est de 50 ans dans le département de la Vienne et 51 ans dans la région.
- Le CNOM référence 2649 médecins homéopathes, dont 78 exerçant dans le Poitou-Charentes et 23 dans le département de la Vienne.
- 3,1% de l'ensemble des médecins de la région, généralistes et spécialistes confondus, sont remplaçants, et 3,7% au niveau national.
- La population totale recensée en 2010 dans la Vienne est de 438 566, soit une densité de 146 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Les médecins généralistes, exerçants dans la Vienne, susceptibles de prescrire des traitements homéopathiques, mais sans aucune formation complémentaire dans ce domaine, représentent la population cible de notre étude. Nous avons choisi de ne pas limiter notre échantillon aux seuls médecins généralistes installés en cabinet.

Les critères d'inclusion retenus sont :

- Spécialité : médecine générale (Diplôme d'Etudes Spécialisées validé)
- Département d'exercice : la Vienne
- Age, mode d'exercice, année d'installation, validation du doctorat : pas de critère de choix

Nous avons, dans ce travail, fait le choix délibéré d'exclure les médecins généralistes ayant suivi et achevé une formation en homéopathie (DIU, FMC) pour éviter un biais de sélection, ainsi que les médecins ayant reçu initialement une formation de médecine générale complétée par des Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (gériatrie, urgence, etc...) Seuls les médecins exerçants dans le département de la Vienne ont été interrogés, sans limite d'âge.

D- ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Avant de construire notre travail, nous avons réalisé une revue de la littérature sur notre sujet, présentée précédemment et qui nous a aidés dans la formulation de questions pertinentes.

Cette revue a été effectuée en utilisant PubMed (Medline) avec les termes MeSH suivants : homeopathy, Complementary and Alternative Medical therapies (CAM), homeopathy efficacy, homeopathy teaching, sham treatment. Nous avons également pratiqué ces recherches sur le CiSMeF, le catalogue SUDOC, et Google. La Bibliothèque Universitaire de la faculté de Poitiers et la Bibliothèque Inter Universitaire de Santé ont permis de compléter notre travail de recherches.

L'anonymat était un élément essentiel de notre questionnaire. Chaque praticien a ainsi pu répondre librement aux différentes questions, sans craindre d'être jugé mais également sans être influencé par les réponses des autres participants. Nous étions également conscient de l'importance d'un nombre limité de questions, tout en essayant d'être exhaustif, afin d'induire un temps de réponse minimal au questionnaire. Ce critère nous semblait fondamental pour obtenir le meilleur taux de participation possible et donc significatif.

Notre questionnaire a été élaboré grâce à la plateforme de stockage et outil de collaboration Google Drive. Il est composé de plusieurs parties différentes, qui s'enchaînent selon les réponses données, et constitué majoritairement de questions à choix simple ou multiple, selon la pertinence de la réponse attendue, et de questions ouvertes, permettant aux médecins de s'exprimer librement. Ce questionnaire a été testé avant envoi par deux médecins généralistes, dont les réponses n'ont pas été prises en compte lors de notre étude.

Trois parties ont ainsi composé notre enquête.

1- Questionnaire A

Huit questions, à choix simple ou multiple, ont été retenues. Elles concernaient le profil du médecin interrogé ainsi que ses connaissances en homéopathie. Quatre critères caractérisaient le praticien : le sexe, l'âge, le mode d'exercice et la zone géographique d'exercice. L'âge et le sexe permettaient de situer le médecin en tant qu'individu, le mode d'exercice et la localisation le situaient sur le plan professionnel.

Trois questions évaluaient les connaissances du praticien dans ce domaine, et la façon dont il les avait acquises. Une question portant sur la Loi de Similitudes et les diathèses permettait d'apprécier une partie de sa compétence. Ce sont en effet des principes fondamentaux, bases de l'homéopathie qui légitiment la qualification d'un médecin dans ce domaine. D'autre part cela minimisait un biais de sélection, en s'assurant de l'absence de formation théorique ou pratique du médecin.

La dernière question différenciait deux catégories de médecins selon qu'ils avaient, ou non, déjà prescrit des traitements homéopathiques durant leur exercice. C'était une question charnière de notre étude, à choix simple, dont dépendait la suite de l'enchaînement de notre sondage. En effet le questionnaire B s'adressait aux praticiens ayant déjà prescrit, au moins une fois, ce type de thérapeutique, alors que le questionnaire C concernait les autres praticiens.

2- Questionnaire B

Ce questionnaire intéressait uniquement les médecins ayant déjà prescrit des traitements homéopathiques et permettait d'approfondir leur pratique dans ce domaine. Cinq critères ont été retenus pour caractériser ces prescriptions lors de questions à choix multiple. Il s'agissait de la fréquence, les pathologies concernées, la raison de ces prescriptions, le type de traitement le plus fréquemment utilisé, et enfin un jugement global sur l'efficacité de ces prescriptions. Parmi les réponses proposées, figurait l'item « autre » laissant aux médecins interrogés la possibilité d'être plus exhaustifs ou tout simplement de soumettre une réponse que nous n'avions pas suggérée.

3- Questionnaire C

Ce questionnaire, composé de deux questions à choix multiples, s'adressait exclusivement aux médecins n'ayant jamais prescrit de traitements homéopathiques durant leur exercice. Il nous a permis d'identifier les raisons de cette absence de prescriptions et les facteurs qui pourraient éventuellement inciter le praticien à modifier cette habitude. Dans un souci d'exhaustivité, l'item « autre » était, là encore, possible.

Pour finaliser cette enquête, deux questions qui nous ont paru essentielles, concluaient le questionnaire A. Elles interrogeaient l'ensemble des médecins sur leur appréciation de l'homéopathie et la pertinence d'une formation dans ce domaine pendant le cursus de médecine générale. La dernière question imposait une argumentation sa réponse, quelle qu'elle soit. Le choix d'une question ouverte a été délibéré pour permettre le recueil exhaustif et libre d'informations.

Au total le questionnaire de notre étude se composait de 18 questions dont 2 questions ouvertes, 11 questions à choix multiples (une ou plusieurs réponses possibles selon la question et possibilité d'ajout de commentaires personnels avec la réponse « autre ») et 5 questions fermées. Les participants n'avaient pas à répondre à l'ensemble de ces questions. L'étude a été conçue pour que la durée de réponse à ce questionnaire n'excède pas cinq minutes.

4- Questions exclues de l'étude

Notre étude n'avait pas pour vocation de prouver ou invalider l'efficacité des traitements homéopathiques, sujet qui a déjà été traité dans la littérature. Par conséquent aucune question sur l'efficacité objectivée de ces traitements n'a été retenues, mais plus une appréciation globale subjective. Il s'agissait donc de caractériser les prescriptions faites par des médecins non homéopathes, c'est pourquoi nous nous sommes plutôt limités à un état des lieux. L'ensemble des prescriptions a été étudié, pas uniquement celles dans le cadre d'une pathologie donnée.

Nous avons également exclu le questionnement de médecins qualifiés par un diplôme ou une formation en homéopathie, le but de notre étude étant de souligner le paradoxe de nombreuses prescriptions faites par des médecins non formés dans le domaine de l'homéopathie. Notre démarche n'a pas pour intention de juger ni critiquer ces pratiques, mais plutôt de réaliser une enquête d'opinion des praticiens sur ces prescriptions, leurs remarques, leur ressenti face à la demande croissante des patients dans ce domaine. Notre travail avait pour vocation de comprendre leur positionnement et leurs besoins afin de proposer d'améliorer leur formation et donc leur pratique.

E- DEROULEMENT DE L'ENQUETE ET PROTOCOLE DE L'ETUDE

L'enquête s'est déroulée en deux temps, du 4 décembre 2012 au 18 janvier 2013, puis du 15 avril au 31 mai 2013.

Nous avons choisi de contacter les praticiens par courrier électronique, cela permettait de minimiser le dérangement du médecin, occasionné en cours de consultation. Le choix d'un questionnaire en format papier envoyé par courrier postal n'a pas été retenu du fait de la logistique, du coût (fournitures, timbres) et de la forme de celui-ci. En effet certaines questions dépendaient des réponses fournies antérieurement et le choix de réponse conditionnait directement le déroulement des questions suivantes. Un questionnaire élaboré à l'aide d'un logiciel informatique permettait un enchaînement des différents questionnaires A, B ou C, beaucoup plus simplifié et rapide. Les médecins étant de plus en plus sollicités pour répondre aux enquêtes de thèse, la facilité et brièveté de réponse pour les participants nous a semblé primordiale.

Initialement 351 adresses électroniques de médecins généralistes ont été obtenues et ceci de plusieurs façons :

- 6 par demande auprès des secrétaires des cabinets médicaux lors d'appels téléphoniques
- 37 lors d'annonces de propositions de remplacements par des médecins généralistes
- 141 par réseau de connaissances confraternelles
- 167 diffusées par la faculté de médecine de Poitiers ou le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Vienne lors de demande de remplacements

Un courrier électronique expliquant le but de notre étude, et remerciant de leur participation, a été envoyé à chacun de ces praticiens. Il indiquait clairement les critères d'exclusion et garantissait l'anonymat. Ce courriel contenait un lien hypertexte renvoyant directement au questionnaire en ligne. Une relance à la même liste d'adresses a été effectuée le 7 janvier 2013.

Nous avons secondairement procédé à un nouvel envoi du questionnaire du 15 avril au 31 mai 2013. 259 adresses électroniques différentes ont été obtenues : 204 par le biais de connaissances confraternelles et du Conseil de l'Ordre des médecins, 9 par contact téléphonique auprès de secrétariats médicaux et 46 par contact direct avec des médecins à la recherche de remplaçants.

Au total 59 médecins ont eu la gentillesse de répondre par courriel personnel : 8 pour nous faire préciser les critères d'exclusion de l'étude, 26 pour nous informer qu'ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion de cette étude (changement de département ou arrêt d'exercice), 24 pour préciser que la réponse au questionnaire avait déjà été effectuée ou venait de l'être, 1 pour demander une copie de cette étude une fois terminée.

Le questionnement direct des praticiens imposant une disponibilité trop importante, et considérant comme significatif le nombre de réponses obtenues, aucune relance directe par téléphone n'a été effectuée.

F- RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

Entre le 4 décembre 2012 et le 18 janvier 2013, nous avons recueilli 120 réponses sur 351 questionnaires envoyés, auxquelles s'ajoutent 50 réponses répertoriées du 15 avril au 31 mai 2013. Au total, notre enquête d'opinion a été réalisée auprès de 170 médecins généralistes.

Les données ont été recueillies et directement analysées sur Google Drive permettant d'éviter toute erreur de recopiage. Google Drive est un logiciel gratuit permettant un travail collaboratif en ligne, il remplace Google Docs depuis avril 2012. Cette plateforme de stockage est très utilisée pour la synchronisation de fichiers ou des sondages en ligne. Il n'a plus à démontrer sa simplicité d'accès et son efficacité dans ce domaine. Rapide, facile, didactique et intuitif, notre choix s'est donc naturellement porté sur Google Drive.

Les médecins interrogés ont donc directement reçu un courriel contenant un lien hypertexte renvoyant au questionnaire de notre étude. Les réponses, possibles à partir d'un ordinateur, d'un Smartphone ou d'une tablette tactile, ont directement été intégrées en temps réel dans la feuille de calcul. Lors de l'élaboration du questionnaire, plusieurs types de questions peuvent être choisis (question à choix multiple avec une seule ou plusieurs réponses possibles, question ouverte, etc...), le nombre de questions est illimité, ensuite la personne sondée n'a qu'à cliquer sur un bouton radio pour sélectionner sa réponse. Chaque réponse a été qualifiée d'« obligatoire » signifiant que la question suivante n'apparaissait pas tant que la réponse n'avait pas été donnée. En fonction des réponses validées, d'autres pages de questions s'ouvraient et ainsi de suite, jusqu'à la fin du questionnaire, ou il suffisait de cliquer sur « envoyer » pour valider l'ensemble des réponses.

Google Drive possède tout de même un inconvénient : l'absence de contrôle de l'utilisation des liens. En effet l'adresse IP n'est pas mémorisée ce qui peut permettre plusieurs réponses d'un seul et même participant. Les réponses, anonymes, sont malgré tout horodatées, ce qui, avec une simple vérification, peut permettre d'éviter de comptabiliser des « doublons ».

Les réponses sont consultables uniquement par l'instigateur du questionnaire, ceci permet de ne pas influencer les réponses des participants suivants. Le logiciel permet d'intégrer les résultats directement dans une feuille de calcul, qui peut être suivie en temps réel grâce à une mise à jour régulière. Ces données sont répertoriées dans un tableau Excel, permettant grâce à des filtres spécifiques, de recouper des statistiques et de les illustrer par des graphiques.

Nous avons employé, comme test statistique, le test du Khi Deux à un degré de liberté avec un seuil de significativité reconnu de 5%, soit p inférieur à 0,05. La lecture dans la table du Khi Deux pour une variable indépendante avec un p égal à 0,05 permet de définir une valeur critique de 3,841. Plusieurs types de variables ont été étudiés. Les variables qualitatives nominales (sexe, remplaçants, etc...) et ordinales (degré d'efficacité, fréquence des prescriptions, etc...) ont été décrites en effectif ou pourcentage. Les variables quantitatives, comme par exemple l'âge des médecins, sont détaillées en moyenne.

RESULTAT

Plusieurs questionnaires ont composé notre enquête qui s'est déroulée du 4 décembre 2012 au 31 mai 2013. Durant cette période, nous avons envoyé 610 questionnaires par courrier électronique, permettant de collecter 170 réponses de médecins généralistes, soit un taux de participation de 28%.

Le questionnaire A qui concernait la totalité des médecins interrogés, permettait de préciser leur profil (âge, sexe, mode d'exercice, etc...) et d'évoquer leurs connaissances dans le domaine de l'homéopathie.

Le questionnaire B ne s'adressait qu'aux praticiens ayant déjà prescrit de l'homéopathie, ayant donc répondu « oui » à la question « avez-vous déjà prescrit un traitement homéopathique ? » Il réalisait un état des lieux de ces prescriptions en spécifiant la fréquence, le type de pathologies traitées, les motifs de prescriptions et les traitements les plus couramment utilisés. Enfin il déterminait le point de vue des médecins sur l'efficacité des traitements homéopathiques.

A l'inverse, le questionnaire C intéressait les participants ayant répondu par la négative à la question n°8 du questionnaire A. Il évoquait les causes de cette absence de prescription ainsi que les facteurs pouvant potentiellement faire évoluer les pratiques.

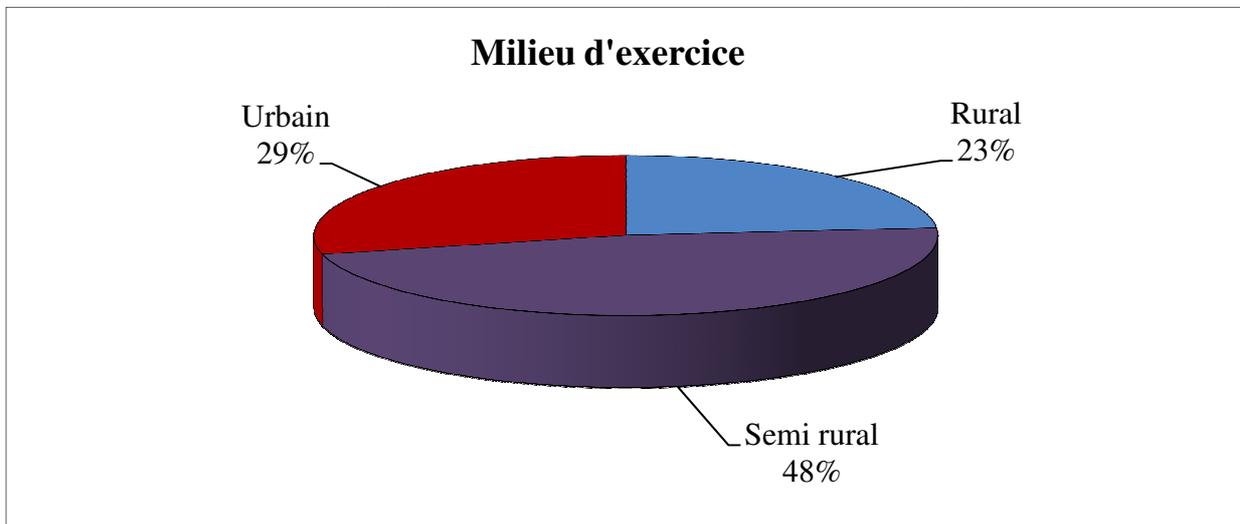
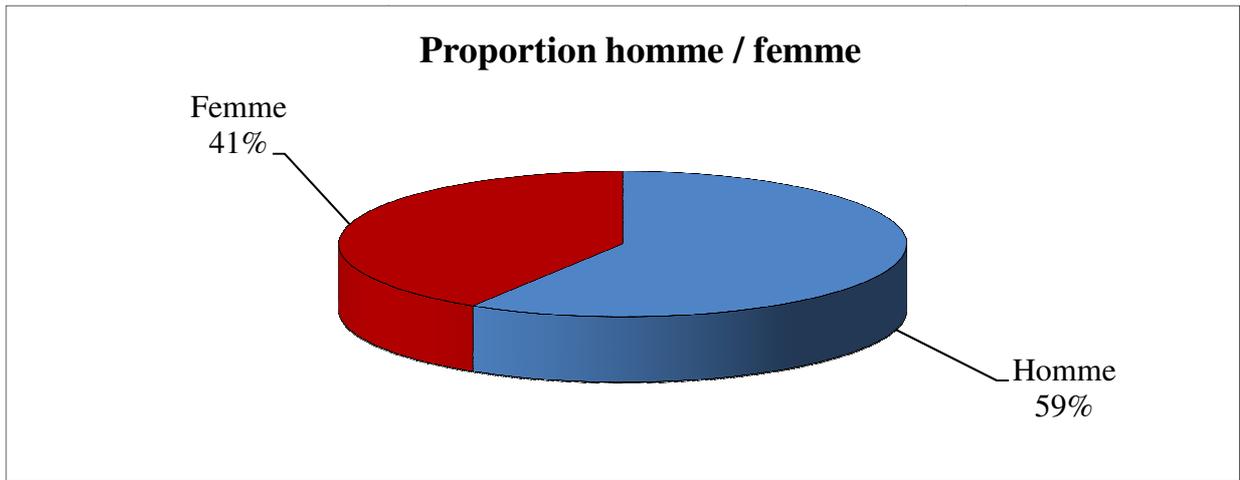
Enfin deux questions, posées à l'ensemble des praticiens, finalisaient le questionnaire A en déterminant leur appréciation globale de l'homéopathie et leur opinion, justifiée, sur une éventuelle formation dans ce domaine intégrée au cursus de médecine générale.

Au total 147 médecins ont répondu au questionnaire B et 23 au questionnaire C.

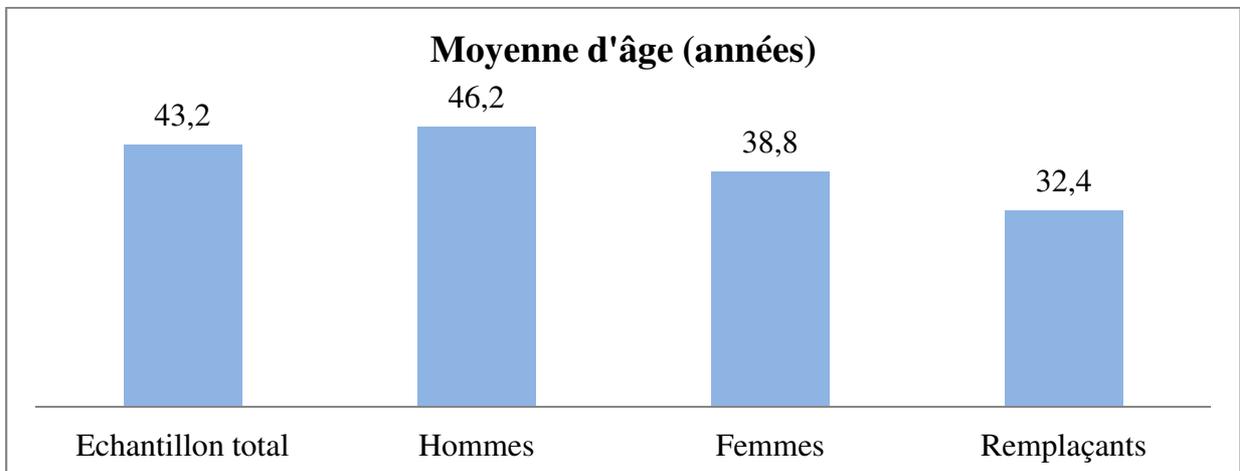
A- QUESTIONNAIRE A : PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES

Questions A1, A 2, A3 et A4 : « Etes-vous une femme ou un homme ? Quel est votre âge ? Quel est votre mode d'exercice ? Exercez-vous principalement en milieu rural, semi rural ou urbain ? »

70 femmes soit 41% et 100 hommes soit 59% ont participé à notre étude. Parmi eux 67% sont installés en cabinet ou collaborateur et 33% exercent en tant que remplaçants. Le milieu d'exercice prépondérant est le milieu semi rural (48%), puis urbain (29%) et enfin rural (23%).



La moyenne d'âge de notre échantillon de médecins généralistes est de 43,2 ans. Les femmes ont en moyenne 38,8 ans, et les hommes 46,2 ans. Les médecins remplaçants ont en moyenne 32,4 ans.

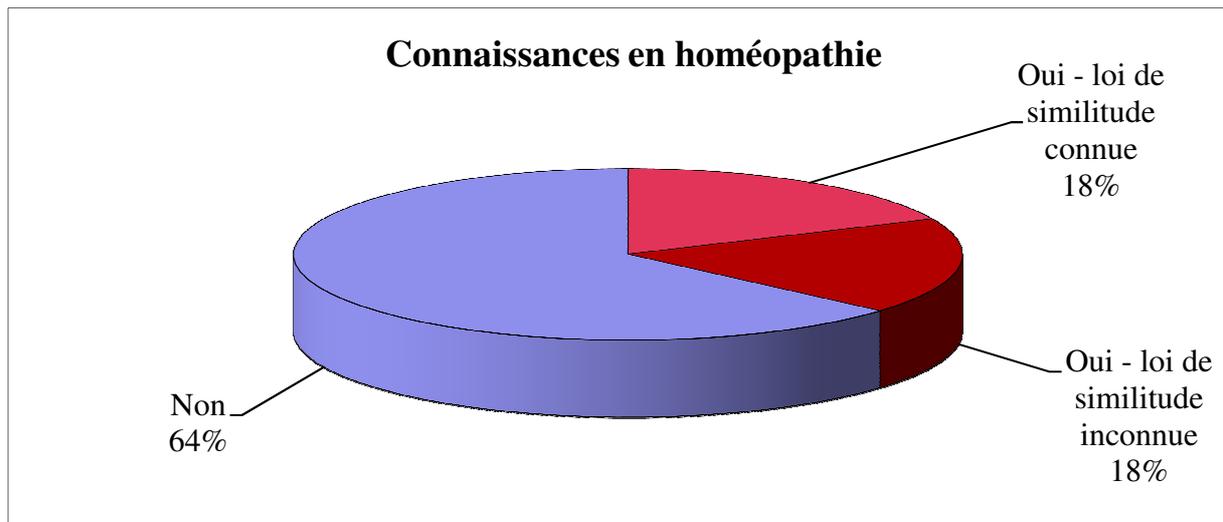


Question A5 : « Possédez-vous quelques connaissances en homéopathie ? »

64% des omnipraticiens reconnaissent ne pas avoir de connaissances dans ce domaine, et 36% affirment le contraire.

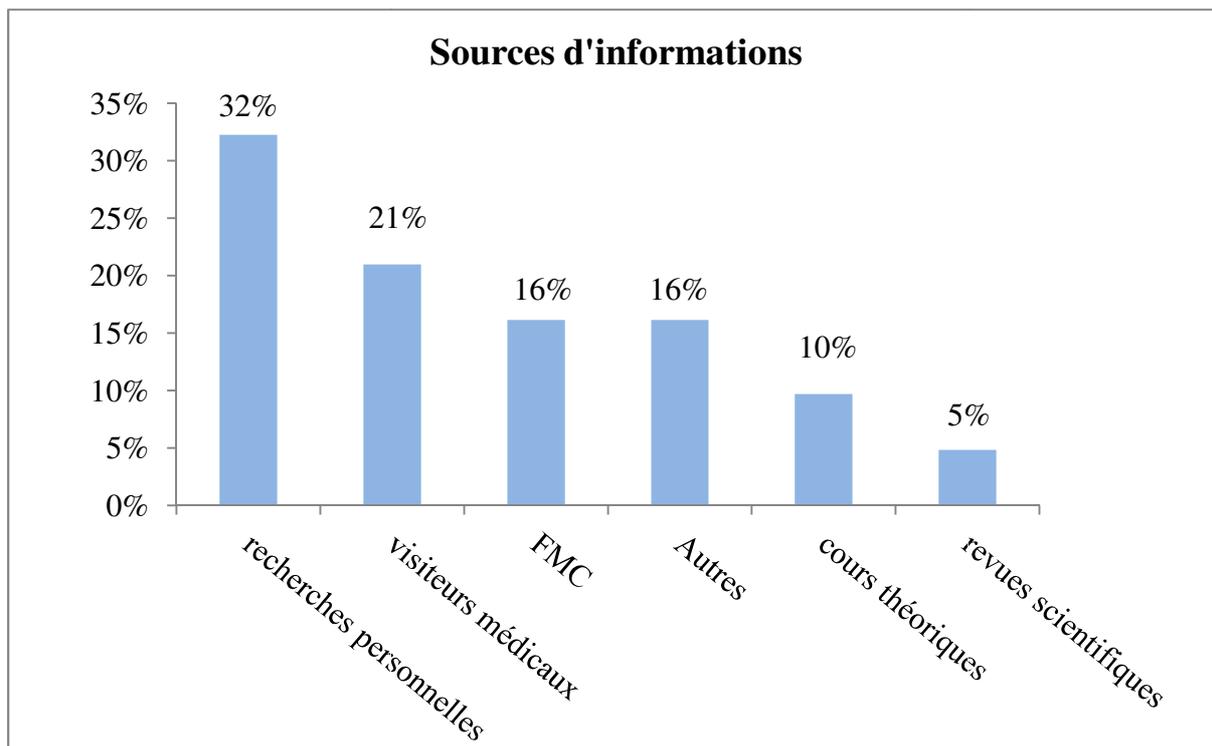
Question A6 : « Avez-vous la notion de la loi de similitude et des diathèses ? »

La loi de similitude et les diathèses sont des principes fondamentaux de l'homéopathie dont la moitié des médecins interrogés déclarent avoir connaissance.



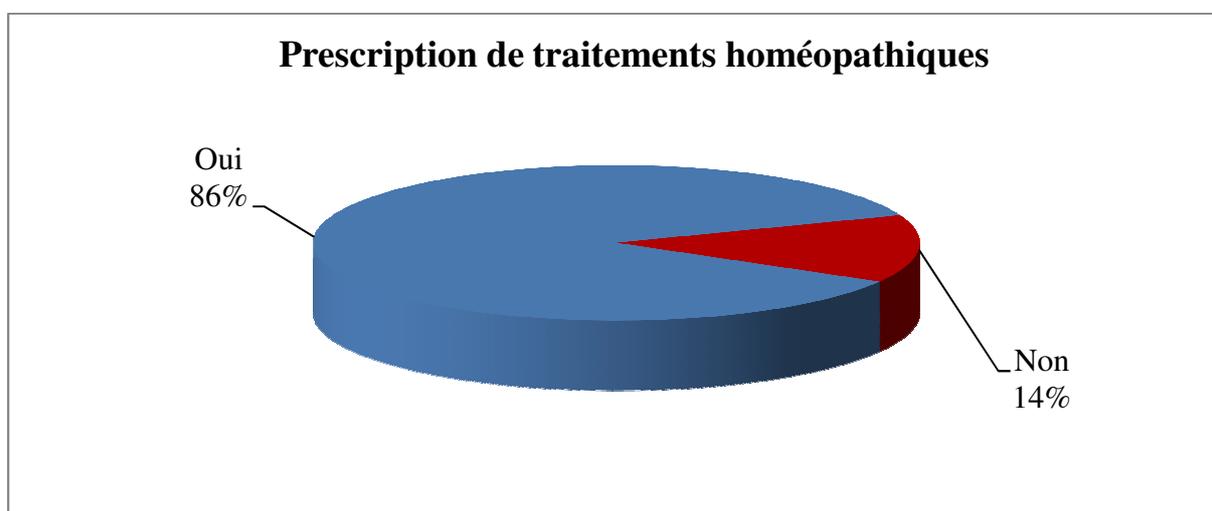
Question A7 : « Comment avez-vous pris connaissance de ces informations ? »

32% des praticiens interrogés ont effectué des recherches personnelles sur ce sujet, les visiteurs médicaux en ont informé 21%, 16% par une FMC durant leur exercice professionnel, 10% lors de cours théoriques dispensés par la faculté et 5% par des revues scientifiques ou médicales. Enfin 16% se sont informés par un autre moyen : 40% d'entre eux par une formation en cours (DIU, DU ou FMC), 40% par expérience acquise au cours de leur pratique et 20% grâce à des confrères.



Question A8 : « Avez-vous déjà prescrit un traitement homéopathique ? »

86% des praticiens interrogés ont déjà prescrit ce type de traitement, alors que 14% déclarent ne jamais l'avoir fait.



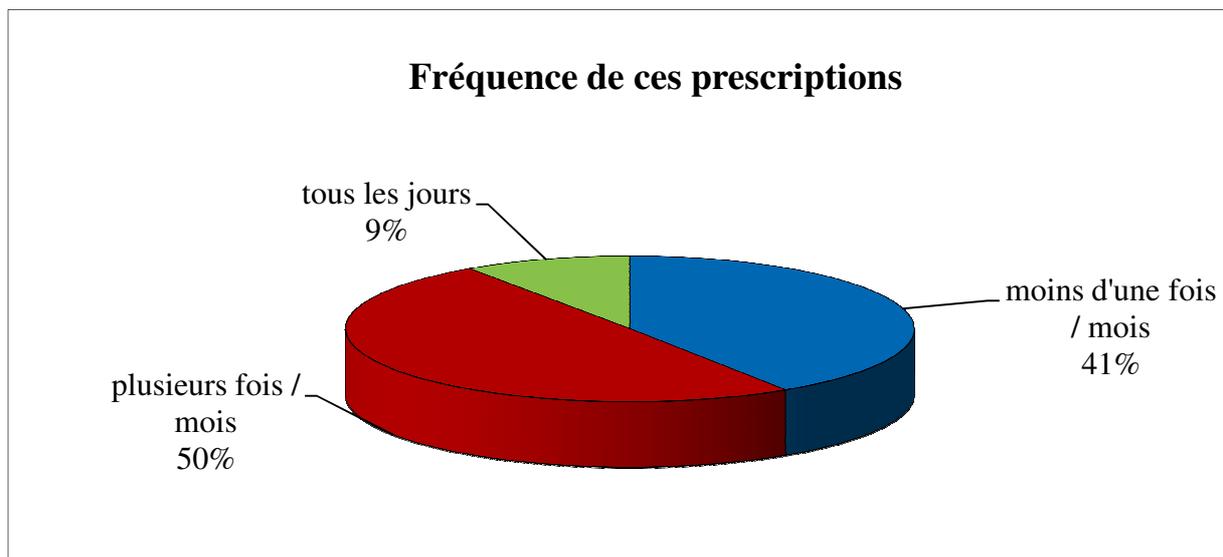
Les questions suivantes résultaient de la réponse donnée à la question 8. Si la réponse était « oui » les répondants étaient automatiquement redirigés vers le questionnaire B, à l'inverse si la réponse était « non », vers le questionnaire C. 147 médecins ont donc rempli le questionnaire B et 23 le questionnaire C.

B- QUESTIONNAIRE B : EVALUATION DES PRESCRIPTIONS HOMEOPATHIQUES

147 médecins ont donc déjà prescrit, au moins une fois, des traitements homéopathiques durant leur exercice. Il s'agissait de 67 femmes et 80 hommes, dont la moyenne d'âge est de 41,9 ans. 63% d'entre eux exercent en cabinet et 37% sont remplaçants. Ils pratiquent majoritairement en mode semi rural (48%), 27% en zone urbaine et 25% en zone rurale.

Question B1 : « Quelle est la fréquence de ces prescriptions ? »

50% des médecins prescrivent ce type de traitement plusieurs fois par mois en moyenne, 41% moins d'une fois par mois et enfin 9% tous les jours.

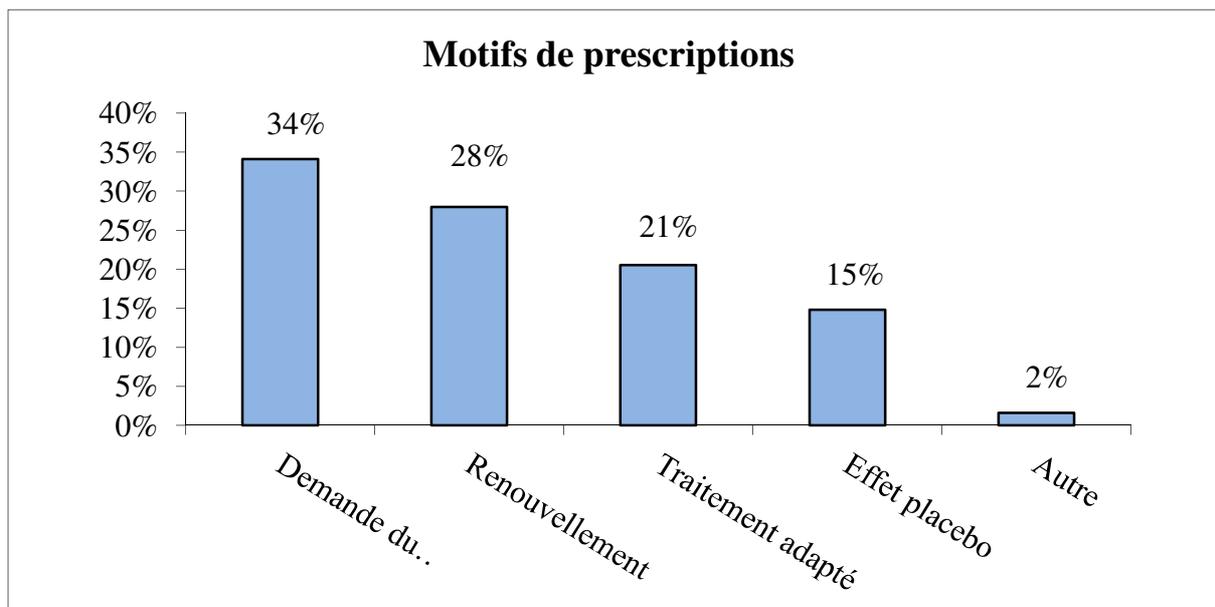


Question B2 : « Quel type de pathologies ces prescriptions concernent-elles ? »

Cette question permet de préciser que 69% de ces traitements sont prescrits majoritairement pour des pathologies aiguës et chroniques et 31% concernent uniquement des pathologies aiguës.

Question B3 : « Pourquoi avez-vous prescrit ces traitements ? »

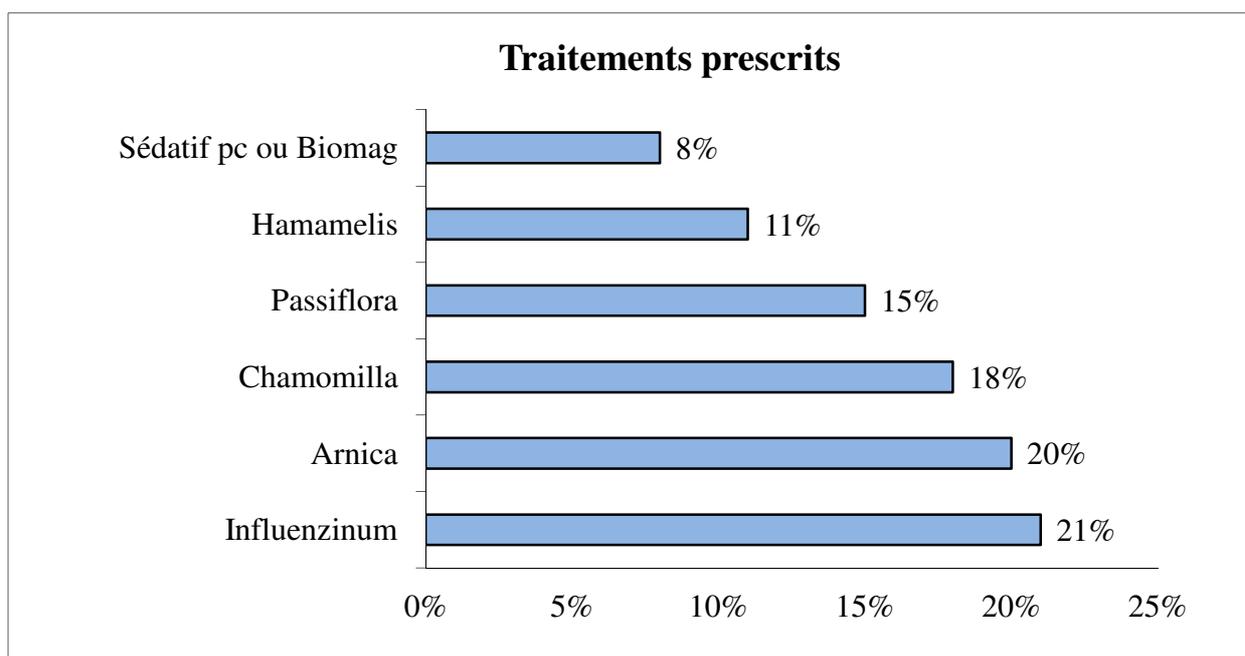
Plusieurs réponses sont possibles pour cette question et sont donc cumulables. Dans 34% des cas, cette prescription est faite à la demande du patient, et dans 28% pour renouveler un traitement initié par un confrère homéopathe. 21% des praticiens ont jugé ce traitement adapté à la situation médico-clinique. Dans 15% des cas, l'effet placebo était recherché. Pour 2% des praticiens la raison était toute autre. Elle concernait soit le fait que l'homéopathie était remboursée ou dénuée d'effets secondaires alors que l'équivalent allopathique ne l'était pas, soit un rapport bénéfices / risques évalué par le médecin supérieur à l'allopathie, ou encore le souhait d'éviter les antibiotiques.



Question B4 : « Quel(s) traitement(s) utilisez-vous le plus couramment ? »

Là encore, plusieurs choix sont possibles parmi une sélection faite par nos soins de médicaments homéopathiques connus, comme ceux fréquemment utilisés pour la petite traumatologie (Arnica®), les troubles circulatoires (Hamamelis®), les états grippaux (Oscillocochinum® ou L52®) ou leur prévention saisonnière (Influenzinum®), les poussées dentaires (Chamomilla®), ainsi que l'anxiété (Sédatif pc® ou Biomag®).

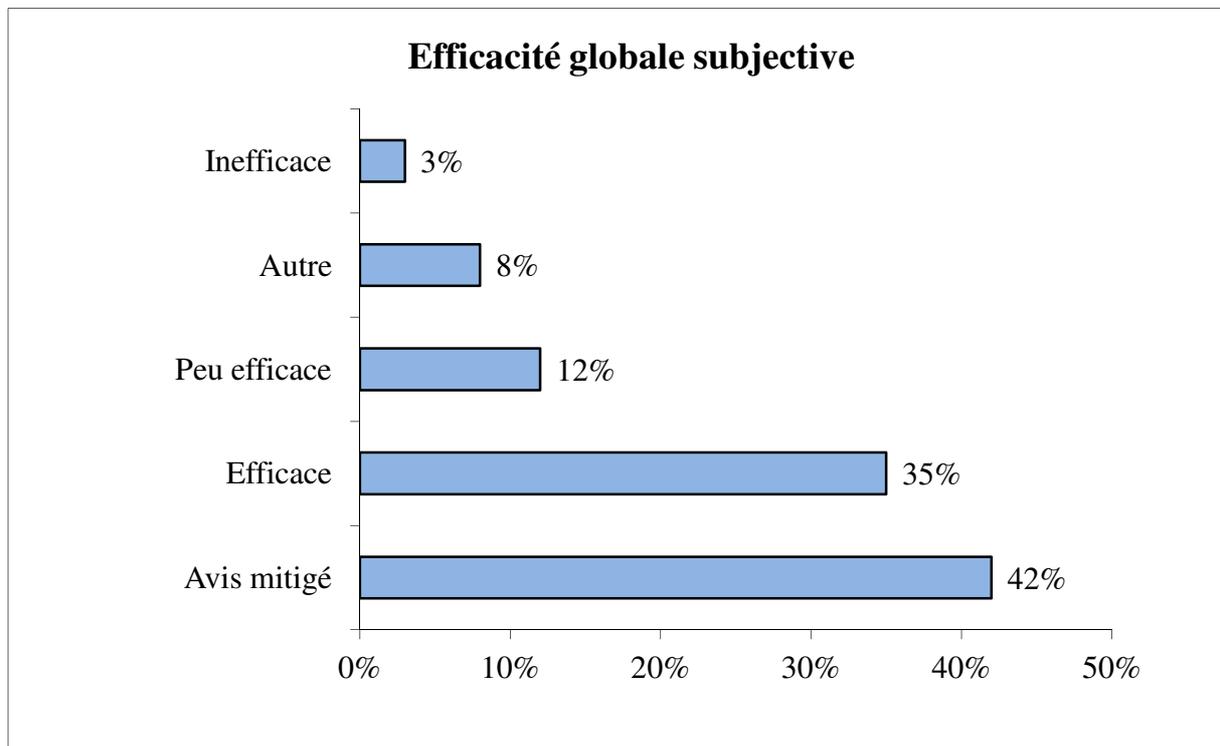
Avec 21% des réponses, Influenzinum® est le plus couramment prescrit, suivi de près par Arnica® avec 20% et 18% pour Chamomilla ®. Viennent ensuite Passiflora® avec 15%, Hamamélis® 11%, puis Sédatif pc ® ou Biomag ® avec 8% et pour finir Oscillocochinum® ou L52® avec 7% des réponses.



Question B5 : Elle permet d'évaluer, d'un point de vue uniquement subjectif, l'efficacité globale de ce type de traitement.

Pour 42% des praticiens, l'avis sur cette efficacité est mitigé du fait d'une prescription conjointe avec un traitement allopathique et/ou biaisée par l'effet placebo. 35% des répondants ont jugé ces traitements efficaces, et 12% peu efficace. Pour 3% des médecins, ces traitements ont été le plus souvent inefficaces.

8% des médecins interrogés ont choisi une autre réponse que celles proposées. Parmi ces 12 praticiens, 3 se disent dans l'incapacité de juger du résultat par manque de suivi des patients (rappelons que 33% des médecins ayant répondu à notre enquête exercent en tant que remplaçants) et 3 ne se prononcent pas. Ensuite 2 d'entre eux qualifient ces traitements de « presque toujours suffisamment efficaces » et 2 spécifient n'avoir utilisé l'homéopathie qu'en tant que placebo-thérapie. Enfin un participant précise que ce traitement a été qualifié d'efficace par le patient lui-même et pour le dernier, l'efficacité est variable et dépend du patient ainsi que de l'observance des prescriptions.



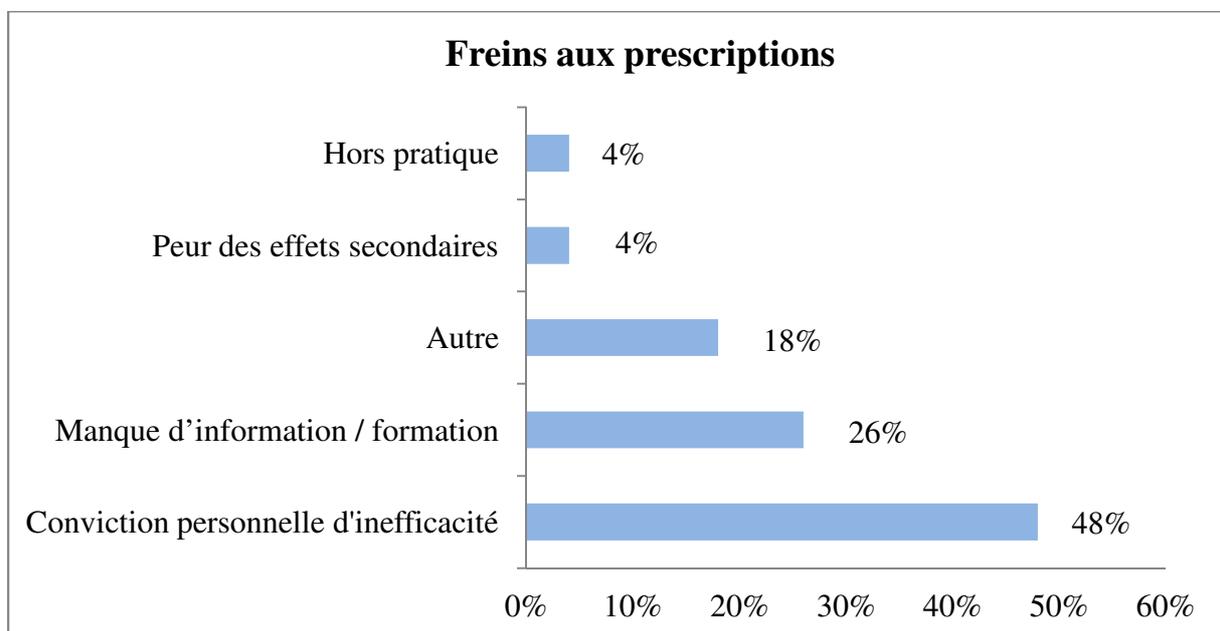
C- QUESTIONNAIRE C : FREINS AUX PRESCRIPTIONS HOMEOPATHIQUES

23 médecins généralistes n'ont jamais prescrit d'homéopathie dans leur pratique jusqu'à ce jour. Les hommes composent presque exclusivement ce panel (seulement 3 femmes) et leur moyenne d'âge est de 51,7 ans. La plupart sont installés (91%), surtout en milieu semi-urbain (44%) et urbain (39%), et 17% en milieu rural.

Question C1 : « Pourquoi n'avoir jamais prescrit de traitement homéopathique ? »

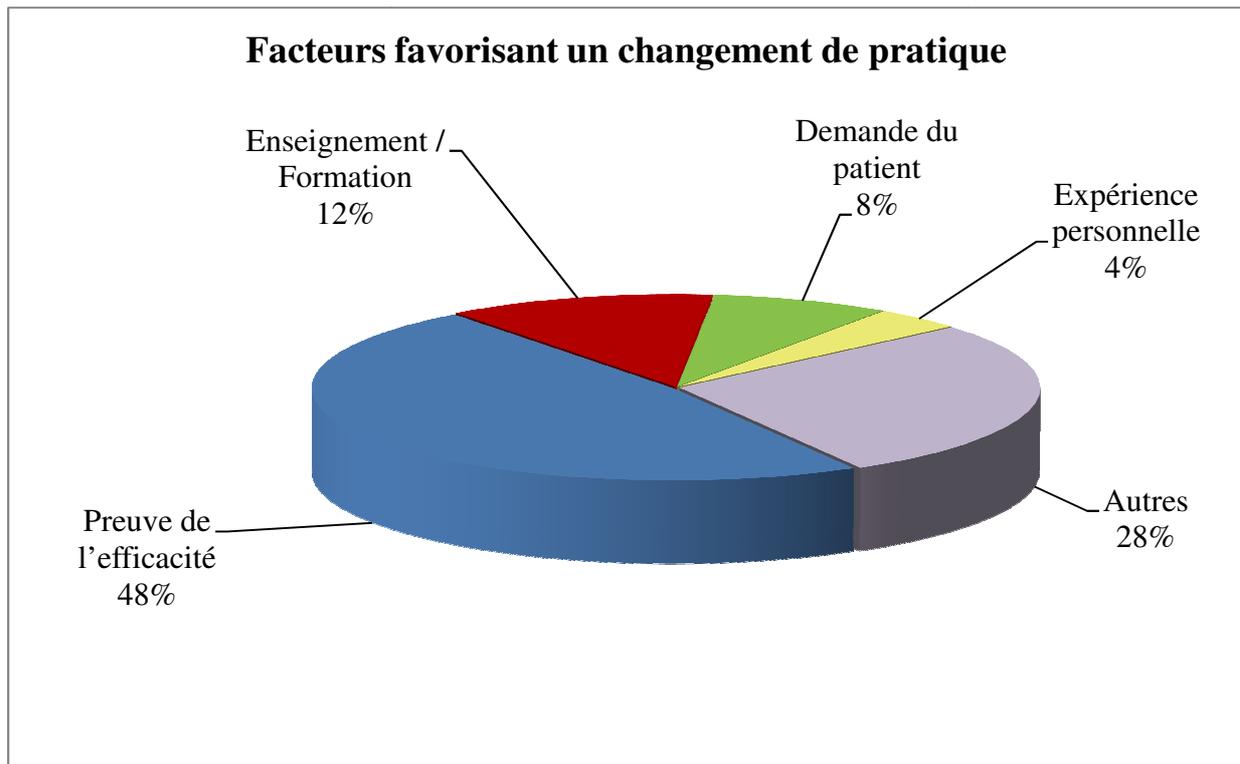
48% des médecins généralistes ont expliqué cette absence de prescription par conviction personnelle, parce qu'ils pensent que ces traitements sont inefficaces. 26% n'ont jamais prescrit de traitements homéopathiques par manque de formation et/ou d'information et enfin 4% considèrent que cela ne relève pas de la pratique du médecin généraliste.

Mentionnons tout de même qu'un praticien a retenu comme facteur limitant la peur des effets secondaires, d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications (soit 4% des répondants). 18% ont sélectionné la réponse « autre » soit 4 praticiens. Parmi eux, 2 ont précisé qu'aucune étude fiable n'avait à ce jour prouvé l'efficacité de l'homéopathie, et les 2 autres n'ont pas trouvé d'indication dans leur pratique quotidienne.



Question C2 : « Quel facteur pourrait vous amener à prescrire ce type de traitement ? »

La preuve de l'efficacité des traitements homéopathiques (rapportée par des revues médicales ou articles scientifiques) serait majoritairement le facteur déclenchant chez 48% des praticiens n'ayant jamais utilisé ce type de traitement. Une formation pendant le cursus de médecine générale pourrait amener 12% des médecins interrogés à prescrire des traitements homéopathiques, pour 8% la demande d'un patient pourrait suffire et pour 4%, l'expérience personnelle.



Pour 28% d'entre eux soit 7 médecins, aucun des éléments proposés ne les encouragerait à changer leur pratique. Pour 5 de ces médecins, aucun facteur tout court ne leur fera changer leurs habitudes d'exercice vis-à-vis de l'homéopathie. Un des praticiens stipule qu'il « utilise la phytothérapie et ne voit donc pas d'utilité à l'homéopathie ». Le dernier précise que « le souhait d'un patient d'être traité ne justifie pas un traitement à tout prix, y compris placebo ».

A noter qu'aucun médecin ne changerait sa pratique après information par des visiteurs médicaux.

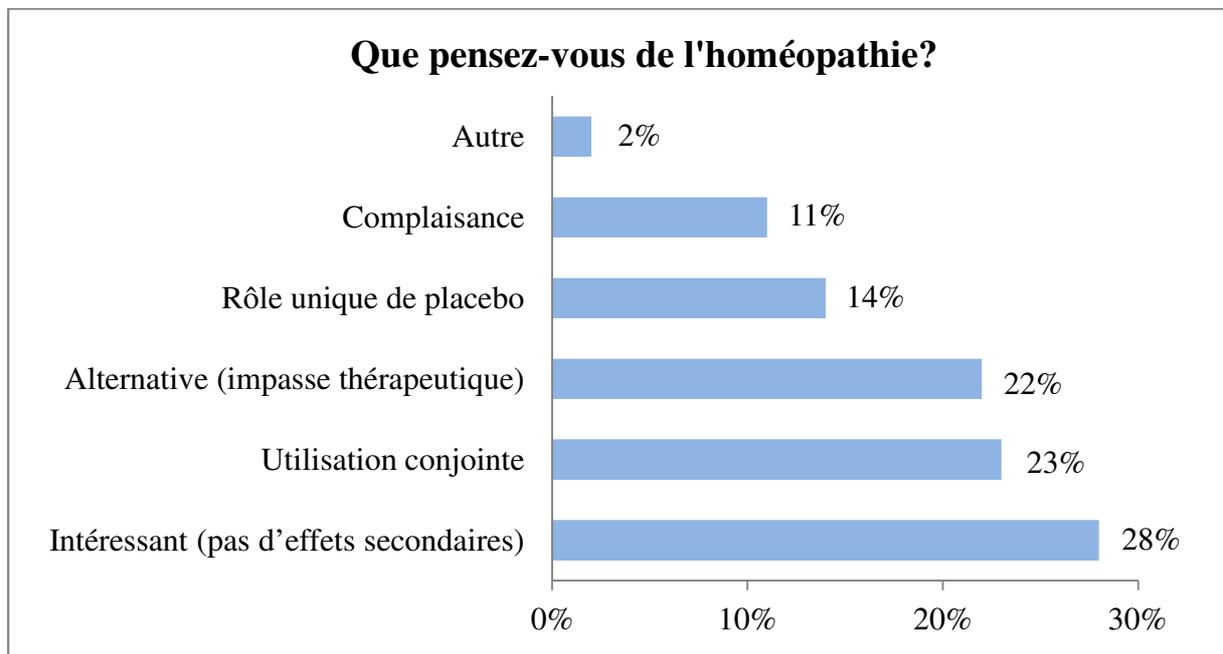
D- REPRESENTATION DE L'HOMÉOPATHIE

Pour conclure cette enquête, deux questions s'adressaient à l'ensemble des médecins généralistes interrogés, prescripteurs ou non de traitements homéopathiques.

« Au final que pensez-vous de l'homéopathie ? »

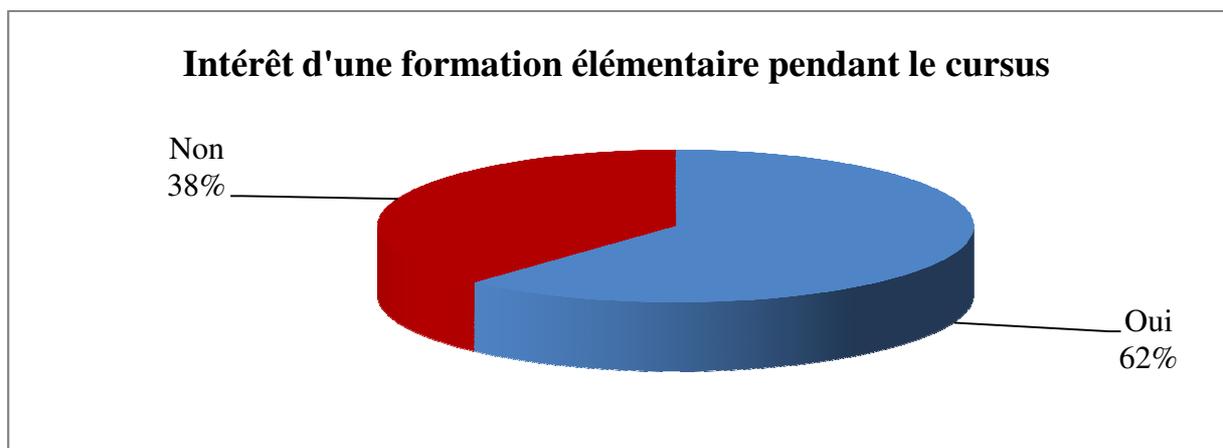
28% des praticiens pensent que l'absence d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications en fait une thérapeutique intéressante. 23% des médecins interrogés sont en faveur d'une utilisation conjointe aux traitements allopathiques et 22% l'envisagent comme une alternative en cas d'impasse thérapeutique ou d'inefficacité de l'allopathie. Pour 14% des médecins, ces traitements ont seulement le rôle de placebo et 11% les considèrent comme des prescriptions de complaisance pour les patients. Enfin 2% ont sélectionné la réponse « autre » qualifiant l'homéopathie « d'escroquerie intellectuelle », ou jugeant que ces traitements entretiennent une « illusion de toute puissante du médicament ».

Parmi ces 2% de médecins, certains considèrent que ces traitements sont efficaces à la condition de bien choisir l'indication et le remède, et un praticien soulève le problème du besoin de traiter un symptôme nécessairement par un médicament, de quelque nature soit-il.



« Pensez-vous qu'une formation élémentaire à ce sujet serait utile pendant le cursus de médecine générale ? »

62% estiment en effet qu'un apprentissage dans ce domaine serait nécessaire, alors que pour 38% ce n'est pas le cas. Nous avons, pour conclure, demandé aux médecins interrogés d'explicitier librement leur réponse. Cette question étant ouverte, plusieurs arguments différents ont pu être cités, regroupés ci-dessous, c'est pourquoi le nombre de réponse est supérieur à 170.



Parmi les médecins en faveur d'une formation obligatoire en homéopathie :

- 31 médecins précisent que l'homéopathie présente un intérêt réel en médecine générale, de part son aspect complémentaire et alternatif à une médecine allopathique parfois limitée, particulièrement chez les enfants et les femmes enceintes. Ils soulignent également l'avantage d'être informé et formé à toute éventualité thérapeutique, d'autant plus non invasive. Un praticien argumente que « l'on ne peut pas rester ignorant sur un moyen thérapeutique complémentaire, quel qu'il soit ».
- 28 praticiens spécifient l'importance d'élargir ses connaissances médicales et ainsi se construire un avis impartial scientifique, loin de toutes idées reçues, afin d'apporter une réponse adaptée et pertinente à la demande des patients. Un médecin stipule que « l'on soit pour ou contre, il faut savoir expliquer pourquoi et cela n'est possible que si l'on a reçu une information appropriée auparavant. Un athée peut parler de Dieu, sans pour cela être converti. »
- 28 omnipraticiens pensent également que l'acquisition, ou tout au moins l'initiation, aux grands principes homéopathiques serait bénéfique, dans le but d'acquérir une compétence. Ils souhaiteraient en effet potentialiser le traitement donné et mieux maîtriser leurs prescriptions, certains soulignant en effet l'importance de savoir ce que l'on prescrit. Parmi eux, 5 précisent tout de même qu'une formation élémentaire serait insuffisante et qu'au vue de cette vaste spécialité, un apprentissage plus approfondi serait nécessaire.
- 21 médecins sont partisans d'une formation obligatoire devant la demande fréquente des patients de ce type de traitements.
- Pour 8 praticiens, il s'agit surtout d'être au fait de l'automédication à laquelle leurs patients ont recours. Ils expriment également le besoin de conserver une certaine crédibilité devant des patients qui ont parfois plus de connaissances qu'eux dans ce domaine.
- 3 médecins soulignent l'importance d'une prise en charge globale du patient et pour 2 autres l'homéopathie peut permettre d'éviter de lourds traitements allopathiques, comme les benzodiazépines par exemple.

Au contraire, parmi les praticiens opposés à une éventuelle formation au cours du cursus médical :

- 19 médecins affirment que l'absence de preuve d'efficacité et de recommandations certifiées par la Haute Autorité de Santé, à l'heure d'une médecine fondée sur l'EBM, ne justifie pas la nécessité d'une formation.
- 14 répondants ne seraient pas totalement contre un apprentissage obligatoire des prescriptions homéopathiques, mais soulignent d'autres priorités de formations complémentaires.
- Pour 13 médecins, cette instruction doit rester du domaine du volontariat et de la démarche personnelle, après déjà plusieurs années d'études. Un médecin précise « qu'à l'heure de l'EBM, il n'est pas justifié de contraindre à l'apprentissage d'une médecine n'ayant pas fait ses preuves ».

- 11 médecins évoquent l'homéopathie comme traitement placebo. 4 d'entre eux l'envisagent comme un bon moyen de prescrire un placebo « reconnu » et remboursé. Les autres estiment qu'il n'est pas nécessaire d'être formé pour exercer de la « placebo-thérapie » ou encore que le « médecin-médicament » comme l'affirmait Balint, n'a pas besoin d'être soutenu par un placebo.
- 5 praticiens craignent la surenchère de prescription et la surmédicalisation inutile, en donnant l'illusion de soins et l'impression au patient que le médicament est la solution à leur problème. 2 autres précisent que cela évite malheureusement d'aborder la dimension psychosomatique de certains troubles, et que cela n'aide pas le patient à devenir autonome.
- Pour 3 médecins, l'homéopathie augmenterait la morbidité en prenant le risque de ne pas apporter les soins adaptés au patient, par un retard diagnostique et de prise en charge.

DISCUSSION

A- ANALYSE CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE

1/ Elaboration du questionnaire

Afin de réaliser cette étude, utiliser majoritairement Internet nous a semblé être une alternative intéressante au format papier, du fait d'une simplicité de diffusion du questionnaire et de recueil de réponses. Les professionnels de santé étant déjà beaucoup sollicités pour des enquêtes d'opinion de ce type, privilégier la facilité et la rapidité de réponses nous a paru essentiel. Nous étions en effet conscients que la complexité d'un questionnaire dans sa forme ou sa distribution, diminue fortement le taux de participation. Cette méthode impose cependant aux participants de posséder une adresse e-mail et quelques connaissances élémentaires en informatique.

Le type ouvert ou fermé des questions est volontairement mixte, mais les questions fermées ont été favorisées. En effet une question fermée simplifie le recueil des données alors qu'une question ouverte permet une réponse plus exhaustive donc plus intéressante mais également plus chronophage pour le participant. Cependant toutes les questions fermées de notre enquête possèdent une réponse « autre » avec possibilité d'une réponse ouverte plus complète. Le but étant de ne pas induire un biais en masquant des alternatives possibles ou au contraire en suggérant au participant des réponses non spontanées.

Enfin, l'élaboration du questionnaire réalisé après une bibliographie et une revue de littérature les plus exhaustives possible, garantissait un bon ciblage de la pertinence des questions à poser, et par conséquent attestait de la validité de notre questionnaire.

2/ Différents Biais

- Biais de recrutement et de sélection

Initialement 351 questionnaires ont été envoyés par e-mails, permettant de recueillir 120 réponses soit un taux de participation de 34,1%.

Au commencement de l'analyse des données, nous avons mis en évidence que l'échantillon de médecins participants à notre étude n'était pas totalement représentatif de la population médicale du département de la Vienne. En effet la moyenne d'âge des 120 répondants était de 39 ans (dont 63% des participants situés dans la tranche d'âge 27 à 39 ans) pour une moyenne départementale de 50 ans. Même si nous avons fait le choix délibéré de ne pas limiter notre échantillon aux seuls médecins généralistes installés en cabinet, la proportion de médecins remplaçants de notre échantillon était importante (46%). Le pourcentage de médecins remplaçants toutes spécialités confondues est de 3,1% dans la région Poitou-Charentes.

C'est pourquoi nous avons décidé d'effectuer une deuxième relance du questionnaire de notre étude, avec de nouvelles adresses e-mails, du 15 avril au 31 mai 2013, dans le but d'éviter ou

tout au moins minimiser, un biais de recrutement par un échantillon trop peu représentatif du département. Ainsi 50 nouvelles participations ont pu être additionnées à nos précédents résultats. Au total 170 réponses ont été comptabilisées sur 610 questionnaires envoyés, soit un taux de participation à notre enquête de 27,8%. Cependant même si la moyenne d'âge de l'échantillon final est de 43 ans, la proportion de médecins remplaçants est toujours plus importante que celle de la région Poitou-Charentes ce qui induit un biais de recrutement.

Ce biais peut être expliqué par la possibilité que les médecins généralistes, ayant pris le temps de remplir notre questionnaire, soient ceux qui ont le sentiment d'être concernés par notre sujet. Le terme « homéopathie » était plusieurs fois mentionné dans l'e-mail contenant le lien vers notre questionnaire afin d'informer clairement et rapidement les médecins interrogés du thème de notre étude. Notre enquête évoquant la notion de formation pendant le cursus médical, il est également probable que les praticiens dont la formation initiale est assez récente, soient les plus intéressés. Ces médecins sont donc évidemment plus jeunes, d'où une proportion plus élevée de remplaçants. Selon l'atlas démographique de l'année 2010 du CNOM, 35,3% des nouveaux généralistes inscrits exercent en tant que remplaçants (contre 21,6% qui s'installent en libéral) et leur moyenne d'âge est de 33 ans.

- Biais de non réponse

Il existe un biais de non réponse dans notre étude, le taux de participation étant de 27,8%. Ce biais peut être expliqué de différentes façons :

- Le temps à consacrer au questionnaire jugé trop important, malgré notre volonté de réaliser une enquête peu chronophage pour le participant.
- La lassitude de répondre aux enquêtes d'opinion, les médecins étant soumis régulièrement à ce type de questionnaire, ou encore un principe personnel de ne jamais répondre aux enquêtes.
- La préférence d'un questionnaire papier ou téléphonique, ou tout simplement l'absence d'adresse e-mail.
- Le désintérêt pour le sujet traité.

La qualification « obligatoire » de toutes les réponses grâce au logiciel Google Drive® a permis d'éviter un biais de réponses obtenues partiellement au questionnaire. En effet, en cas de non réponse, les participants ne pouvaient pas accéder aux questions suivantes, imposant donc une réponse systématique à tous les items du questionnaire.

- Biais de mémorisation

Certaines questions font appel à la mémoire des praticiens, quant à la fréquence, le contexte ou l'efficacité de leurs prescriptions homéopathiques. Notre enquête a été réalisée dans un but de découverte de l'opinion des médecins généralistes et non d'une analyse stricte des pratiques dans ce domaine. C'est pourquoi les questions portaient sur leur appréciation globale de ces prescriptions dans ce domaine, durant la totalité de leur exercice, et non sur une période donnée.

- Biais d'observation

La mise en place d'une étude informatisée avec un recueil de données par Google Drive® a permis d'éviter toute erreur lors de la saisie des résultats et du traitement statistique des données. De plus les réponses horodatées nous ont permis de vérifier l'absence de doublon de réponses d'un même participant.

B- REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

1/ Critères importants : âge et sexe

La représentativité de notre échantillon a été analysée en le comparant à la démographie médicale du Poitou-Charentes et en se basant sur deux critères importants : l'âge et le sexe.

41% de femmes représentent l'échantillon de notre étude, ce qui est très proche de la proportion départementale.

La moyenne d'âge des médecins généralistes interrogés est de 43,3 ans, soit une population légèrement plus jeune que la moyenne des médecins généralistes de la Vienne (50 ans). Il est possible que des praticiens plus jeunes peuvent être moins ancrés dans leur pratique, et donc plus sensibilisés à l'envie des patients d'une médecine plus « naturelle ». Rappelons aussi que parmi les médecins sollicités pour les enquêtes d'opinion, ceux qui prennent le temps de répondre sont évidemment ceux qui se sentent le plus concernés par le sujet. Le pourcentage élevé de médecins remplaçants, 33% contre une moyenne régionale de 3,1% (toutes spécialités confondues), peut également expliquer la moyenne d'âge de notre panel. Il semble probable que les médecins plus récemment formés se soient sentis plus impliqués dans notre étude portant sur l'enseignement médical.

2/ Taux de participation

Le taux de participation de 27,8% à notre enquête et la taille de notre échantillon permettent de penser que nous sommes face à un échantillon représentatif pour évaluer les pratiques médicales du département. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs comme :

- La méthode : un questionnaire envoyé par courrier électronique, avec une majorité de questions fermées a permis une facilité et une rapidité de réponse et a minimisé la disponibilité nécessaire.
- L'assurance de l'anonymat : a favorisé la confiance des médecins interrogés et donc la sincérité de réponses quant à leur pratique réelle.
- L'intérêt pour le sujet : la remise en question récente de certains traitements allopathiques quant à leurs effets secondaires a probablement majoré l'intérêt suscité pour les médecines non conventionnelles.
- Avoir un retour de l'étude et du travail de thèse a également contribué à motiver certains confrères.

La représentativité de notre échantillon a pu être validée par le test statistique du Khi deux à un degré de liberté. Les critères âge et sexe ont été retenus et analysés, permettant de retrouver une valeur au test de 3,32, inférieure à la valeur critique de 3,841 pour un p égal à 0.05. Par conséquent, nous pouvons conclure, grâce aux critères étudiés et au nombre de réponses obtenues, que notre échantillon est bien représentatif de la région Poitou-Charentes.

C- QUESTIONNAIRE A : PROFIL DE NOTRE PANEL ET ATTITUDE FACE A L'HOMÉOPATHIE

1/ Représentativité de notre échantillon

L'âge moyen de notre groupe est de 43,2 ans tandis que la moyenne d'âge des médecins généralistes de la Vienne est de 50 ans. Cet écart peut être expliqué par le nombre important de médecins remplaçants composant notre échantillon (33%) dont l'âge moyen est de 32,4 ans. En effet l'atlas démographique du CNOM du Poitou-Charentes en 2011 montre que 36% des médecins nouvellement inscrits au Conseil de l'Ordre exercent en tant que remplaçants. Les jeunes médecins généralistes, récemment formés et majoritairement remplaçants, se sont donc certainement sentis plus concernés par notre sujet.

La proportion de femmes de 41% dans notre échantillon est quasiment similaire à la démographie médicale départementale (42%). Le mode d'exercice prépondérant est le milieu semi rural (48%).

2/ Acquisition et évaluation des connaissances en homéopathie

64% des médecins de notre groupe déclarent n'avoir aucune connaissance sur l'homéopathie, ce qui paraît tout à fait cohérent du fait de l'absence de formation dans ce domaine au cours du cursus de médecine générale. Rappelons que les médecins ayant suivi une formation complémentaire universitaire dans ce domaine étaient exclus de notre étude. Nous avons en effet souhaité axer cette enquête sur les prescriptions de traitements homéopathiques par les médecins non formés dans ce domaine. Notre but était de souligner un paradoxe existant : comment prescrire un traitement que l'on ne connaît pas et pourquoi ? L'objectif n'étant pas d'émettre un jugement sur ces pratiques mais plutôt d'identifier un besoin potentiel, une demande de compétence, de la part des médecins face à leur sollicitation de plus en plus importante par les patients.

Au contraire 36% des médecins participants estiment avoir quelques connaissances, majoritairement par recherches personnelles effectuées sur le sujet (32%), Formation Médicale Continue durant leur exercice (16%) ou revues scientifiques (5%). Nous pouvons donc relever qu'une majorité de médecins s'est autoformée par l'intermédiaire de recherches personnelles, revues médicales ou expérience acquise au cours de leur pratique. Notons également que le rôle des visiteurs médicaux n'est pas négligeable, ils auraient permis d'en informer 21%.

Parmi notre panel de médecin, un homme de 52 ans installé en milieu urbain, a précisé avoir reçu un enseignement théorique universitaire. Ce praticien prescrit des traitements homéopathiques tous les jours, il les juge efficaces, et est en faveur d'une formation universitaire obligatoire. Selon nos recherches auprès de plusieurs facultés de médecine et du SNMHF, l'enseignement universitaire actuel ne prévoit pas d'initiation particulière obligatoire pour l'homéopathie ou toute autre médecine complémentaire. La formation homéopathique initiale est uniquement facultative et se déroule le plus souvent sous forme de DU, en parallèle de l'enseignement médical obligatoire. Il paraît donc surprenant que ce praticien ait reçu un enseignement universitaire théorique. Compte tenu de son âge (52 ans), il pourrait être possible que l'enseignement obligatoire ait évolué depuis sa formation théorique ou tout simplement il pourrait s'agir là d'un biais de sélection. Une mauvaise compréhension des critères d'inclusion à notre étude aurait pu en effet conduire ce médecin, formé par l'intermédiaire d'un DU optionnel, à répondre à notre questionnaire.

Il nous a paru important de souligner que parmi les 36% d'omnipraticiens affirmant avoir des connaissances dans le domaine de l'homéopathie, la moitié d'entre eux n'ont pas notion de diathèses ou de loi de similitude. Ce sont deux principes fondamentaux de l'homéopathie : la loi de similitude en est le fondement même, et l'appréhension des diathèses permet la compréhension du principe de prescription. Cela peut donc paraître étonnant que 18% des médecins, estiment avoir quelque compétence ou tout du moins des connaissances, dans ce domaine sans se préoccuper de principes essentiels.

Par ailleurs 147 médecins sur les 170 interrogés, soit 86%, ont déjà au moins une fois prescrit des traitements homéopathiques au cours de leur exercice. Sur la totalité de notre panel, 108 praticiens, soit 64%, avouent ne pas avoir de connaissances particulières dans ce domaine, y compris 22 des 23 médecins n'ayant jamais utilisé ce type de traitements dans leur pratique. Cette donnée nous permet donc de mettre en lumière un paradoxe dans le fait que parmi les 147 médecins prescripteurs, 86 soit 59% l'ont fait en avouant ne posséder aucun savoir ni compétence particulière.

Plus de la moitié des médecins ayant déjà prescrit des traitements homéopathiques reconnaissent donc qu'ils n'ont aucune connaissance dans ce domaine. Nous pourrions de plus ajouter à ces 86 médecins, les 31 praticiens estimant disposer de connaissances dans le domaine sans avoir réellement appréhendé les bases de l'homéopathie telles que la loi de similitude et les diathèses. Ce chiffre s'élèverait ainsi à 117, soit 80% des médecins prescripteurs de traitements homéopathiques avouant, ou non, ignorer les principes fondamentaux à la prescription de traitements homéopathiques.

Le suivi d'une formation complémentaire reconnue en dehors du cursus de médecine générale étant un critère d'exclusion de notre étude, il n'est donc pas surprenant de constater que les praticiens de notre échantillon ne sont pas formés à ces prescriptions. Notre travail était volontairement ciblé sur les médecins n'ayant aucune compétence particulière dans ce domaine. Il avait pour but de souligner que ces médecins utilisaient fréquemment ces traitements, sans pour autant effectuer une démarche personnelle de culture médicale ou d'acquisition des principes de bases.

Notons que parmi les 23 médecins à n'avoir jamais prescrit de traitements homéopathiques, un praticien possède des connaissances dans ce domaine, y compris sur la loi de similitude. Il s'agit d'un homme de 65 ans, installé en milieu semi rural, ayant effectué des recherches personnelles sur le sujet.

D- QUESTIONNAIRE B : LES MEDECINS PRESCRIPTEURS

1/ Profil des médecins prescripteurs

147 médecins sur 170, soit 86%, ont déjà prescrit au moins une fois au cours de leur pratique des traitements homéopathiques. Ce groupe est composé de 46% de femmes et de 54% d'hommes, dont la moyenne d'âge est de 41,9 ans. La proportion de femmes à prescrire ce type de traitements est légèrement supérieure à celle de notre échantillon (41%) et la moyenne d'âge sensiblement la même. Les médecins remplaçants représentent 37% de ce groupe, ce qui est légèrement supérieur à notre échantillon total (33%), mais précisons que parmi la totalité des médecins remplaçants, 96% ont déjà prescrit au cours de leur pratique des traitements homéopathiques. En ce qui concerne le lieu d'exercice, il est sensiblement comparable à notre échantillon total avec là encore une majorité exerçant en milieu semi-rural (48%).

Quoiqu'il en soit notre étude montre qu'il n'y pas de profil type du médecin prescripteur de traitements homéopathiques telles que le supposeraient certaines idées reçues. L'homéopathie ne concerne donc pas uniquement des praticiens plutôt urbains et typiquement féminins et jeunes.

2/ Caractéristiques des traitements prescrits

La moitié des médecins utilisent l'homéopathie plusieurs fois par mois et 41% la prescrivent moins d'une fois par mois. Cette utilisation, plurimensuelle, est tout de même courante. Ces traitements sont utilisés par 69% des praticiens pour des pathologies aiguës et chroniques. Les traitements les plus largement prescrits sont Influenzinum, Arnica et Chamomilla. Le fait qu'Influenzinum soit le premier cité par les praticiens peut être expliqué par la saison durant laquelle notre étude a été menée, c'est-à-dire principalement du 4 décembre au 18 janvier. En effet c'est un traitement préventif de la grippe et cette prescription hivernale a pu être très présente à l'esprit de notre panel de médecins interrogés, au moment de notre enquête. Étonnamment Oscilloccinum ou L52 qui est un traitement, non pas préventif, mais curatif de l'état grippal, n'arrive qu'en dernière position. Il n'est pas surprenant de constater qu'Arnica et Chamomilla soient également fréquemment prescrits, ce sont des prescriptions majeures en pédiatrie. L'homéopathie, du fait de son innocuité attire beaucoup dans ce domaine particulier.

3/ Motifs de ces prescriptions

Ces prescriptions sont en premier lieu réalisées à la demande du patient (dans 34% des cas), ce qui corrobore les données de la littérature sur le recours aux médecines complémentaires de plus en plus fréquent, soit au minimum un patient sur trois voire un sur deux. En second lieu 28% des prescriptions sont effectuées afin de renouveler un traitement initié par un confrère homéopathe. Nous pouvons par conséquent souligner que dans plus de la moitié des cas (62%), le médecin n'est pas réellement « maître » ou tout du moins initiateur de ce type de traitements. Seulement 21% des omnipraticiens ont été volontairement initiateur de cette prescription afin de traiter une pathologie donnée. L'effet placebo était recherché par 15% du reste de notre groupe, ce qui prouve qu'une partie des médecins interrogés est convaincue de l'inefficacité des traitements homéopathiques.

Parmi les médecins qui prescrivent ce type de traitements en reconnaissant ne pas posséder de connaissances spécifiques, les motifs prépondérants de prescriptions sont la demande du patient pour 79% d'entre eux et le renouvellement d'un traitement habituel pour 66%. Les motifs de prescriptions pouvant être multiples, nous constatons des pourcentages supérieurs à 100. Il n'est pas surprenant d'établir un lien entre l'absence de compétence en homéopathie et un motif de prescription en rapport avec un tiers, que ce soit le patient ou un confrère homéopathe. En effet un praticien informé ou formé, souhaitera probablement prendre une part plus active à la prescription.

4/ Efficacité des traitements prescrits

Rappelons que nous nous situons ici d'un point de vue uniquement subjectif de la part du médecin prescripteur, selon son ressenti, sa perception globale, et non sur des résultats scientifiques. Rappporter l'efficacité objectivée des traitements homéopathiques n'est pas le sujet de notre travail. Pour un peu moins de la moitié des médecins interrogés soit 42%, l'avis est mitigé, du fait d'une utilisation conjointe à l'allopathie et/ou d'un biais causé par l'effet placebo. Cependant 35% ont été témoins d'une certaine efficacité de ces traitements. Seulement 15% ont peu ou pas constaté d'efficacité.

Au total la majorité des médecins interrogés ont expérimenté une certaine efficacité de leurs prescriptions, qu'elles soient complémentaires, ou non, des traitements conventionnels. La part de l'effet placebo est difficilement identifiable, et dans tous les cas que ce soit en allopathie ou homéopathie, l'effet placebo existe.

E- QUESTIONNAIRE C : LES MEDECINS NON PRESCRIPTEURS

1/ Profil des médecins non prescripteurs

Ce groupe est majoritairement masculin (87%), d'une moyenne d'âge de 51,7 ans, comparable à la moyenne régionale, exerçant principalement en milieu semi-rural (43%) ou

urbain (39%). 91% de ces médecins sont installés, et seulement 9% sont remplaçants. Nous pouvons donc constater qu'un profil particulier se dessine dans notre panel pour les praticiens qui ne prescrivent jamais de traitements homéopathiques. Il s'agit d'un homme, plus âgé que la moyenne, installé en milieu urbain ou semi-urbain.

2/ Les freins à ce type de prescriptions

L'entrave majeure à la prescription de traitements homéopathiques, retenue par 48%, est la conviction personnelle d'une absence d'efficacité, en lien direct avec le défaut d'études prouvant scientifiquement son action, pour 9% des participants. C'est actuellement la source même du conflit opposant les détracteurs de l'homéopathie à ses partisans, comme nous l'avons vu précédemment. Cette problématique reste actuellement sans issue et toujours controversée, du fait d'un manque de rigueur méthodologique pour les uns et du concept d'individualisation du patient incompatible avec des essais randomisés réalisés en double aveugle pour les autres.

Notre travail n'a pas pour vocation de répondre à ce questionnaire, mais plutôt de soulever un autre type de problématique. En effet le deuxième facteur limitant, soit pour 26% de ces médecins, est le manque de formation et/ou d'information dans ce domaine. Rappelons que l'enseignement abordant l'homéopathie n'est à ce jour pas obligatoire durant le cursus de médecine générale, pourtant la prescription de traitements homéopathiques est ouverte à tous les médecins généralistes. Nous avons par conséquent voulu identifier un potentiel besoin exprimé par ces 26% de praticiens dont le frein majeur à la prescription est l'absence de formation.

9% des omnipraticiens ont précisé qu'ils n'avaient pas spécifiquement trouvé d'indication dans leur pratique quotidienne, ce qui peut paraître relativement étonnant du fait d'un large panel d'indications et donc de possibilités thérapeutiques spécifiques homéopathiques.

Soulignons également qu'un seul praticien redoute les effets indésirables et les possibles interactions médicamenteuses. Il est vrai que peu d'études traitent des effets indésirables des médecines complémentaires et alternatives, cependant les essais répertoriés ne relatent pas d'effets secondaires particuliers. En outre la garantie d'innocuité et de qualité sont nécessaires et indispensables à l'obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché ou tout au moins d'un Enregistrement Homéopathique Individuel auprès de l'ANSM.

Enfin 4% des médecins considèrent que ce type de prescriptions ne relève pas de la pratique du médecin généraliste. Pourtant un médecin homéopathe est un médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique.

3/ Facteurs favorisant la réforme de ces pratiques

Nous nous sommes ensuite intéressés aux éléments pouvant possiblement susciter un intérêt envers l'homéopathie. Le premier facteur qui favoriserait la prescription de ce type de traitements, pour 48% des médecins interrogés, est la preuve de l'efficacité. L'absence de preuve scientifique, et par conséquent la conviction personnelle d'inaction, étant également les premières causes de non-prescription retenues, par 57% des praticiens, cela paraît tout à fait cohérent. Le deuxième facteur favorisant serait une formation complémentaire intégrée à la formation initiale de médecine générale, pour 12% des médecins. Nous pouvons faire le parallèle avec le manque d'information et de formation qui est également la deuxième cause de non prescription de traitements homéopathiques, rapportée par 26% des répondants. Viennent ensuite la simple demande du patient, puis une expérience personnelle positive.

Soulignons tout de même que pour 28% des médecins n'ayant jamais prescrit de traitements homéopathiques, aucun élément ne les encouragerait à changer de pratique dans ce domaine, y compris la preuve scientifiquement reconnue de l'homéopathie.

Les visiteurs médicaux n'ont quant à eux pas de rôle contributif dans la modification des pratiques, puisque aucun médecin interrogé n'a retenu cet élément. Cependant comme nous l'avons vu précédemment 21% des praticiens prescrivant des traitements homéopathiques, se disent informés par ce biais. Le rôle des visiteurs médicaux, inexistant pour les médecins réticents aux traitements homéopathiques, est à l'inverse non négligeable pour les médecins prescripteurs.

Au total le profil du médecin non prescripteur de notre échantillon est un homme plus âgé que la moyenne, installé en milieu semi-urbain ou urbain, qui ne prescrit pas d'homéopathie par conviction personnelle. Confronté à la preuve scientifique de l'efficacité de ces traitements il pourrait changer sa pratique, mais considère l'homéopathie comme un placebo pour le moment, et est contre l'idée d'une formation durant le cursus médical.

F- PERCEPTION GLOBALE DE L'HOMÉOPATHIE ET FORMATION

1/ Appréciation générale de l'homéopathie

Au final, les médecins de notre échantillon, ont une vision globale de l'homéopathie majoritairement positive. En effet trois représentations se distinguent : la première, perçue par 28% de notre panel, est celle d'une thérapeutique intéressante du fait de l'absence d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. La deuxième, soulignée par 23% des médecins interrogés, est en faveur d'une utilisation conjointe aux traitements allopathiques et la troisième, pour 22% des praticiens, favorise l'homéopathie en tant qu'alternative en cas d'impasse thérapeutique ou d'inefficacité des traitements conventionnels.

Au contraire 14% des médecins considèrent que c'est uniquement un traitement placebo et 11% un traitement de complaisance pour le patient.

2/ Evaluation de la pertinence d'une formation spécifique

La perspective d'une formation complémentaire concernant l'homéopathie intégrée au cursus de médecine générale est retenue favorablement par plus de la moitié des médecins, soit 62%. Les médecins partisans d'une formation élémentaire obligatoire n'ont pas de profil particulier quant à notre échantillon initial. Ils sont représentés par 53 femmes et 52 hommes d'une moyenne d'âge de 42,9 ans, et 35% d'entre eux sont des remplaçants. Précisons tout de même que 92% des praticiens en faveur d'une formation sont également des prescripteurs de traitements homéopathiques. 66% des remplaçants et 60% des médecins installés sont en faveur d'un enseignement spécifique inclus au programme universitaire. Les médecins remplaçants, dont l'initiation est plus récente et l'expérience moins importante, sont probablement plus confrontés à d'éventuelles faiblesses de leur formation. Par conséquent il est possible qu'ils soient plus réceptifs à l'idée d'un apprentissage complémentaire.

Les arguments en faveur ou à l'encontre d'une formation obligatoire, sont nombreux et variés.

Nous pouvons faire un parallèle entre le raisonnement des partisans d'une formation élémentaire obligatoire et la vision globale de l'homéopathie. En effet l'argument premier est que l'homéopathie présente un intérêt réel en médecine générale du fait de son innocuité. Elle apparaît donc comme un traitement de choix pour certaines catégories de patients (femmes enceintes, personnes âgées, enfants...) pour lesquels la médecine traditionnelle est vite limitée ou potentiellement invasive. Elle pourrait de ce fait être une très bonne alternative, ou tout au moins un complément de la médecine allopathique, et répondrait à une demande réelle et croissante de la part des patients.

Comme nous l'avons vu précédemment l'homéopathie est fréquemment prescrite (dans notre étude, 86% des praticiens interrogés sont prescripteurs), mais souvent à l'aveugle par des médecins qui n'ont pas reçu de formation ni n'ont acquis une certaine compétence. En effet 59% des médecins de notre panel ont avoué ne posséder aucune connaissance particulière dans le domaine, issue d'une démarche personnelle ou non.

Si certains praticiens considèrent ce type de traitements comme un placebo et ne sont donc pas intéressés outre mesure par une formation même élémentaire dans ce domaine, nous pouvons tout de même souligner l'émergence d'un nombre non négligeable de médecins qui souhaiteraient améliorer leurs connaissances sur le sujet. Le but de ces derniers est divers.

En premier lieu la majorité exprime la volonté d'approfondir leur culture médicale, parfois simplement à titre informatif. L'objectif de pouvoir se construire un avis impartial sur cette médecine tant décriée, est souvent retenu, pour ainsi avoir la capacité de fournir des informations pertinentes sur le sujet à leurs patients, qu'elles soient positives ou négatives. S'intéresser à l'automédication de leurs patients est également un argument. Dans la littérature, plusieurs études démontrent des lacunes de communication entre le médecin et son patient au sujet des médecines complémentaires. Celles-ci pourraient être notamment expliquées par l'absence d'information du praticien lui-même, qui par conséquent n'est pas l'initiateur de l'échange.

Environ un patient sur trois a recours à ce type de traitement sans en informer son médecin traitant, que cela s'inscrive dans une démarche d'autonomisation, ou tout simplement par l'appréhension de la réaction de leur praticien. C'est pourquoi malgré leur possible scepticisme, il semble important que les médecins favorisent un climat de confiance dans les consultations, afin que les patients intéressés se sentent capables de discuter de l'homéopathie. Particulièrement dans l'ère de la médecine centrée sur le patient où le choix est un mot d'ordre essentiel. Il apparaît par conséquent nécessaire que les praticiens s'investissent dans cette problématique afin d'optimiser la relation médecin-patient.

En second lieu, une grande partie des médecins interrogés aspirent clairement à l'acquisition d'une compétence, afin de pouvoir optimiser l'efficacité de ces traitements, en effet rappelons que 86% des médecins non formés à l'homéopathie sont tout de même prescripteurs. La perspective d'années d'enseignement supplémentaires (DIU ou FMC) dans un cursus déjà relativement long, peut en effet décourager des praticiens. Certains souhaitent effectivement approfondir leurs connaissances dans ce domaine sans toutefois trop s'y investir. De plus la tendance à maîtriser leurs prescriptions, sans simplement renouveler des traitements initiés par un confrère ou demandés par un patient, est également importante, permettant ainsi, de conserver une certaine crédibilité. Effectivement comme nous l'avons vu précédemment, 34% des prescriptions sont faites à la demande du patient et 28% en tant que renouvellement. Soulignons également que l'absence de formation et d'information est la principale entrave à la prescription de ce type de traitement pour 26% des médecins.

Parmi les partisans d'une formation intégrée au cursus universitaire, 8% n'ont jamais prescrit de traitements homéopathiques durant leur exercice. Ces praticiens non-prescripteurs encouragent l'approfondissement des connaissances dans ce domaine pour améliorer la prise en charge du patient, et souhaiteraient être mieux informés afin de se construire un avis objectif.

En outre, le frein majeur à l'approbation d'une formation élémentaire obligatoire, pour les détracteurs de l'homéopathie, est le même que l'absence de prescription, c'est-à-dire le défaut de preuve d'efficacité reconnue par des essais cliniques. En effet l'apprentissage actuel de la médecine se basant presque exclusivement sur l'EBM et la recherche de la preuve scientifique, l'homéopathie ne fait à ce jour pas partie des recommandations de l'HAS. Elle ne suscite, de ce fait, pas l'intérêt des instances supérieures pour la mise en place d'une formation obligatoire durant le cursus de médecine générale. Ensuite certains des médecins de notre échantillon reconnaissent aisément que d'autres formations nécessaires à la pratique de la médecine générale, sont prioritaires à l'homéopathie. Cette dernière doit rester, selon eux, du domaine de la démarche personnelle volontaire.

L'argument de l'effet placebo est également retrouvé, en effet 14% des praticiens de notre panel considèrent l'homéopathie comme un placebo et 11% comme un traitement de complaisance. Il n'est donc pas étonnant de constater que le 3^e argument à l'opposition d'une formation, est qu'il n'est nullement nécessaire de suivre une formation pour pratiquer de la « placebo-thérapie ».

Enfin certains praticiens soulignent la peur d'une surmédicalisation inutile et néfaste au patient, conforté à la fois dans l'illusion de toute puissance d'un médicament et dans le déni de troubles psychosomatiques potentiels. Un retard de prise en charge diagnostique et thérapeutique de certaines pathologies du fait d'un traitement homéopathique en cours, conduisent une minorité de médecins à ne pas être en faveur d'une formation.

CONCLUSION

Notre travail met en lumière que plus de huit médecins généralistes, sans qualification d'homéopathe, sur dix sont amenés à prescrire de l'homéopathie dans la Vienne. Plus de la moitié des médecins prescripteurs reconnaissent ne pas avoir de connaissances spécifiques dans le domaine et 80% ignorent les principes fondamentaux de prescriptions. Le recours à ce type de thérapeutiques étant courant, le manque de connaissances et d'informations dans ce domaine peut être une problématique.

La demande du patient et le renouvellement des traitements usuels sont les motifs prédominants de prescriptions. Ceci traduit une envie marquée de la part des patients de se tourner vers les médecines complémentaires.

Le frein majeur aux prescriptions de médicaments homéopathiques est le manque de preuves scientifiques reconnues de leur efficacité, ce qui est l'origine même de la controverse. De ce fait prouver l'efficacité et reconnaître le mécanisme d'action de l'homéopathie conduiraient les médecins à changer leur pratique. Toutefois débattre de l'efficacité ou non de l'homéopathie n'était pas l'objectif de notre étude. Notre travail permet principalement de mettre en évidence que l'absence de formation et/ou d'informations est le deuxième facteur limitant ces prescriptions, soit pour un quart des médecins.

En étudiant les attentes des médecins et en soulevant la question d'une formation élémentaire, nous avons pu révéler que 62% des praticiens (dont 8% de non-prescripteurs), étaient en faveur d'un apprentissage obligatoire intégré à l'enseignement universitaire. La majorité des médecins souhaiterait approfondir sa culture médicale afin de se construire un avis impartial sur l'homéopathie mais aussi être en mesure de fournir des informations objectives et pertinentes au patient. Certains praticiens veulent, par cette démarche, s'investir dans l'amélioration de la communication médecin-patient. La volonté d'acquisition d'une compétence dans ce domaine est également très marquée.

L'absence de preuves scientifiques de l'efficacité des traitements homéopathiques est évidemment un frein à la demande et la mise en place d'une formation obligatoire. Néanmoins l'acquisition de connaissances élémentaires est un souhait affirmé par plus de la moitié des médecins interrogés. En dépit de la prudence et du scepticisme de certains médecins au sujet de l'homéopathie, améliorer la formation dans ce domaine pourrait permettre de mieux appréhender l'automédication des patients et favoriser ainsi la relation de confiance du médecin avec son patient.

En 2002 l'Organisation Mondiale de la Santé, dans son rapport concernant la stratégie pour la médecine traditionnelle, recommande l'intégration des médecines complémentaires et alternatives au sein des systèmes de santé nationaux. Ses objectifs étaient de promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de celles-ci tout en développant une stratégie concernant la formation et l'éducation. En effet cette directive souligne l'importance que « les qualifications et formations des thérapeutes de médecine traditionnelle soient adéquates » et que « les tradipraticiens et les allopathes comprennent et apprécient la complémentarité des types de soins de santé que chacun propose ».

Des universités de plusieurs pays comme le Brésil, le Royaume Uni, les Etats Unis et le Canada ont déjà intégré un programme spécifique d'enseignement sur les médecines alternatives et complémentaires au sein des premiers cycles d'études médicales.

Une réflexion nouvelle sur l'enseignement de l'homéopathie semble souhaitable afin de garantir un minimum de formation aux futurs médecins généralistes, dont plus de 80% seront confrontés au moins une fois à ce type de prescriptions dans la Vienne.

ANNEXE 1: Courrier électronique envoyé aux médecins

Melle RICOULLEAU Violaine

24 bvd Saint Just

86000 POITIERS

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude sur les prescriptions homéopathiques par les **médecins généralistes non homéopathes**, exerçant dans le département de la Vienne. Je souhaite évaluer la fréquence et la raison de ces prescriptions afin d'éventuellement parfaire la formation des futurs médecins généralistes dans ce domaine.

Pour effectuer ce travail universitaire, je me permets de solliciter votre concours et vous adresse un questionnaire anonyme. Le temps de réponse est inférieur à 5 minutes et je vous remercie par avance de bien vouloir m'accorder un peu de temps pour y répondre, en cliquant sur le lien ci-dessous.

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dHF0NDVINkdmUktsT1pFN25aSVBJZ1E6MQ>

Les résultats de cette enquête seront publiés sur le site du Département de Médecine Générale de la faculté de Poitiers. Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous remercie de votre attention et de vos réponses et vous prie de croire en l'assurance de mes salutations les meilleures.

Bien confraternellement,

Violaine RICOULLEAU

ANNEXE 2: Questionnaire A

Début du questionnaire

Etes-vous ?

- une femme
- un homme

Quel est votre âge ?

Quel est votre mode d'exercice ?

- Médecin installé en cabinet ou collaborateur
- Médecin remplaçant

Exercez-vous principalement ?

- En milieu rural
- En milieu semi rural
- En milieu urbain

Possédez-vous quelques connaissances en homéopathie ?

- Oui
- Non

Avez-vous la notion de la loi de similitude et des diathèses ?

- Oui
- Non

Comment avez-vous pris connaissance de ces informations ?

- Visiteurs médicaux
- Cours théoriques à la faculté
- Formation Médicale Continue durant votre exercice
- Revues scientifiques ou médicales
- Recherches personnelles ou livres spécifiques
- Autre

Avez-vous déjà prescrit un traitement homéopathique ?

- Oui
- Non

Fin du questionnaire

Au final, que pensez-vous de l'homéopathie ? (plusieurs choix possibles)

- C'est une alternative en cas d'impasse thérapeutique ou inefficacité de l'allopathie
- L'absence d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications en fait une thérapeutique intéressante
- Vous êtes en faveur d'une utilisation conjointe à l'allopathie
- Ces traitements ont seulement le rôle de placebo
- Ce sont des prescriptions de complaisance pour les patients
- Autre

Pensez-vous qu'une formation élémentaire sur l'homéopathie serait utile pendant le cursus de médecine générale ?

- Oui
- Non

Dans les deux cas, merci de préciser pourquoi.

ANNEXE 3: Questionnaire B : Vous avez déjà prescrit un traitement homéopathique.

Quelle est la fréquence de ces prescriptions ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par mois
- Moins d'une fois par mois

Diriez-vous que vos prescriptions homéopathiques concernent plutôt :

- Des pathologies uniquement aiguës
- Des pathologies aiguës et chroniques

Pourquoi avez-vous prescrit ces traitements ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous avez jugé ce traitement adapté
- A la demande du patient
- Renouvellement d'un traitement initié par un confrère homéopathe
- Recherche de l'effet placebo
- Autre

Quel(s) traitement(s) utilisez-vous le plus couramment ? (plusieurs choix possibles)

- Arnica
- Hamamélis
- Influenzinum
- Chamomilla
- Passiflora
- Contre les états grippaux type L52® ou oscillococcinum®
- Contre l'anxiété type sédatif pc® ou biomag®

Globalement vous diriez que ce type de traitement :

- A le plus souvent été efficace
- A le plus souvent été peu efficace
- A le plus souvent été inefficace (aucune amélioration constatée par vous-même ou le patient)
- Avis mitigé : bonne amélioration mais conjointement à un traitement allopathique et/ou effet placebo
- Autre

ANNEXE 4: Questionnaire C : Vous n'avez jamais prescrit de traitement homéopathique.

Pourquoi n'avoir jamais prescrit de traitement homéopathique ?

- Par manque d'information et/ou de formation
- Par conviction personnelle, vous pensez que c'est inefficace
- Par peur des effets secondaires, interactions médicamenteuses ou contre-indications
- Selon vous, cela ne rentre pas dans la pratique du médecin généraliste
- Autre

Quel facteur pourrait vous amener à prescrire ce type de traitement ? (plusieurs réponses possibles)

- Cours théoriques ou formation pendant votre cursus
- Informations par visiteurs médicaux
- La preuve de l'efficacité de l'homéopathie rapportée par des revues médicales ou articles scientifiques
- La demande d'un patient
- Votre expérience personnelle
- Autre

BIBLIOGRAPHIE

1. Zhang, X. 2000. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/ consulté le 29 juillet 2013.
2. Bach, S., Piotton, S., Vilarino, R, Waelti, F. Les médecines parallèles. 2006. http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2005_2006/travaux/06_r_medecines_paralleles.pdf consulté le 17 décembre 2012.
3. Lannoye, P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles. 1997. Site du Parlement Européen. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR> consulté le 27 septembre 2012.
4. Drauge, P. 2009. « Introduction à l'homéopathie », DIU homéopathie, Faculté de médecine de Poitiers.
5. Gassin, F. 2008. *L'homéopathie à la française, repères historiques 1830-1915*.
6. Tétau, M. 2008. *Hahnemann : aux confins du génie*, éditions Similia.
7. Demarque, D. 1968. *L'Homéopathie, médecine de l'expérience*.
8. Drauge, P. 2009. « Homéopathie : historique, définition et principes fondamentaux », DIU homéopathie, Faculté de médecine de Poitiers.
9. Armand, H. 2009. « L'homéopathie », DIU homéopathie, Faculté de médecine de Poitiers.
10. « Homéopathie. principes et définitions » - Revue Prescrire. 1985 ; 5 (41) : 40-41.
11. Drauge, P. 2009. « Les diathèses homéopathiques », DIU homéopathie, Faculté de médecine de Poitiers.
12. Lebatard-Sartre, Chassort, Colson, Haefeli, Monier, Mozar. « Rapport de la Commission d'étude sur l'homéopathie ». *L'Homéopathie européenne*. 1998, vol. 7, n°5, pp. 7-21. www.surcat.inist.fr consulté le 24 décembre 2012.
13. Site de l'Assurance Maladie. « Relevé et taux de remboursement ». <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php> consulté le 3 janvier 2013.
14. « Médicaments et environnement ». Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie. 2008. Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1992-2002 - 4ème édition - Mai 2004 – Afssaps.

http://www.acadpharm.org/dos_public/1_Rapport_Med_Env_version_JMH_def_JPC.pdf consulté le 17 décembre 2012.

15. Site du SNMHF Syndicat National des Médecins Homéopathes Français. www.snmhf.net/, consulté le 24 novembre 2012.
16. Linde K, Hondras M, Vickers A, Riet G, Melchart, D. Systematic reviews of complementary therapies - an annotated bibliography. Part 3: homeopathy. *BMC Compl Alt Med*. 2001.1-4.
17. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homoeopathy. *BMJ* 1991;302:316-23.
18. Utard, G. 2011. Evidence-Based Medicine, La médecine fondée sur les preuves : Bibliothèque Interuniversitaire de Santé – Paris – Pôle Médecine / Odontologie. http://www.biusante.parisdescartes.fr/medecine/formation/EBMBIUSante_janv2011.pdf consulté le 22 janvier 2013.
19. Sackett, D. 1996. Evidence-based Medicine - What it is and what it isn't. http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp 1996 consulté le 23 janvier 2013.
20. Rabouan, S. 2010. « La matière », DIU homéopathie, Faculté de médecine de Poitiers.
21. « La Memoire de l'eau, affaire Benveniste, INSERM », Science et vie. 1989. N°864, p. 58.
22. Larousserie, D. 2003. « Eau, mystères en cascade », Thermoluminescence de l'eau, Sciences et avenir, n°680, pp. 82-84.
23. Montagnier, L. ; Jamal, A. ; Ferris, S. ; Montagnier, J.L. ; Lavallée, C. Electromagnetic Signals Are Produced by Aqueous Nanostructures Derived from Bacterial DNA Sequences - *Interdiscip Sci Comput Life Sci* (2009) 1: 81–90.
24. Belon P, Cumps J, Ennis M, Mannaioni PF, Sainte-Laudy J, Roberfroid M, et al. Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: results of a European multi-centre trial. *Inflamm Res* 1999;48(suppl 1):S17-8
25. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997;350:834-43
26. Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH, McSharry C, Aitchison TC. Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *BMJ*. 2000.19-26; 321(7259):471-6.
27. Ferly P. et al. 1989. A controlled trial of a homeopathic preparation in the treatment of influenza-like syndrome. *Br. J. Clin. Pharmacol*. 1989; 29, 329-35.

28. Reilly, D.; Taylor, M.; Sharri, C.; Aitchison, T. Homoeopathy a placebo response ? Controlled trial of homoeopathic potency with pollen in hayfever as model. *The Lancet*, 1986, October 18, 881-886.
29. Fisher, P.; Greenwood, A.; Huskisson, E.; Turner, P.; Belon, P. Homeopathic treatment of primary fibromyalgy: as regards of two clinic essays in double blind. *Homeopath.fr*; 1991. 79(4):15-22.
30. Barnes J, Resch KL, Ernst E. Homeopathy for postoperative ileus? A meta-analysis. *J Clin Gastroenterol*. 1997 Dec; 25(4):628-33.
31. Witt CM, Lüdtkke R, Willich SN: Homeopathic treatment of patients with psoriasis--a prospective observational study with 2 years follow-up. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009, 23(5):538-43.
32. Schellenberg, R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ*. 2001 Jan 20; 322(7279):134-7.
33. Lewith, G.; Wayne, B.J.; Walach, H. Clinical research in complementary therapies, principles, problems and solutions. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St-Louis, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone; 2002.
34. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Juni P, Dörig S, Sterne JA, Pewsner D, Egger M. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet*. 2005 Aug 27-Sep 2;366(9487):726-32.
35. Lüdtkke R, Rutten AL, « *The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials* », *J Clin Epidemiol*, vol. 61, n° 12, décembre 2008, p. 1197–204.
36. Ammar, N.; Quain, Y.; Trolliet, C.; Van Houten, D.; Weitsch, S. L'Evidence-Based Medicine a-t-elle sa place dans les médecines complémentaires? *Primary Care* 2010;10: n° 2.
37. Barnes, J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines: fashions, facts and the future. Part I. Regulation and quality. *Br J Clin Pharmacol*. 2003 March; 55(3): 226–233.
38. Münstedt K, Schroter C, Brüggmann D, Tinneberg HR, von Georgi R: Use of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany. *Forsch Komplementmed* 2009, 16(2):111-6.

39. Münstedt K, Brenken A, Kalder M: Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: a questionnaire study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009, 146(1):50-4.
40. Salomonsen J., Skovgaard L., Søren C., Nyborg L., Launsø L., Fønnebø V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals: *BMC Compl Alt Med*. 2012; 13: 58.
41. Bjerså, K.; Stener, E.; Victorin, M.; Olsén, F. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. *BMC Compl Alt Med*. 2012; 12: 42.
42. Adams J. General practitioners, complementary therapies and evidence based medicine: the defense of clinical autonomy. *Complementary Therapies in medicine*. 2000;8:248–52.
43. Verhoef, M.J.; Sutherland, L.R. Alternative medicine and general practitioners. Opinions and behavior. *Can Fam Physician*. 1995; 41: 1005–1011.
44. « EPI3, une étude épidémiologique d'envergure, favorable à l'homéopathie ». *Revue Panorama* n°5299. Avril 2013. Site de la Société Savante d'Homéopathie. http://assh.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=172&Itemid=61 consulté le 21 août 2013.
45. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates' attitudes. *Sao Paulo Med. J.* 2005;123(2):77-82.
46. Dantas F, Ribeiro CT. Atitudes de estudantes de medicina sobre práticas médicas heterodoxas / no Brasil. [Attitudes of Brazilian medical students towards complementary and alternative medicines]. *Rev Bras Educ Méd.* 2002;26(2):99-104. Ernst E. Medical students' attitudes towards complementary medicine: systematic review. *Student BMJ.* 1998;6:204-6.
47. Dantas F. Avaliação pelos alunos da disciplina eletiva de Introdução à Homeopatia / na EPM/UNIFESP. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde.* 2004;1 / (1 supl 2):132.
48. Rampes H, Sharples F, Maragh S, Fisher P. Introducing complementary medicine into the medical curriculum. *J R Soc Med.* 1997;90(1):19-22.
49. Maha, N.; Shaw, A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. *BMC Compl Alt Med.* 2007. (1) 7-17.

50. « Les français et l'homéopathie ». Sondage ipsos. 2012. http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/presentation_conference_de_presse_boiron_140212_v2.pdf consulté le 26 mars 2013.
51. « L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes ». Sondage ipsos. 2012. <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/2012-02-23-l-homeopathie-fait-plus-en-plus-d-adeptes> consulté le 19 février 2013.
52. Bonnet, F. 2012. « Homéopathie : les Français en veulent à plus forte dose », *La Nouvelle République*.
<http://www.lanouvellerepublique.fr/Deux-Sevres/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2012/02/22/Homeopathie-les-Francais-en-veulent-a-plus-forte-dose>
consulté le 30 mars 2013.
53. Astin, A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA. 1998 May 20; 279(19):1548-53.
54. Moloud, A.H. 2012. « Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise », *Thèse de 3^è cycle, Amiens*.
55. Schraub, S. 2007. « Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962-2006 », *Thèse de 3^è cycle, Strasbourg*.
56. Guillemain, J. 2003. « La recherche scientifique en homéopathie », *Cahiers de biothérapie*, n° 182, pp. 46-53.
57. "Effets indésirables des remèdes homéopathiques" *Revue Prescrire*. 1985 ; 5 (48) : 36-37
58. Site de l'INSEE.
<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=86>, consulté le 23 janvier 2013.
59. Site du CNOM.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
consulté le 17 décembre 2012.
60. Ernst, E.; Pittler, M.H.; Stevinson, C.; White, A. The desktop guide to complementary and alternative medicine, an evidence-based approach. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Mosby; 2001.
61. Delvenne, C. Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM? *Revue Médicale Liège*. 2000;55:4:226-32.

62. Morice, A. Adulterated "homoeopathic" cure for asthma. *Lancet*.1986 Apr 12; 1(8485):862-3.
63. Vickers, A.; Zollman, C. ABC of complementary medicine, Homoeopathy. *BMJ*. 1999 October 23; 319(7217): 1115–1118.
64. Reilly D, Taylor MA, Beattie NG, Campbell JH, McSharry C, Aitchison TC, et al. Is evidence for homoeopathy reproducible? *Lancet* 1994;344:1601-6
65. Linde K, Jonas WB, Melchart D, Worku F, Wagner H, Eitel F. Critical review and meta-analysis of serial agitated dilutions in experimental toxicology. *Hum Exp Toxicol* 1994;13:481-92
66. Etudiants DU Implantologie Qu'apporte la recherche bibliographique à l'exercice clinique ? Janvier 2008 Bibliothèque Garancière,
http://didel.script.univ-paris-diderot.fr/claroline/backends/download.php?url=L0RVX2ltcGxhbnRvbG9naWVfc3VwcG9ydC5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=DUPARO_BIB consulté le 30 septembre 2012.
67. Ernst, E. Integrated medicine: The best of both worlds or the worst for our patients? *Complementary Therapies in Medicine*. 2009;17:179–80

L'homéopathie est une médecine parallèle, qui suscite de nombreux débats au sein de la communauté scientifique, quant à son mécanisme d'action et son efficacité. Pourtant le recours des patients à ce type de traitements non conventionnels est de plus en plus important.

L'intérêt de notre travail était triple :

- Réaliser un état des lieux et caractériser les prescriptions homéopathiques par les médecins généralistes non homéopathes dans la Vienne.
- Identifier les motifs de prescriptions ou a contrario les freins à l'utilisation des médicaments homéopathiques.
- Etudier les attentes des praticiens et déterminer leurs besoins dans ce domaine.

Afin d'étudier le positionnement des médecins généralistes face à cette problématique, nous nous sommes intéressés à la pratique de 170 médecins généralistes entre le 4 décembre 2012 et le 31 mai 2013.

Nous avons mis en évidence que 86% des médecins non formés ont déjà prescrit des traitements homéopathiques. Parmi eux 59% déclarent ne pas posséder de connaissances particulières dans ce domaine et 80% ignorent les principes fondamentaux de prescriptions. Les motifs les plus courants de prescriptions sont la demande du patient et le renouvellement de traitement usuel.

Le frein majeur à la prescription de médicaments homéopathiques est l'absence de preuve scientifique de leur efficacité. Cependant notre étude a permis de révéler que le deuxième facteur limitant, pour 26% des médecins, était le manque de formation et/ou d'informations. En outre malgré leurs réticences, 12% des praticiens interrogés seraient prêts à changer leur pratique s'ils bénéficiaient d'une formation.

La majorité des médecins perçoivent tout de même l'homéopathie comme une thérapeutique complémentaire ou alternative intéressante, compte tenu de l'absence d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, et face à une médecine allopathique parfois limitée voire invasive.

La perspective d'une formation élémentaire dans ce domaine, intégrée au cursus des études médicales, paraît pertinente pour 62% des médecins interrogés. Ils souhaiteraient en effet se construire un avis impartial sur l'homéopathie, être en mesure d'informer les patients et acquérir une compétence spécifique. Par conséquent il paraît judicieux de s'interroger sur la mise en place d'un enseignement obligatoire de l'homéopathie au cours des études médicales.

Mots clés :

Homéopathie, Médecine alternative et complémentaire, Efficacité, Preuve, Formation.



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

