

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Maya MARZA BRUGADA

Le 15 juin 2018

Recours aux thérapies complémentaires chez les diabétiques de type 2 :
étude transversale en médecine générale dans le Grand Sud-Ouest français

Directeur de thèse : Dr Serge ANE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Serge ANE	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur
Madame le Docteur Jennifer PHILIPPS	Assesseur
Monsieur le Docteur Claude GENDRE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier

au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux Docteurs membres du Jury

Au Professeur Pierre MESTHE

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci pour vos enseignements, votre enthousiasme et votre sagacité.

À Monsieur le Docteur Serge ANE

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Merci d'avoir dirigé cette thèse, en me laissant trouver ma place, avec patience et ouverture d'esprit. Vos conseils pertinents m'ont permis de garder le cap pour mener à bien ce travail.

À Monsieur le Docteur Claude GENDRE

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci pour votre intérêt et votre soutien, merci pour vos enseignements humanistes, dans la simplicité, mais aussi dans la rigueur. Vous m'avez offert un encadrement de stage sans égal. Travailler avec vous m'a confortée dans l'idée que la patientèle d'un médecin pouvait être à son image. Vous continuez de m'inspirer.

À Madame le Docteur Jennifer PHILIPPS

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Votre approche m'a confortée dans mon souhait de faire de l'éducation thérapeutique et de m'occuper en particulier de diabétiques.

À Madame le Docteur LATROUS

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Soyez assurée de mon profond respect.

À tous les Docteurs qui m'ont reçu en stage et dans leur cabinet, ceux qui ont acceptés de participer à ma thèse, et également aux amis. Vous avez tous construit mon univers et mes représentations pour la Médecine et sa pratique.

En particulier :

À Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU : Merci pour votre accompagnement tout au long de l'internat. Votre qualité de communication dont je retiens la douceur avant sa pertinence me rappelle qu'il est possible d'endosser de grandes responsabilités tout en

conservant cet équilibre entre les énergies féminines et masculines. Vous faites partie de ces grandes femmes qui marquent mon histoire personnelle pour la médecine générale.

À Dr RACHEDI Frédérique, merci pour votre patience et pour tout ce que vous m'avez transmis. Merci de m'avoir incité à la construction du premier questionnaire de thèse qui était destiné aux diabétiques polynésiens, très concernés par ces thérapies interférant dans leur prise en charge.

À Dr Philippe PETRISSANS : vous avez été le premier à me transmettre sur le quotidien d'un médecin généraliste. Malgré nos différents, j'ai perçu votre bienveillance et votre générosité. Cette expérience m'a permis de ne plus douter de ma vocation d'exercer la médecine.

À Dr Claudie GENDRE : merci pour ces repas appétissants, équilibrés, en simplicité et avec bon cœur. Merci pour votre soutien et vos partages précieux pour moi. Vous êtes de ces médecins et avant tout de ces femmes qui me permettent de me projeter dans un futur lumineux.

Dr Jamshid AKBARID, Pr Dominique LAUQUE, Dr Sonia CHOUVET, à vos côtés je me suis réellement sentie accompagnée et confiante pour prendre mon autonomie. Dr BOUBEKEUR Hamida, vous m'avez formée aux premières routines du libéral, merci pour votre patience et enseignements notamment en comptabilité. La mixité culturelle à votre cabinet a été un régal. Dr NEVIERE Philippe, votre humour et votre grand cœur m'ont touché, et vos patients sont à votre image d'une si grande qualité, autant que votre belle région ! Votre cabinet est vraiment au top ! Dr LANSON Nelly, merci pour votre fraîcheur et vos conseils sur la vie personnelle d'une jeune médecin libérale. Dr CATELLA Philippe, Dr BASSAN Laure, merci de m'avoir permis de connaître un mode d'exercice encore différent, plus continu. Merci pour votre confiance et surtout pour vos actions si bienveillantes surtout pour la fin.

Dr TURGEON Yann et Véronique, sans vous je ne me serais jamais lancée, vous êtes pour moi un couple exemplaire d'une grande générosité et la vie vous le rend si bien. Dr ROSEINTSEIN Jean Michel, tu as ouvert mon esprit un peu réfractaire de l'époque, en me montrant que la pratique de la Médecine pouvait mêler sciences et spiritualité. Merci à toute la famille pour ces balades et ces souvenirs d'enfance dans la gaieté.

À tous mes collègues et amis de la formation médicale, qui m'ont soutenu, avec qui j'ai pu partager les moments d'hibernation studieuse, les plus difficiles émotionnellement

comme les moments de libération dans le jeu et la joie.

Chloé Manca, Marie Demain, Zoé Legrand, l'aventure médecine a décollé grâce à vous ! merci pour ces soirées de folie, et pour le fil rouge Grey's anatomy. Laeticia Frezals, merci d'avoir été là peu importe l'heure, on a bien rit toutes les deux. Ton travail, ton sérieux m'ont largement inspiré ! Poerava Barthe Vonsy, j'ai adoré nos moments de récréation ensemble, merci de m'avoir transmis la grâce de la danse polynésienne. Isabel Yao, je ressens une gratitude infinie pour m'avoir autant fait voyager et surtout dans le pays du soleil levant dont je suis tombée amoureuse ! Et c'est loin d'être la seule chose que tu m'aies présenté et que j'ai adopté ! Stéphanie Malateste, merci pour ta grâce, ta force. Tu es une femme indomptable qui agit avec classe et précision, toujours bien entourée et appréciée. Atea Teuira, toi aussi tu fais partie de mes best friends, j'ai tant de bons souvenirs. J'ai tellement envie que tu crois en toi, car dans tout ce que tu fais je n'y vois que des choses brillantes.

Maria Venard, dès la première fois où nous nous sommes rencontrées, j'ai su que nous allions beaucoup partager. Merci pour ta sensualité latino, ta douceur française et ton entrain dans tout ce que tu entreprends ! Romain Jaquet, je suis honorée d'avoir partagé ces 5 années avec toi, tu as longtemps été le seul avec qui je me sentais libre d'exister telle que je suis. Tu m'as permis de retrouver ce trésor longtemps enfoui au fond des abysses. Charline Jauneau, merci pour ta gentillesse et ton ouverture, Adarsh Nathoo, la LCA a pour moi des teintes et des épices indiennes grâce à toi.

Audrey Roy, Alice Joulia, Lucile Duffay, Sandrine Poustis, ma vie d'interne a été pimentée par nos boulettes, notre entraide, nos réussites, nos restaurants et j'en passe. Merci de continuer à nourrir ma vie de femme médecin. Jean Denis Delpech merci pour ton humour salvateur, et pour ta relecture. Lamine Poreko, on se refait une soirée dansée quand tu veux, Bastien Antoine merci pour les soirées caraïbes, Simon Zerdoun merci pour nos discussions philosophiques et pratiques. À tous mes co-internes des urgences, merci d'avoir contrasté mon internat par votre humanité et camaraderie. Laurence Moreno, Guillaume Robin, jamais je n'avais autant kiffé travailler à l'hôpital. À tous mes co-internes de la maison de Saint-Gaudens, merci pour nos soirées simples comme déjantées ; Charlène, Anouck et Gaelle vous avez rempli mon inter CHU tahitien de gaieté, j'espère que cet épisode est une histoire à suivre. Arthur, François, merci pour votre aide, et merci de rendre heureuses mes précieuses amies.

Aux patients, vous qui me permettez d'apprendre à travers vos maux et vos mots, et par la confiance que vous nous accordez. Vous emplissez mes journées en diversité et me permettez de me sentir utile. Comme le dit Dr. Ihaleakala, vous êtes l'autre côté du miroir, merci de m'apporter une occasion de regarder ce qui se passe en moi et de grandir à votre contact.

À ma famille, vous m'avez toujours soutenue. Vous êtes loin mais il n'y a d'égal dans nos liens. Merci particulièrement à toi maman et à mes autres mamans : Odette, Maryline, Shanti, Carmen, Dominique, vous m'avez toujours sécurisé et donné un confort, chacune à votre manière, sans quoi je n'aurais pu surmonter ces études si singulières.

Maman, par ta dévotion, tu m'as donné envie de m'occuper du bien-être des gens. Papa, par ta position d'artiste en marge du monde, tu m'as permis de voir et croire que les différences étaient une richesse à cultiver et non à gommer. Même si je ne suis pas encore capable de vivre au quotidien tout l'amour qui existe entre nous, je sais qu'avec le temps il se révélera. Nina, ces études de médecine nous ont longtemps maintenues séparées, mais c'était manifestement pour mieux se retrouver : je t'aime si fort, et je sais qu'un jour nous créons l'harmonie et la sororité à la hauteur de nos amitiés.

Marie Corrhons tu es arrivée dans ma vie tel un cadeau du ciel déposé par la cigogne, ces quelques mois passés à tes côtés m'ont offert l'expérience d'une soeur rêvée, et dans mon cœur tu y reste. Élisabeth, Anna, Gisèle vous êtes mes taties dont les paroles me touchent profondément. Mareva, nous avons partagé les hauts comme les bas, merci de toujours être là avec ton humour et ton attitude positive. Je suis bien heureuse de pouvoir partager avec un membre de ma famille tel que toi, toute la richesse et les particularités du métier.

À mes amis : Aymeric et Mickael, vous êtes les premiers à m'avoir fait vibrer avec la musique, et surtout encouragé à soigner, du moins, à amener du bien-être. Mikaël, Teresa quels souvenirs de bonheur au lycée à vos côtés. Max, merci pour ta passion de la danse, ton énergie et ta détermination à poursuivre tes rêves, elle est incroyable ! Hiro, je n'oublierais jamais cette balade en pirogue accompagnée des dauphins au petit matin, ainsi que tous ces partages qui ont rendu ce semestre de P1 si léger ! Marc, merci pour l'harmonie que tu as su mettre entre nous, je me suis sentie en sécurité et j'ai pu trouver un équilibre. De là est née une grande confiance en l'avenir. Tu as été un grand ami pour moi, merci pour ton soutien. Boris, Stany, Alex, JL, Tam, une très grande joie au fenua est liée à nos histoires. Clémentine, merci pour ta curiosité et ton ouverture au monde. Marion, avec une femme pharmacienne fatale telle que toi, on pourra aller loin ! Arnaud, merci ton

énorme soutien et ton entièreté, mais niaise pas trop, hein ! Timeri, j'ai tellement hâte de te revoir au fenua !

Michel, Camille, Christel, Anne Lise, mes souvenirs chaleureux et en rythmes avec l'association de danse ont tellement embellis ma vie bordelaise.

Sylvia, Eric, merci pour ce refuge de coeur polynésien au centre de Toulouse, Frédéric, merci pour toutes ces belles choses que nous avons partagées et surtout ton soutien constant dans mon travail. Camille Cavoizy, merci pour ta bonne humeur, tes conseils de femme, ta simplicité, j'ai adoré notre coloc.

Guillaume, merci pour ces rêves que nous avons commencé à construire ensemble, et merci de m'avoir rappelé que la source infinie d'amour inconditionnel n'est pas en l'autre, mais en soi. Merci à tes parents pour leur accueil et leur soutien tout particulièrement à Manuel pour ses aides techniques. Marie Jo, tu es mon rayon de soleil quand je ne peux plus supporter la pluie de Bordeaux. Max, merci pour tes enseignements pratiques et théoriques, ainsi que ton aide précieuse pour avoir transformé mon lieu de vie.

Cassidy, Katja, Ezsther, Elvira, nos retrouvailles Hawaïennes m'ont rempli le cœur d'une telle lumière, là, à tout jamais. Maxime L., merci d'exister et d'incarner tant de beauté et de sagesse chez l'homme. Flore de Maillard, à ton contact les chemins prennent une telle envolée ! Merci pour ta force et ton amour. Corinne Durand je suis si heureuse de t'avoir rencontrée, je crois que c'est maintenant que s'ouvre ce dont tu m'as parlé il y a 2 ans ! Sophie Dessey, une jeunesse telle que toi est si prometteuse ! Merci pour ton amitié.

Sarah Desmonen, merci pour ton accompagnement, ta beauté m'émerveille. Benoit Lacosse, merci pour toutes ces heures à apprendre en rigolant, je n'ai rencontré de personne ayant une si grande écoute. Maeva Mbongo, quel régal toutes ces heures à miroiter nos vies et à les remplir de couleurs et d'art ! On ne se ressemble peu de l'extérieur mais tellement de l'intérieur ! Sylvain, j'espère que nous travaillerons côte à côte un jour, je vois plusieurs inconnues à explorer ensemble ! Ruggero merci pour ton humour et ton amour détaché. Hakara, t'écouter me donne toujours plus envie d'embrasser la vie ! Construire la société de demain avec des gens comme toi, c'est cadeau ! Alexandre, tu sais que l'amour ne peut jamais être défait ! André Morel tu as ouvert la porte à nos échanges, merci. Les ponts entre l'Orient et l'Occident m'apparaissent plus réels en t'écoutant. Christian Mahaux, merci pour ton accompagnement et ta contribution ici. Olivier Lelouch, tes paroles et ton timbre m'ont toujours rapproché de moi-même, merci

de véhiculer tant de sagesse et d'amour. Camille Barade, Clément Taffin, j'ai hâte que nos aventures continuent ! Enfin, merci à toi Nicolas Rouch pour ce boost sur la fin du marathon. Par ton amour, j'ai pu écrire avec plus de justesse.

La vie réserve tellement de belles surprises !

Certaines personnes ont pu être oubliées ou pas remerciées de la manière la plus juste par rapport à ce qui est, puissent-elles m'en excuser et me donner l'occasion de réajuster dans le futur !

Merci à la Vie tout simplement, pour ces merveilleuses aventures !

“L'homme n'est pas fait pour construire des murs mais pour construire des ponts.”

Lao Tseu

« Certaines choses nous échappent encore, mais je suis convaincu qu'on saura les
expliquer de la manière la plus rigoureuse. »

Pr Luc Montagnier

« L'esprit intuitif est un don sacré et la raison un serviteur fidèle.
Nous avons créé une société qui honore le serviteur et a oublié le don. »

Albert Einstein

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

Serment d'Hippocrate

ABRÉVIATIONS

I.	INTRODUCTION	1
II.	GÉNÉRALITÉS.....	2
1.	Stratégie thérapeutique du diabète de type 2	2
a)	<i>Prévention du DT2 et de ses complications</i>	2
b)	<i>Réversibilité (ou rémission) du DT2</i>	4
2.	Les thérapies complémentaires	4
a)	<i>Définitions</i>	4
b)	<i>Un intérêt croissant international</i>	6
c)	<i>Perspectives</i>	8
3.	Thérapies complémentaires et diabète	10
III.	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	11
1.	Mode de réalisation de l'étude	11
2.	Questionnaire.....	12
3.	Analyse statistique	13
IV.	RÉSULTATS.....	14
1.	Diagramme de flux	14
2.	Étude descriptive.....	14
a)	<i>Caractéristiques socio-médicales</i>	14
b)	<i>Influence des médias</i>	15
c)	<i>Population ayant eu recours aux TC</i>	16
d)	<i>Communication avec le médecin traitant autour du recours aux TC</i>	18
3.	Étude comparative	19
V.	DISCUSSION	20
1.	Méthodologie	21
a)	<i>Questionnaire</i>	21
b)	<i>Mode de recrutement</i>	22
2.	Résultats.....	23
a)	<i>Caractéristiques socio-médicales</i>	24
b)	<i>Population ayant eu recours aux TC</i>	24

c) <i>Étude comparative</i>	27
3. Ouvertures	28
VI. CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	39
Annexe 1 : Définitions et épidémiologie du DT2.....	39
Annexe 2 : Questionnaire.....	41
Annexe 3 : Carte régionale	45
Annexe 4 : Représentations graphiques de la médecine intégrative.....	46
Annexe 5 : Lignes directrices face à une demande de soins complémentaires	48
Annexe 6 : Obligations déontologiques du médecin touchant les TC.....	49
Annexe 7 : Sites internet conseillés.....	50
Annexe 8 : Tableau regroupant les antidiabétiques en médecine conventionnelle et TC selon leur mode d'action	51
Annexe 9 : Effets indésirables de plantes ou compléments alimentaires antidiabétiques.....	53

RÉSUMÉ

ABRÉVIATIONS

DT2 : Diabète de type 2 / diabétique(s) de type 2

EU : États-Unis

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut National de veille sanitaire

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HAS : Haute autorité de la santé

HTA : Hypertension artérielle

MCA : Médecines complémentaires et alternatives

MTC : Médecine traditionnelle chinoise

n : effectif

OMS : Organisation mondiale de la santé

TC : Thérapie(s) complémentaire(s)

I. INTRODUCTION

Les thérapies complémentaires (=TC), plus connues en France sous le nom de médecines douces, suscitent un intérêt mondial grandissant auprès des patients. En 2012, jusqu'à 86% des Européens avaient recours aux TC⁽¹⁾. En France, le recours variait de 75% (en 2002 selon l'OMS⁽²⁾) à 40% selon l'ordre des médecins⁽³⁾.

Les raisons de leur attrait seraient liées à des évolutions multiples de la société et de la pratique de la médecine. La circulation rapide et libre de l'information à travers le monde, l'autonomisation du patient envers le médecin, les notions de maladie, et l'exigence dans les soins en sont des exemples. Une certaine déception pour la médecine conventionnelle a également pu participer à cet essor, dont les enjeux économiques sont importants⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Les TC suscitent également des interrogations. Leurs bénéfices et leurs risques médicaux sont peu démontrés scientifiquement⁽⁶⁾⁽⁷⁾ et leurs théories physiopathologiques apparaissent peu compréhensibles ou peu étudiées⁽⁸⁾. Le manque de labels ne permet pas de garantir leur sécurité. Leur reconnaissance institutionnelle est hétérogène, et enfin leur statut légal est inadapté dans des systèmes de soins souvent monopolistiques⁽²⁾.

En cancérologie, face aux effets indésirables fréquents et aux vides thérapeutiques laissés par la médecine conventionnelle, les TC sont progressivement intégrées à la pratique médicale⁽⁶⁾⁽⁹⁾.

Concernant le diabète, le recours aux TC est également une réalité, mais d'importance inégale selon les pays : 72,9 % aux États-Unis (=EU), contre 17 % au Royaume-Uni⁽¹⁰⁾.

Aux EU, le diabète a même été évalué comme variable prédictive indépendante de recours aux TC⁽¹¹⁾. Ce recours est préoccupant parce qu'il surexpose au risque d'hypoglycémies. Ce risque est d'autant plus fort qu'il existe un manque de communication entre le patient et le corps médical à propos des TC⁽¹²⁾.

En France, la prévalence n'a pas encore été chiffrée chez le patient diabétique de type 2, et nous savons peu sur ces recours, dans le Grand Sud-Ouest français.

L'**objectif principal** de notre étude était de déterminer quelle proportion de diabétiques de type 2 avait eu recours à une/aux TC, en cabinet de médecine générale du Sud-Ouest de la

France. Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs précipitant le recours aux TC et d'évaluer la communication autour des TC avec le médecin traitant.

II. GÉNÉRALITÉS

Des rappels et des mises à jour à propos du diabète de type 2 (=DT2) en termes de définitions, mécanismes physio-pathologiques et épidémiologie ont été mis en annexe 1.

1. Stratégie thérapeutique du diabète de type 2

a) Prévention du diabète de type 2 et de ses complications

Elle se fait initialement par des mesures hygiéno-diététiques : activité physique régulière, perte de poids et régime alimentaire adapté. Si l'objectif personnalisé de glycémie à jeun et/ou d'hémoglobine glyquée (=HbA1c) n'est pas atteint ou maintenu, le traitement sera pharmacologique⁽¹³⁾.

La prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire et des éventuelles complications sont indissociables de cette stratégie thérapeutique.

D'un côté il y a les **mesures hygiéno-diététiques** qui sont **difficiles** à mettre en place et à appliquer de façon durable. Afin d'amener à ces changements de comportements, les professionnels de santé doivent développer des compétences diverses : la connaissance de la mise en pratique, l'entretien de la motivation, la gestion des émotions, de la relation avec l'entourage, l'intégration des sensations avec la notion de plaisir, et ainsi faire concorder les représentations et croyances de chacun⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

D'un autre côté, nous disposons aujourd'hui d'un **arsenal thérapeutique** très **fourni**, et remboursé entièrement en France⁽¹⁶⁾.

En effet, il existe 9 classes d'antidiabétiques (oraux, les analogues du GLP-1 injectables, et les insulines à libération plus ou moins rapides) avec en tout plus de 20 molécules, dont une dizaine utilisée couramment.

Néanmoins, l'**observance médicamenteuse partielle** (40 à 75%)⁽¹⁷⁾ représente un frein au contrôle de la maladie. De manière générale dans les maladies chroniques, elle peut être responsable de multiples complications, de rechutes, d'hospitalisations à répétition, et

d'une augmentation des coûts des soins de santé. Une bonne adhésion thérapeutique est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié⁽¹⁸⁾.

L'OMS répertorie 5 **déterminants** pouvant influencer sur **l'observance** :

- le patient : avec ses connaissances et ses croyances, son statut émotionnel, son âge, son entourage et ses conduites addictives.
- les facteurs socio-économiques : avec les revenus et les dépenses, le logement, le travail.
- la maladie : définie par ses symptômes, sa durée, sa gravité.
- le traitement : défini par le nombre de prises, la polymédication, la galénique, l'efficacité-tolérance, le coût, la durée.
- le système de soin : qui comprend la relation avec le soignant, la conviction du soignant et la communication, son financement, la répartition de l'offre, le manque de coordination.

L'**éducation thérapeutique** est une des stratégies permettant d'augmenter l'adhésion thérapeutique. Elle fait partie intégrante du traitement et du suivi selon la loi n° 2009-879. Définie par l'Organisation Mondiale pour la Santé (=OMS) en 1998, son objectif est de « permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie »⁽¹⁷⁾⁽¹⁴⁾.

Plusieurs modèles pédagogiques et relationnels peuvent être utilisés pour l'éducation thérapeutique : ils vont de l'infantilisation vers l'**autonomisation** du patient, notion qui **fait évoluer le concept d'observance** à alliance thérapeutique.

Ainsi le patient retrouve un rôle actif, et ne subit plus mais peut choisir, négocier une décision médicale. Celle-ci ne relève plus d'un devoir solitaire du médecin, mais plutôt d'un travail en association qui amène à une décision médicale partagée. La haute autorité de santé (=HAS) promeut également le recours aux aides à la décision médicale (document papier, vidéo, outil multimédia interactif) parce qu'elles ont démontré une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En 2013, l'HAS définit la **décision médicale partagée** par les étapes suivantes ⁽¹⁹⁾ :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;
- un choix éclairé entre les différentes options de prise en charge est effectué, et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.

Ceci met l'accent sur un travail de communication puis de synthèse, où le médecin généraliste a une **place de choix comme coordonnateur**, référent, pour conseiller le patient.

b) Réversibilité (ou rémission) du DT2

Il s'agit d'un nouveau concept nous amenant à revoir le dogme du diabète comme maladie chronique "à vie" ⁽²⁰⁾. Concept décrit par le médecin anglais T. Willis au XVII^{ème} siècle, il est aujourd'hui démontré de manière scientifique et clinique par la **perte de poids** reliée à la chirurgie bariatrique ⁽²¹⁾, hélas réservée à une population spécifique. D'autres modes ont montré des résultats encourageants pour les autres diabétiques : les régimes méditerranéen et végétalien par exemple ⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

Certaines TC comme les régimes végétarien et végétalien feraient même **régresser les complications** comme l'artériosclérose et la neuropathie diabétique ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾. La médecine traditionnelle chinoise (=MTC) commence également à faire ses preuves, sur les gastroparésies, la neuropathie diabétique, les pieds diabétiques, et la néphropathie diabétique ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾.

Cette liste est ici non exhaustive et sert à illustrer un savoir médical récent et en évolution.

Nous voyons ainsi que les TC offrent de multiples ouvertures en terme de prévention, voire de réversion du DT2 et de ses complications.

2. Les thérapies complémentaires

a) Définitions

En l'absence de définition universelle, plusieurs termes sont utilisés dans la littérature, et

ce parfois de façon interchangeable. Nous allons préciser ici la sémantique et nuances de quelques uns des plus récurrents :

-Médecines non conventionnelles ⁽²⁾ : soins, pratiques et croyances, exclues du système de santé dominant, à un endroit et une période donnés, visant à préserver et rétablir la santé. Il en existe plus de **400** recensés par l’OMS, et la liste est non limitative (la prière est par exemple intégrée dans ces thérapies aux EU).

Ce terme a été retenu au niveau des instances européennes et par le Parlement européen en 1997.

La *médecine conventionnelle* est prise pour synonyme d’allopathique, académique, biomédecine, occidentale, classique ou encore Evidence-Based Medicine. En France, elle est pratiquée par des docteurs diplômés de l’État. Elle est encadrée, réglementée et remboursée par le système de soins conventionné français.

-Médecines Complémentaires et Alternatives (=MCA) : “complémentaires” lorsqu’elles s’ajoutent à un traitement conventionnel, ou “alternatives” lorsqu’elles s’y substituent. Ce terme a beaucoup été utilisé par le passé. Aujourd’hui l’association de complémentaire et alternatif est évitée, parce qu’elle mène à des biais de confusion en recherche médicale.

-L’OMS parle actuellement de **médecines traditionnelles et de médecines complémentaires** pour distinguer : la tendance majoritaire de chaque pays, qui a donc une tradition, une culture propre ; ou une médecine complémentaire minoritaire. L’OMS utilise le terme de médecine car ne débat pas d’efficacité, ni de qualité ou de sécurité, qu’elle dit avérées ⁽³¹⁾.

-En France, on évoque les **médecines dites douces**, en réaction à des médicaments d’effet rapide, parfois démesuré ; **naturelles**, en opposition aux substances chimiques ou industrielles, transformées ou non respectueuses de la Nature ; **parallèles**, à un traitement conventionnel, vu non pas comme toute puissante mais d’importance égale ; ou **holistiques**, qui prend en compte l’être dans sa globalité, en opposition à une médecine organiciste.

-Thérapies complémentaires : Du grec $\theta \epsilon \rho \alpha \pi \epsilon \acute{\iota} \alpha$ « soin, traitement » en opposition à médecine, issu du latin *medicina* « art de guérir » (incluant le diagnostic par exemple).

Nous avons retenu ce terme pour aligner notre travail de thèse à la recherche médicale scientifique actuelle. En effet, sur le principal moteur de recherche de données bibliographiques médicales Pubmed, elles sont définies par le MeSH (medical subject headings) sous le vocable de « complementary therapies ». Ce terme est également encouragé par l'Académie de médecine française⁽³²⁾. Néanmoins, il met l'accent sur leurs effets thérapeutiques, et semble exclure leurs approches diagnostiques ou pratiques.

Plusieurs organismes comme le Centre National pour la médecine Complémentaire et Intégrative (=NCCIH), l'Ordre des médecins et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (=INSERM), les divisent en **4 groupes** :⁽³⁾

- Les **thérapies biologiques**, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).
- Les **thérapies manuelles**, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...).
- Les **approches corps-esprit** (hypnose médicale, méditation, arthérapie, sophrologie...).
- Les **systèmes complets** reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture et MTC, homéopathie uniciste...)

Selon le Larousse des médecines douces, elles se distinguent par des méthodes issues de traditions orientales, ancestrales ou récentes (par exemple la médecine quantique). Elles partagent plusieurs **concepts communs** comme l'union du corps et du psychisme, l'énergie, l'équilibre.

b) Un intérêt croissant international

Selon l'OMS, plus de 100 millions d'européens recourent aux TC. Aux EU, la consommation de consultation en TC dépassait celle en médecine générale (629 millions contre 386 millions en 1997) et augmentait avec les années⁽¹²⁾.

Dans les pays où la médecine conventionnelle moderne est reconnue efficace mais chère et peu accessible, comme dans l'Asie du Sud, les TC traditionnelles sont extrêmement populaires⁽¹²⁾. Dans le rapport de l'OMS « stratégie pour la médecine traditionnelle 2014-2023 », les TC représentent 80 % de recours en soins primaires dans les pays en voie de développement.

Les raisons de leur attrait sont, en France : ⁽⁹⁾⁽³³⁾⁽⁴⁾

- Une évolution de la Médecine vers une **médecine des 4 P : préventive, personnalisée, participative et prédictive** ^{(34) (35)}.
- Un évitement ou une minimisation des effets secondaires de la médecine conventionnelle.
- Un comblement des vides thérapeutiques voire diagnostics (cancer, maladie auto-immunes ou rares, autres pathologies bénignes mais grevant la qualité de vie par exemple) et ainsi une réponse à un abaissement du seuil du tolérable.
- Une augmentation de la qualité de vie, du bien-être global.
- Une **évolution conjointe avec la société** : plus écologique, plus ouverte culturellement avec la mondialisation, mais aussi plus anxiogène et poussant à la consommation. Le corps est réinvesti (thérapies manuelles, par le toucher, la danse) ainsi que les notions de sens, de lien et du sacré.
- Une palliation au manque de temps de consultation (en médecine conventionnelle),
- Une prise en charge de qualité : écoute active de la part du thérapeute et climat bienveillant.

Une certaine **insatisfaction** pour la médecine académique a également été mêlée à cet essor des TC, suite à des scandales politico-financiers et à une perte d'hégémonie du médecin. On pourrait voir dans cette période de remise en question de l'autorité médicale, une « crise d'adolescence » qui a permis de redéfinir les schémas relationnels entre patient et soignant. Cela amenant à un **partage des responsabilités**, autrefois volontiers remis entièrement au corps soignant.

Les problématiques associées aux TC sont : ⁽¹²⁾⁽⁹⁾

- Un risque de retard au diagnostic et de prise en charge thérapeutique en médecine conventionnelle (surtout si le recours se fait de façon alternative).
- Le manque de hiérarchisation dans l'efficacité des TC versus médecine conventionnelle, due à une évaluation scientifique insuffisante.
- Des différences de concepts de traitement et de valeurs philosophiques, rendant leur compréhension et leur évaluation par l'Evidence-Based Medicine difficiles.
- Un risque d'effets indésirables et d'interactions thérapeutiques, associé à un manque de formation à leur reconnaissance.
- Une qualité possiblement médiocre et variable des substances/produits non labellisés voir non référencés.
- Un manque de certification ou de qualification des praticiens (charlatanisme).

- Un manque de communication autour de ces pratiques avec le médecin référent ou l'équipe médicale.
- Des abus financiers, une dérive sectaire.

De façon plus **spécifique en France**, les freins à l'intégration des TC sont :⁽²⁾

- Le modèle de soins monopolistique : selon la loi de 1803 renforcée en 1892, tout professionnel soignant non médecin posant un diagnostic et un traitement s'expose à un risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine.
- L'absence d'enseignement sur leurs indications ou contre indications dans le cursus universitaire initial.
- Le manque de formation reconnue de l'État, sauf pour l'acupuncture (par un diplôme d'études spécialisées complémentaires (=DESC)), l'ostéopathie et la chiropraxie⁽³⁶⁾.
- Le coût financier pour les patients : remboursement absent ou partiel par la sécurité sociale et les mutuelles.
- Le manque de praticiens : peu nombreux ou mal répartis géographiquement. Ils sont souvent peu disponibles car très sollicités si de bonne réputation.

c) Perspectives

L'OMS s'est déjà prononcée en mai 2002 en faveur de l'intégration des TC aux systèmes de santé. Le Parlement européen et le Conseil de l'Europe ont appelé en 1997 à leur reconnaissance à condition de les encadrer. Des réponses à ces problématiques ont donc déjà été pensées :⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽²⁾

-Afin de lever le clivage entre TC et médecine académique, en termes de recommandations basées sur l'EBM, la **médecine intégrative** est née. Dans les années 90 aux EU. Elle cherche à combiner le meilleur des soins de la médecine occidentale à ceux des approches complémentaires dans le but d'une médecine de qualité, en visant aussi à maintenir la santé et améliorer le bien-être.

Elle repose sur des *données probantes* quant à l'efficacité et l'innocuité des méthodes proposées. Des schémas explicatifs plus complets sont en annexe 4.

En Europe, la recherche avait été financée et organisée par le programme de recherche CAMbrella.

En France il existe déjà un petit nombre de recommandations sur les TC émanant de la HAS, comme pour l'acupuncture dans le traitement des nausées (gravidiques de grade A,

grade B en population générale), ou encore de la méditation de pleine conscience dans la prise en charge du burn-out⁽³⁶⁾.

-La médecine intégrative met l'accent sur la **communication** entre patient et soignant, et a proposé des lignes directrices guidant le médecin lors d'un entretien autour de TC (annexe 5). Un enseignement en communication santé pourrait aussi être retenu en terme de formation⁽³³⁾.

-La base scientifique de la médecine intégrative a permis de développer un programme national d'enseignement dispensé dans le cursus initial de 60% des facultés américaines de médecine. En Chine, les 3 premières années de médecine dispensent de solides bases de biomédecine et de MTC.

En France, les **formations** universitaires en TC existent de façon optionnelle à partir du 3^{ème} cycle, sous forme de diplômes (inter) universitaires. Elles sont nombreuses dans le domaine de l'anesthésie, de l'obstétrique et de la douleur.

Cependant, une sensibilisation en amont serait souhaitable, peut-être sous forme optionnelle dans un premier temps. Malgré 67% de médecin généraliste déclarés à « mode d'exercice particulier », les médecins s'estimaient peu formés aux TC et ouverts à s'y former⁽³⁶⁾. Dans une thèse lilloise, 92% des internes en médecine générale sollicitaient une formation universitaire commune⁽³⁹⁾.

-Aux EU, l'Institut National de la médecine Intégrative et Complémentaire collecte et partage les données scientifiques en terme de bénéfices-risques. En France, une **plateforme de données officielle** pourrait s'ouvrir dans un premier temps, à l'image du site québécois passeport-santé.net, ou d'une banque de données multisource comme le Registry of Exceptional Courses of Disease pour le Danemark, la Norvège et la Suède.

Dans un second temps, un nouvel organisme pourrait unifier le niveau de reconnaissance pour chaque TC, et éventuellement recenser les thérapeutes, comme le Complementary and Natural Healthcare Council au Royaume-Uni.

-Concernant la **réglementation** et les directives légales d'encadrement de fabrication et de commercialisation **des plantes et substances**, un guide pour les pays membres de l'OMS est disponible⁽⁴⁰⁾.

-Une **certification** pour les **praticiens** de TC pourrait être créée. Soit à travers un statut unique tel que le heilpraktiker en Allemagne, faisant suite à un examen comportant des éléments de clinique et de juridique. Soit par l'inscription dans un registre volontaire

chapeauté par les pouvoirs publics, servant de label de qualité et de repère pour les usagers et les assureurs, comme au Royaume-Uni. Leur intégration dans les hôpitaux est également vue comme une option permettant de « surveiller » leurs activités.

Les associations professionnelles de TC pourraient également être responsabilisées, comme la délégation pour l'intégration et la reconnaissance de la médecine chinoise (=DIRMéCh) qui relie les institutions françaises, étrangères et l'ensemble des acteurs de la MTC.

-L'exercice des praticiens en TC, sur le **plan réglementaire**, requerrait une souplesse supplémentaire, comme dans les pays dits tolérants et non monopolistiques (Royaume-Uni, états scandinaves), sans pour autant aller jusqu'au statut de médecine mixte (Chine, Vietnam).

-La mission interministérielle de vigilance et lutte contre les sectes travaille à guider les praticiens de santé et les patients afin de les protéger de l'escroquerie, des pratiques dangereuses et des dérives sectaires, heureusement marginales⁽²⁾.

3. Thérapies complémentaires et diabète

En réalité le diabète n'a pas toujours été soigné avec de l'insuline (découverte en 1921) ou des antidiabétiques oraux. En Europe, dans les années 1900, il existait déjà une centaine d'éléments thérapeutiques relevant une activité hypoglycémiante. C'était par exemple le *Syzygium jambolanum*, le *Vaccinum myrtillus*, l'opium, des alcaloïdes, le (bi)carbonate de sodium⁽⁴¹⁾.

D'après une revue de la littérature de 2017, les TC **les plus fréquemment utilisées** actuellement pour le diabète sont : les conseils nutritionnels et sur l'hygiène de vie, la guérison spirituelle, les remèdes à base de plantes, les thérapies par le massage et la méditation. Leur accessibilité ainsi que les croyances et la culture des patients sont les raisons de leur popularité mises en avant par l'auteur⁽¹²⁾.

Nous ne décrivons pas ici toutes les TC ayant un intérêt antidiabétique, mais certaines TC sont regroupées en **annexe 8** selon leur mode d'action, et d'autres sont décrites en termes d'effets indésirables possible en **annexe 9**. La plus préoccupante est l'hypoglycémie, reportée lors d'utilisation conjointe de TC et d'insuline ou d'insulino-sécréteurs⁽¹²⁾.

Reconnaissance scientifique médicale :

Les études cliniques se multiplient et leur niveau de preuve augmente progressivement : **1964 études** sont enregistrées dans Pubmed, avec les *mots-clés majeurs* diabète et TC, datant de 1979 à 2018. 50% d'entre elles datent de moins de 10 ans.

8,7% d'entre elles ont évalué la MTC. Ces études comparent la MTC versus médecine conventionnelle, mais aussi de la médecine chinoise intégrative versus conventionnelle seule.

Plusieurs thématiques en dehors de l'efficacité des TC ont été traitées : profil du patient utilisateur de TC, profil des TC utilisées, fréquence d'utilisation, adhésion thérapeutique, communication avec les médecins.

Les études, menées in vitro et in vivo, ont montré des effets hypoglycémisants et de baisse de l'HbA1c. À ce jour, il n'y a néanmoins **pas de preuve scientifique établie de leur efficacité antidiabétique.**

Par exemple, dans une méta analyse de 2016, le yoga a montré des résultats encourageants avec une baisse d'HbA1c de 0,64%, de glycémie à jeun de 1,40 mmol/l, en comparaison au traitement standard sur 6 mois. Néanmoins les protocoles inhomogènes des différentes études ne permettaient pas de conclure de manière assertive générale. ⁽⁴²⁾

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Mode de réalisation de l'étude

Notre étude transversale, descriptive et quantitative a recueilli les données déclaratives de DT2 âgés de plus de 18 ans, via un questionnaire anonyme, sur la période de juillet à fin octobre 2017.

Les questionnaires ont été déposés dans 7 cabinets de groupe de médecine générale de Midi Pyrénées et Nouvelle-aquitaine. Des affiches ont été mises en salle d'attente pour informer les patients DT2 de l'étude et les appeler à récupérer un questionnaire. Le nombre de questionnaires à déposer a été calculé en se basant sur le nombre de médecins titulaires par cabinet, à multiplier par le nombre hypothétique de DT2 par patientèle. Au total 675 questionnaires ont été distribués en cabinet (soit 27 médecins titulaires x 25 DT2).

La distribution des questionnaires dépendait de la disposition du cabinet et de l'implication possible des médecins et secrétaires :

Certains questionnaires ont été remplis avec l'aide d'un médecin, notamment pour des patients ayant des difficultés avec la langue française ; après ou pendant la consultation. D'autres ont rempli le questionnaire en salle d'attente avant la consultation, surtout lorsque la secrétaire le leur distribuait à leur arrivée. Enfin d'autres le remplissaient sans l'aide du médecin après la consultation, voir à domicile.

Une relance téléphonique des médecins et/ou secrétaires a été effectuée en moyenne 4,5 fois sur les 3 mois.

Le retour des questionnaires s'est fait via une urne en carton afin de respecter au mieux l'anonymat. Celle-ci était disposée près ou sur le bureau du secrétariat.

2. Questionnaire

Il est joint en **annexe 2**. Il comporte 19 questions fermées à choix multiples, dont certaines sont libres de commentaires.

Il comprend 5 volets questionnant sur :

- L'identité socio-culturo-professionnelle, et sur le poids des informations médicales médiatisées ou internet (questions 4 à 10).
- Leur diabète et leur état de santé global (questions 10 et 11).
- Le recours aux TC, séparé en 2 parties. La première partie évalue le critère de jugement principal (recours aux TC ou non) ainsi que le genre et le motif de recours aux TC. Pour donner l'orientation globale du questionnaire, cela a été placé au tout début (questions 1 à 3). La motivation, le mode de recours ainsi que leur intérêt pour les TC ont été évalués dans une seconde partie (questions 12 à 15).
- La relation avec le médecin traitant par rapport aux TC. Ce volet évaluait les éventuelles discussions à propos du recours, des éventuels freins et intérêts à en parler, notamment dans le suivi.

La **construction du questionnaire** a été basée sur la littérature médicale, issue principalement de Pubmed, Google Scholar et Sudoc, avec les mots-clés majeurs suivants : Diabète et médecines complémentaires et alternatives (=MCA) ou TC, puis MCA ou TC et

France. Toutes les données bibliographiques ont été répertoriées via le logiciel Zotero. Quelques questions ont été ajoutées après interview de médecins avec une orientation en TC, de thérapeutes (un acupuncteur, des naturopathes et une praticienne en ayurvéda), ainsi qu'une pharmacienne, qui avaient tous des diabétiques dans leurs clientèles.

La clarté et la compréhension du questionnaire n'ont pu pas être testées par des patients diabétiques au préalable.

L'avis à un comité d'éthique n'a pas été demandé car il ne s'agissait pas d'un traitement expérimental mais d'une étude descriptive où les patients avaient le choix de ne pas répondre.

Les questionnaires étant strictement anonymes, il n'a donc pas été demandé d'autorisation auprès de la CNIL.

3. Analyse statistique

Pour l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été exprimées en termes d'effectifs et de pourcentages. Pour l'analyse comparative, nous avons cherché une association statistique entre l'usage de TC et les différentes variables.

A noter que quelques regroupements d'effectifs ont été faits, par exemple pour les statuts professionnels (à faible versus à fort pouvoir d'achat), pour des raisons de viabilité des test statistique et d'interprétation.

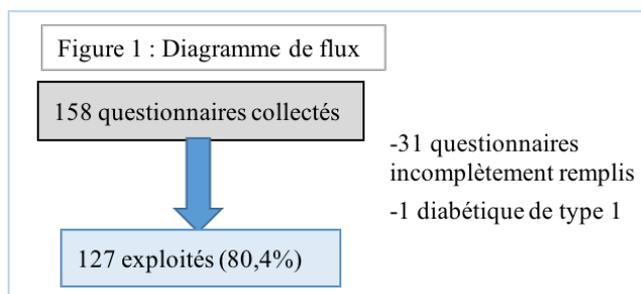
Pour les analyses statistiques, nous avons utilisé le logiciel Excel puis le site BiostaTGV de l'INSERM <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

Pour la comparaison des variables qualitatives entre les 2 groupes de l'étude, nous avons réalisé en analyse univariée un test paramétrique du Chi 2. Un test exact de Fisher a été préféré lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 et le nombre de groupes limité à 2.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

IV. RÉSULTATS

1. Inclusion



2. Étude descriptive

a) Caractéristiques socio-médicales

Le *tableau n°1* ci-après les résumet. Quelques résultats supplémentaires sont détaillés ici :

-Tous les patients avaient un traitement antidiabétique.

-Les autres pays de naissance, quand précisés, étaient : Algérie, Espagne, Maroc, Tunisie, Portugal, Martinique, Pays-bas, et Angleterre.

-19,7% des patients se sentaient influencés par une culture identitaire autre que française : « citoyenne du monde », allemande et asiatique, lorsque c'était précisé.

-21 personnes n'avaient aucun diplôme, 17 avaient un certificat d'études, et 48 (soit 37,8%) avaient un certificat d'études primaires ou un brevet d'études professionnelles ou un brevet des collèges. 20 personnes avaient le baccalauréat seul, 15 avaient un Bac +2/+3, et 6 personnes un Bac+5 et plus.

-Le groupe à « faible pouvoir d'achat » comportait : 84 retraités (66,1%), 5 personnes sans ou en recherche d'emploi et 1 en étude. Les personnes avec « fort pouvoir d'achat » étaient : 6 en profession libérale, 27 salariés (21%) et 4 autres.

-Parmi les 39 DT2 compliqués, 35 avaient 1 complication parmi ophtalmique, cardiaque et rénale, 3 personnes en avait 2, et 1 personne avait les 3. 4 personnes n'avaient pas pu ou voulu préciser de quelle complication du DT2 il s'agissait.

-Les autres maladies chroniques déclarées étaient : l'obésité, le surpoids, l'apnée du sommeil, l'hypercholestérolémie, les troubles du sommeil, l'asthme, l'insuffisance cardiaque, l'arthrose, la capsulite rétractile, la sciatalgie, le cancer, la maladie d'Alzheimer, l'épilepsie, la fibromyalgie, l'eczéma, l'artérite des membres inférieurs, une maladie rare bulleuse, la bronchopneumopathie chronique obstructive, la sarcoïdose.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-médicales de la population cible

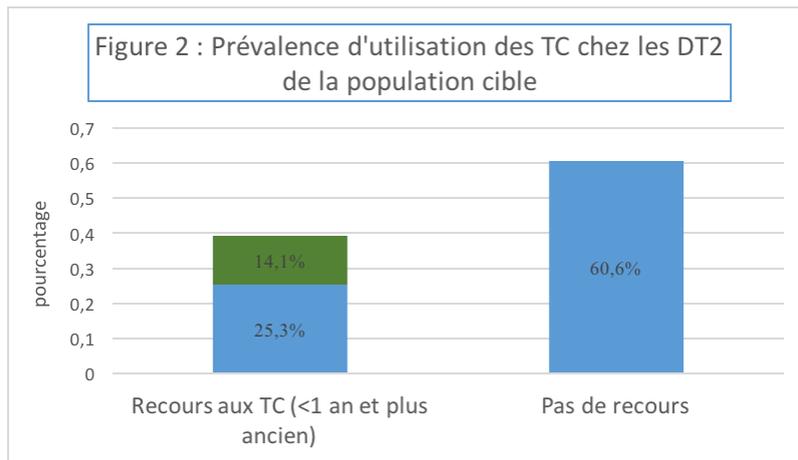
TOTAL n= 127	effectif	pourcentage
<u>Sexe</u>		
Femme	64	50,4%
<u>Âge</u>		
18-44 ans	8	6%
45-64 ans	46	36,2%
65-80 ans	52	41%
> 80 ans	21	17%
<u>Pays de Naissance</u>		
France	99	77,9%
<u>Culture Identitaire</u>		
Française	102	82,3%
<u>Diplôme</u>		
< baccalauréat	86	67,7%
> baccalauréat	41	32,2%
<u>Profession</u>		
Faibles revenus *	90	71,0%
Hauts revenus**	37	29,0%
<u>Ancienneté du DT2</u>		
< 10 ans	74	58,2%
> 10 ans	53	41,7%
<u>HTA</u>		
Oui	69	54,3%
<u>Complication(s) du DT2</u>		
0	88	69,2%
1	35	27,5%
2	3	2,4%
3	1	0,8%
<u>Autre maladie chronique</u>		
Oui	48	37,8%
*retraité, sans/en recherche d'emploi et étudiant		
**libérale, salarié, autres		

b) Influence des médias

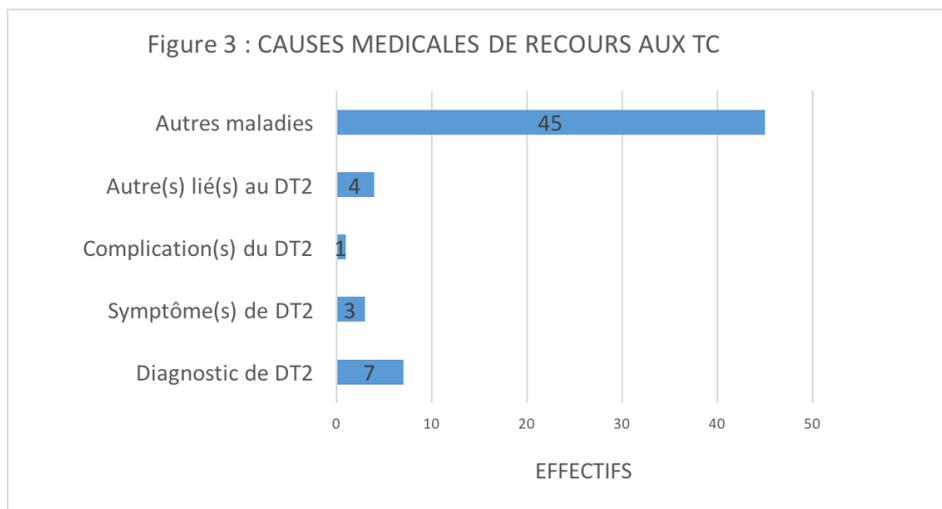
Tableau n°2 : Influence des médias sur les décisions de santé, dans la population cible

Énormément	n=3	2,4%
Partiellement	n=16	12,6%
Un peu	n=26	20,5%
Non	n=82	64,5%

c) Population ayant eu recours aux TC



• Figure 1 : **39,4%** (soit 50 personnes) ont eu recours à des TC, dont 18 dans les 12 derniers mois. 77 personnes ont déclaré n'avoir jamais eu recours aux TC.

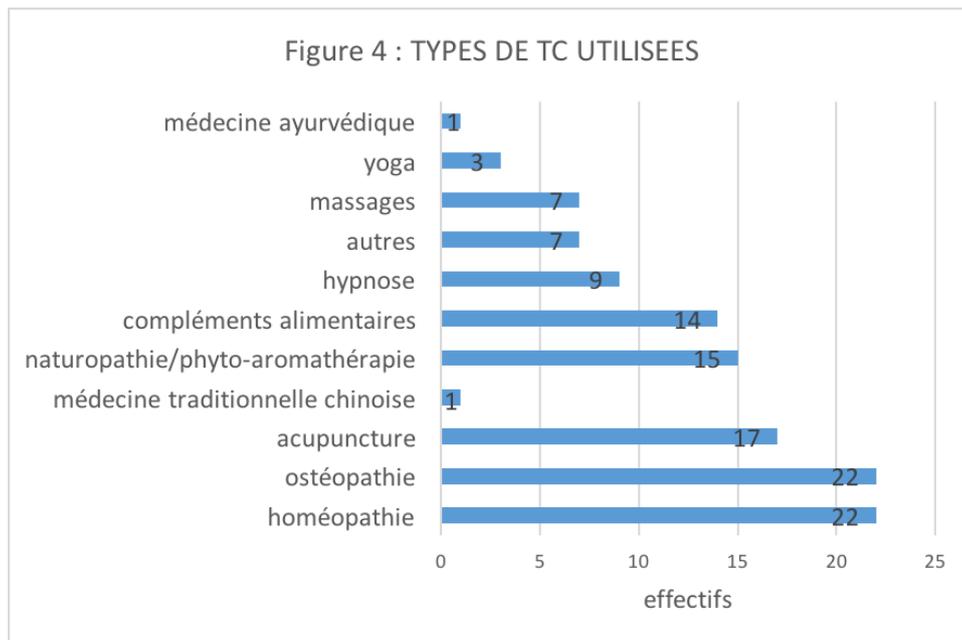


• Figure 2 : Pour 90% des utilisateurs de TC, la ou l'une des **raisons médicales** poussant au recours aux TC n'était pas le DT2 mais un symptôme ou une maladie différente.

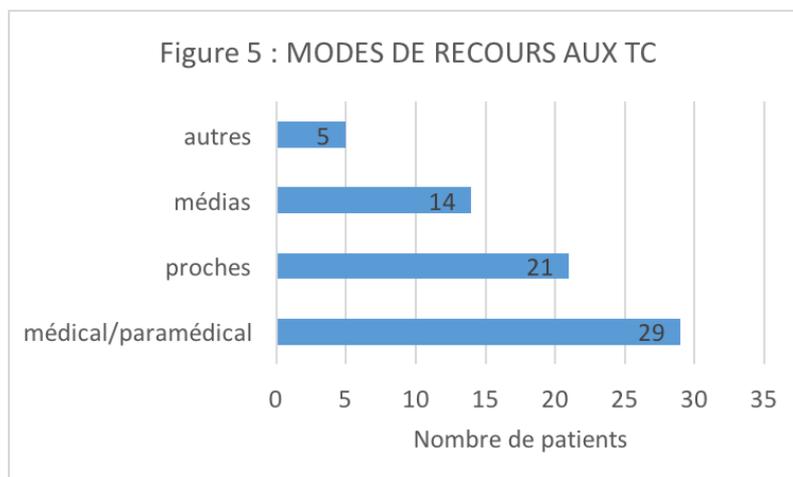
- **9,5%**(12 personnes) y ont eu recours pour leur **DT2**. 5,5 % à l'annonce du diagnostic de DT2. 6 personnes (4,7%) ont eu recours aux TC à cause de leur diabète uniquement et pas d'autre pathologie.

• 94% (n=47) ont eu recours aux TC **de façon complémentaire** (sans arrêter leur traitement conventionnel). 3 personnes l'avaient arrêté par choix personnel.

• 90 % (n=45) souhaiteraient que les TC soient **intégrées dans le système de soins** conventionnel. 2 personnes ne le souhaitaient pas, et 3 ne se prononçaient pas.

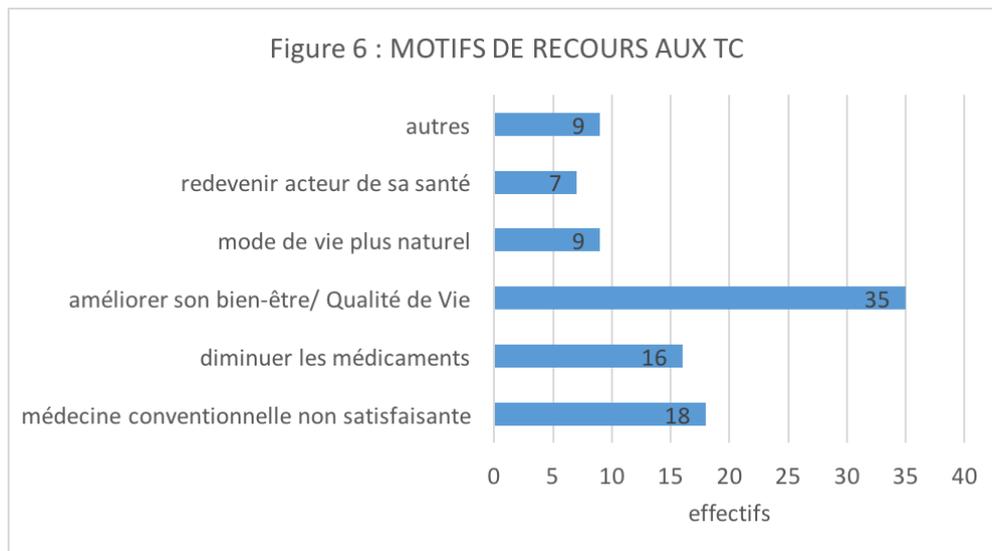


•Figure 3 : Les **types de TC** les plus utilisées étaient donc l'**homéopathie** et l'**ostéopathie**, par 44% des patients, puis l'**acupuncture** (34%). Les TC utilisées pour le DT2, si précisées, étaient : l'aloé vera, la relaxation, le magnétisme, l'hypnose. -22 personnes (44%) avaient eu recours à **3 (et plus) types de TC différents**, 13 à 2 types de TC, et 15 à un seul. À noter que les 12 utilisateurs de TC pour le DT2 avaient une moyenne de 2,75 types de TC utilisées.



•Figure 4 : Le **mode d'orientation** majoritaire était donc le **médecin et professionnel paramédical** (58%) ; ensuite les proches (famille/amis), puis les médias et enfin les autres modes (livre, flyer, formation personnelle, en magasin).

-33 personnes avaient été orientées par **un seul mode** (66%), 15 personnes par 2 modes et 2 personnes avaient déclaré 3 modes.

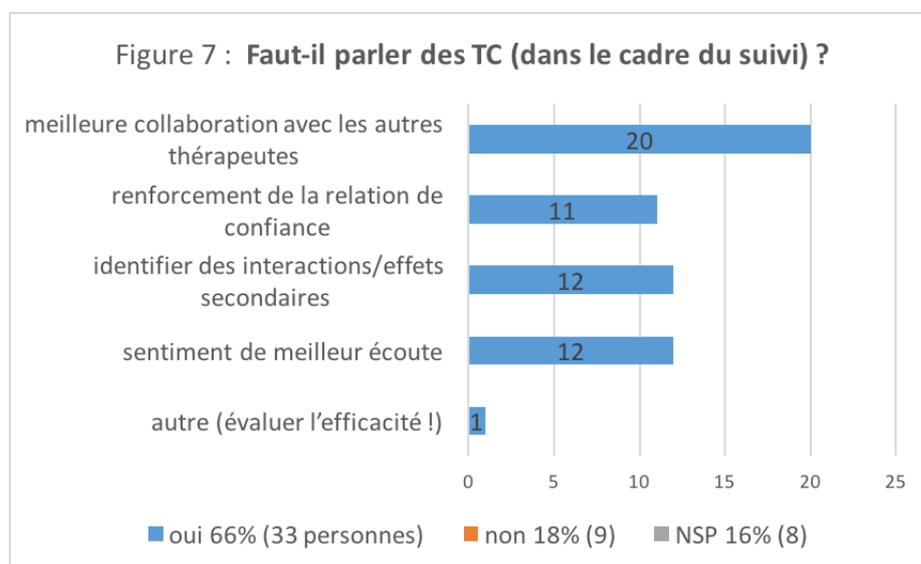


- Figure 5 : 46 % (n=23) ont choisi un seul motif à leur recours, 17 personnes 2 raisons et 10 personnes 3 raisons et plus.

d) Communication avec le médecin traitant autour du recours aux TC :

- Pour **78 %** (n=39) leur **médecin** était **au courant** du recours. Ceux qui n'en avaient pas parlé avec leur médecin, ont évoqué les raisons suivantes : "on ne prêche pas un convaincu", "je n'ai pas eu l'occasion d'en parler ni ressenti le besoin", "il désapprouverait, et je ne souhaite pas en parler parce que c'est du passé ", "manque de compétence des médecins traditionnels, et manque de discernement en terme de diagnostic", "il désapprouverait, pas de raison d'en parler", "pas eu l'occasion d'en parler", "il ne pourrait pas comprendre, désapprouverait".

- 66% (n=33) n'avaient pas été interrogé sur un éventuel recours aux TC, parmi lesquels **34% (n=17) auraient souhaité en parler** (davantage), et 8% (n=4) ne se prononçaient pas.



- Figure 6 : Parmi ceux qui ont répondu non, pour 5 personnes (10%), parler n'était pas nécessaire parce que c'était un ordre du médecin traitant.

3. Étude comparative

Tableau n°3 : Comparatif des profils entre utilisateurs et non-utilisateurs de TC chez les DT2.

Total n=127	Utilisateurs de TC n= 50 (39,4 %)		Non utilisateurs n=77		p
<u>Sexe</u>					
Homme	22	17,3%	41	32,3%	0,31
Femme	28	22,0%	36	28,3%	
<u>Age</u>					
18-64 ans	26	20,5%	28	22,0%	0,19
65-80 ans	18	14,2%	34	26,8%	
> 80 ans	6	4,7%	15	11,8%	
<u>Pays de Naissance</u>					
France	38	29,9%	61	48,0%	0,83
Autre	12	9,4%	16	12,6%	
<u>Culture Identitaire</u>					
Française	33	26,0%	69	54,3%	0,0010
Autre	17	13,4%	8	6,3%	
<u>Diplôme</u>					
< baccalauréat	25	19,7%	61	48,0%	0,0005
> baccalauréat	25	19,7%	16	12,6%	
<u>Statut professionnel</u>					
Hauts revenus**	20	15,7%	17	13,4%	0,029
Faibles revenus*	30	23,6%	60	47,2%	
*retraité, sans/en recherche d'emploi et étudiant					
**libérale, salarié, autres					

<u>Ancienneté du DT2</u>					
< 10 ans	29	22,8%	45	35,4%	0,85
> 10 ans	21	16,5%	35	27,6%	
<u>HTA</u>					
Oui	28	22,0%	41	32,3%	0,9
Non	22	17,3%	36	28,3%	
<u>Complication(s) du DT2</u>					
Non	32	25,2%	56	44,1%	0,32
Oui	18	14,2%	21	16,5%	
<u>Autre(s) maladie(s) chronique(s)</u>					
Oui	27	21,3%	21	16,5%	0,0024
Non	23	18,1%	56	44,1%	
<u>Influence des médias</u>					
Énormément					0,39
Partiellement	11	8,7%	18	14,2%	
Un peu					
Non	39	30,7%	69	54,3%	

4 facteurs étaient associés significativement au recours aux TC : la culture identitaire autre que française, le diplôme et la profession relevant d'un haut niveau socio-économique, et la présence de maladie(s) chronique(s).

-Par ville, il n'y a **pas** eu de **différence** significative entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de TC ($p=0,24$). En effet parmi les utilisateurs de TC : 4/8 étaient de Floirac, 5/11 de Figeac, 2/8 de Grenade, 13/37 de Labastidette, 3/6 de Langoiran, 16/38 de Montendre, 3/4 de Parentis-en Born, et 4/15 de Tarbes.

Une carte positionnant chaque ville est mise en **annexe 2**.

V. DISCUSSION

-Nous avons pu répondre à l'objectif principal de cette étude, qui était **original en France**, en évaluant le recours aux TC dans la population choisie des diabétiques de type 2.

En France le sujet des TC avait déjà été abordé pour la population des cancéreux, en soins primaires, mais pas en diabétologie. Dans la littérature internationale, ce sujet était déjà largement étudié, avec des prévalences allant de 72,8% aux États-Unis à 17 % au Royaume-Uni ⁽¹⁰⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾.

-Le sujet des **TC** est cependant un **concept récent**, nouvellement croissant en France, et actuellement encore **difficile à manier en recherche** :

-Premièrement parce qu'il n'y a pas de définition consensuelle ni pour les patients ni les soignants⁽⁴⁾. C'est donc confusiogène pour les patients surtout lorsqu'une TC est prescrite sur une ordonnance, de surcroît si elle a le même aspect qu'un médicament (par exemple pour certains comprimés de phytothérapie).

-Ensuite, c'est un sujet plutôt tabou, tabou pour les patients, pour les raisons déjà développées dans les généralités.

1. Méthodologie

a) Questionnaire

Il était perfectible tant au niveau de la forme que des formulations et mots choisis :

-l'**organisation** du questionnaire était discutable et aurait peut-être été plus claire si les questions concernant les utilisateurs de TC avaient été regroupées ensemble. C'est-à-dire en mettant les 3 premières questions après la section "Vous et votre santé". En effet plusieurs personnes avaient rempli la partie "vous et les médecines douces" alors qu'ils n'y avaient jamais eu recours.

La phrase essayant de les orienter sur la nécessité de continuer ou non à remplir le questionnaire était donc peu efficace.

-pour la **question 1**, 1 ère case, il aurait été préférable de préciser "oui, au moins une fois dans ma vie", ou bien d'ajouter une question précisant le nombre moyen de recours acquis par le passé.

Certains que nous avons accompagnés pour remplir le questionnaire avaient du mal à dire oui. Ils rappelaient que c'était leur médecin qui leur avait conseillé cette thérapie, et affirmaient que cela ne pouvait donc pas être une ou des TC. Ils avaient du mal à répondre à cette première question car le concept de médecine douce était trop flou pour eux. Il aurait alors été judicieux de préciser en introduction du questionnaire, des exemples de médecines douces en citant par exemple l'homéopathie, l'ostéopathie et la phytothérapie. Par ailleurs, des patients avaient coché non et ensuite oui, après avoir répondu à la question 2.

-le terme de “massages” était également source de confusion pour certains patients qui avaient reçu des soins de massages par un masseur-kinésithérapeute.

-pour le **recueil de l'âge**, une perte d'information (répartition des âges, moyenne d'âge) aurait pu être évitée simplement en demandant la date de naissance.

-à la **question 11** : le mot “possible” aurait été préférable plutôt qu’“inclus” pour l'insuline. Il aurait fallu ajouter : “(ou un traitement contre l'hypertension)” pour être plus clair. La case “autre” manquait dans les complications du diabète. Enfin, des exemples de maladies chroniques ou co-morbidités auraient dû être donnés, pour ces patients qui s'interrogeaient sur le sens de ces termes.

-à la **question 16**, il aurait été intéressant de préciser à quelle fréquence le patient informe son médecin d'éventuel(s) traitement(s) parallèle(s), car pour la plupart les recours étaient multiples et non ponctuels.

-à la **question 17**, il manquait une case “non concernée car le médecin était le prescripteur”.

Le **choix d'un autoquestionnaire** était à double tranchant : il a permis aux patients d'exprimer leur avis portant sur un sujet sensible. Cependant il fut difficile d'évaluer leur état de santé de façon objective, puisqu'ils n'en étaient pas toujours au courant de façon claire (présence de complications ou HTA), et de surcroît lorsque le vocabulaire n'était pas adapté à leur niveau de compréhension. Un *biais de mesure* a donc été impliqué.

En ce qui concerne les objectifs secondaires, un relevé d'ordonnance et/ou de biologie aurait été utile pour mieux évaluer leur état de santé, et à l'opposé une enquête qualitative plus appropriée pour évaluer en profondeur les opinions des patients et leur relation avec le médecin.

Ceci étant, pour une étude originale, ce choix d'autoquestionnaire a permis d'évaluer au mieux l'objectif principal et de pouvoir relever d'autres problématiques.

b) Mode de recrutement

Il a amené des *biais de sélection* : en effet la **répartition géographique** des villes choisies par département et le nombre de questionnaires recueillis n'étaient **pas équilibrés**.

-un tirage au sort des cabinets par région aurait été plus représentatif, comme dans

une étude parisienne ⁽⁴⁷⁾ , mais la faisabilité sur de grandes distances reste discutable.

- la patientèle de seulement 2 cabinets sur 7 étaient les plus représentés. Cela démontre que les patients DT2 avaient besoin d'être poussés, chapeautés, pour remplir le questionnaire. Dans le cabinet ayant recruté le moins de patients, les médecins manquaient de temps car ils avaient déjà d'autres questionnaires à distribuer.

-un **mode de recrutement plus homogène** aurait été possible sur d'autres lieux. Par exemple les ateliers d'Éducation Thérapeutique du Patient, les services ou les consultations d'endocrinologie-diabétologie. Ils auraient permis un recrutement plus ciblé, plus continu et reposant sur une seule personne pour intercepter les DT2 et les faire remplir le questionnaire. Cependant la relation avec l'équipe pluridisciplinaire aurait probablement orienté différemment les réponses au questionnaire.

2. Résultats

-Les 158 questionnaires récupérés représentent une faible proportion de patients du nombre réel de DT2 passant dans les 7 cabinets de groupe de médecine générale. Les diabétiques n'ayant pas remplis ou remis de questionnaire, étaient peut-être plus **fatalistes** (commentaire à une secrétaire "à quoi bon faire de la recherche sur cette maladie qui est vouée à finir avec des piqûres à insuline et le pied coupé?!"), ou simplement dans le **déni de leur maladie**, donc ne se sentaient pas concernés. À noter que beaucoup de questionnaires distribués par le médecin traitant en consultation, n'avaient jamais été retournés dans l'urne. Les **troubles de la vue** (liés à l'âge et/ou le diabète) ont pu être un obstacle pour quelques DT2 à remplir le questionnaire.

-31 questionnaires exclus sur 158 (19,6%) représente un fort pourcentage de questionnaires non exploitables. Ce chiffre vient souligner ses défauts de compréhensibilité.

L'illettrisme est fréquent dans les populations précaires et également chez les non-caucasiens. Eux-mêmes sont des populations plus exposées au risque de DT2 ⁽⁴⁸⁾.

On peut donc supposer que l'**illettrisme** est plus fréquent chez les DT2, et qu'il a également empêché une partie des DT2 à bien remplir les questionnaires. D'ailleurs on rappelle que 67,7% des DT2 n'avaient pas le baccalauréat, et 16,5% aucun diplôme.

À noter que la prévalence de recours aux TC aurait été de 48,1% s'ils avaient été tous

comptabilisés (n=76/158). Cela montre un probable autre **biais de recrutement** surestimant le recours, lié aux sujets : ceux intéressés, a priori utilisateurs des TC, auraient été les plus motivés à retourner les questionnaires remplis.

On peut légèrement contrebalancer en tenant compte des faibles minorités se soignant de manière alternative quasi-exclusive. Celles-ci ne venant pas ou peu aux cabinets de médecine générale n'ont donc pas été comptabilisées.

a) Caractéristiques socio-médicales

Il serait intéressant d'étudier de plus près la **représentativité de l'échantillon** de DT2.

Nous pouvons souligner que :

-Contrairement à la population de DT2 générale, dans notre étude il y avait presque autant de femme que d'homme (sex ratio 0,98 contre 1,53 habituellement selon l'INSERM ⁽⁴⁹⁾).

-Le niveau d'éducation de notre échantillon de DT2 était légèrement plus élevé que la moyenne, selon l'INVS ⁽⁵⁰⁾. Ce qui va peut-être de paire avec le possible *biais de recrutement lié aux sujets*, surestimant les utilisateurs de TC, connus pour appartenir à une classe sociale plus éduquée.

-La part de personnes nées à l'étranger est semblable à celle des DT2 en général (étude ENTRED 2007).

-La présence d'autre(s) maladie(s) chronique(s) (à 38%) doit être sous estimée, lorsqu'on considère que 68% des patients avaient plus de 65 ans. Cela est certainement lié à un *biais de mémoire/d'interprétation*.

b) Population ayant eu recours aux TC

-La **prévalence de recours aux TC** (39,7%) est similaire aux autres études françaises en population générale (tout venant en cabinet de médecine générale) : 34,1% dans l'Oise, 41,3% dans le Nord, 42,7 % à Paris, ^{(51) (52) (47)} et 40% retenus par l'Ordre des Médecin ⁽³⁾.

C'est également comparable aux 34% de diabétiques aux EU en 2010 ⁽⁵³⁾.

Ceci dit, ce chiffre est moins élevé que les 75% estimés par Dr I. Nègre lors du 12ème congrès de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur ⁽⁵⁴⁾, ou les 75% de Français en 2002 selon l'OMS, ou encore les 88% dans le Languedoc-Roussillon ⁽⁵⁵⁾.

À noter qu'en cancérologie, toujours en France, on retrouve également ce genre de disparité dans les prévalences de recours aux TC, allant de 34%⁽⁵⁶⁾ à 80%⁽²⁾.

La principale explication est que la définition de TC varie selon les études⁽⁵⁶⁾.

Nous pouvons dire que cette proportion chez les DT2 n'est pas plus forte que dans la population générale, contrairement à l'étude aux EU de 2002 qui définissait le DT2 comme plus fort consommateur de TC⁽¹¹⁾.

-14,2% de **recours dans l'année**, c'est également similaire aux chiffres pour la population générale : 18,1% à Paris en 2010, 13,5% dans l'Oise en 2012.

- Avec 94% de **recours complémentaires** et non alternatifs, nous pouvons conclure que nos DT2 n'étaient ni dans un rejet ni une défiance en la médecine occidentale mais bien dans la recherche d'une complémentarité, d'une aide supplémentaire à la médecine conventionnelle. La revue de la littérature de 2017 aux EU positionne également les DT2 dans un recours majoritairement complémentaire⁽¹²⁾.

-Notre questionnaire donnait une évaluation générale du recours (toutes pathologies confondues) et ne permettait pas de préciser si l'éventuelle TC utilisée pour le DT2 avait été faite de manière alternative ou complémentaire. Il faudrait donc une étude supplémentaire, sur un plus grand nombre de DT2, pour le préciser.

-Les **raisons médicales de recours** aux TC étaient surtout reliées à d'autres maladies chroniques que le DT2, ou comorbidités difficiles à soigner en médecine occidentale. Cela est concordant avec la littérature⁽⁵⁷⁾ qui met en avant les problèmes musculo-squelettiques⁽¹⁾⁽⁴⁷⁾ ou de manière plus détaillée « les problèmes de santé qui n'ont aucune cause ni aucun traitement connus » soit l'arthrite, le mal de dos chronique, les troubles digestifs, les allergies, les maux de tête et l'insomnie⁽⁵⁸⁾.

- Le **recours lié au diabète** était faible (9,5%). Plus faible qu'aux EU, où ce taux atteignait 20% (ou 35% en incluant les prières et pratiques spirituelles) en 2002⁽⁵⁹⁾. Cela peut s'expliquer par un recours global plus important aux TC aux EU (57%) et par un coût individuel de la médecine conventionnelle plus important qu'en France⁽¹²⁾, faisant peut-être opter les DT2 pour un traitement traditionnel.

L'hypothèse qu'ils aient de faibles voire pas de connaissance sur l'existence de TC

antidiabétiques pourrait aussi expliquer ce faible recours pour leur diabète. Cela pourrait se vérifier lors d'une étude ultérieure.

Ce recours est également plus faible que dans les pays en voie de développement, où les TC traditionnelles sont plus populaires. En prenant les exemples du Nigeria et de la Turquie, les prévalences de recours aux TC *pour* le DT2 étaient respectivement de 46% et 26,9%⁽⁶⁰⁾⁽⁴⁵⁾. Il est intéressant de souligner que dans ces 2 études les recours étaient en complémentaire, en non alternatif. De plus, l'adhérence médicamenteuse était évaluée très bonne (94%) au Nigeria, et en Turquie (98,3%).

Cela suggère qu'un recours aux TC antidiabétiques plus répandu ne diminuerait pas l'adhésion médicamenteuse (à elle seule).

Une autre étude chez les DT2, canadienne, montrait que l'observance à la médecine conventionnelle n'était pas plus basse chez les utilisateurs de TC⁽⁶¹⁾.

On peut donc penser qu'une sensibilisation des patients à l'existence de TC antidiabétiques ne viendrait pas diminuer leur adhésion thérapeutique.

Ces 3 résultats précédents laissent penser que les français utilisateurs de TC savent évaluer ce qui doit relever de la médecine classique, de ce qui peut se traiter par une TC⁽⁵¹⁾⁽⁴⁷⁾. Il n'y a **pas de retard à la prise en charge conventionnelle** chez les DT2.

-Les **types de TC** les plus utilisées étaient : l'ostéopathie et l'homéopathie, et l'acupuncture, puis la naturo-phyto-aromathérapie et les compléments alimentaires. Ces 3 pratiques sont également les plus fréquentes dans les autres études françaises et autres pays développés (par exemple EU, Croatie, Allemagne)⁽⁵¹⁾⁽⁴⁷⁾. Il semble que leur reconnaissance par l'Ordre des médecins et l'Académie de médecine, font d'elles des TC plus populaires en France, d'autant plus qu'elles sont des plus disponibles en terme d'offre de soins. Elles sont également des plus remboursées : à 35% par la sécurité sociale pour l'homéopathie par ailleurs très peu onéreuse ; à hauteur de 20,06 € pour l'ostéopathie, et 18 € pour l'acupuncture, si appliquées par un médecin. Une couverture par les mutuelles est également fréquente.

-Pour les TC utilisées pour le diabète, notre étude ne permettait pas de dresser un classement car le nombre d'effectifs (n=12) était trop faible. Néanmoins, les quelques TC citées correspondaient avec les plus fréquemment utilisées pour le DT2.

-Le corps médical (et paramédical) était remis en avant, comme principal **mode de**

recours. Dans les anciennes études françaises de 2010 et 2012 en médecine générale, le mot du médecin n'avait été décisif que pour 17 et 19%. Cependant ces études n'incluaient pas les infirmières ni kinésithérapeutes. Les proches étaient les plus influents, ce que retrouvait également Dr Trager en oncologie en 2007⁽⁵⁶⁾. Cela suggère que les moeurs en terme de décision médicale évoluent : si avant les patients avaient tendance à faire confiance à des sources et personnes non-soignantes voire non-scientifiques, aujourd'hui ils s'en remettent, voire réclament le médecin comme personne ressource ⁽⁹⁾.

Cela laisse également à penser que, peut-être, les patients mais aussi les médecins, ont été sensibilisés aux TC, et communiquent voire prescrivent davantage les TC aujourd'hui.

-Le **motif de recours** majoritaire était semblable à ceux de la littérature, qui souligne les vides thérapeutiques de la médecine académique. Parce que peu de patients avaient coché "redevient acteur de sa propre santé", nous pouvons penser que la notion de responsabilisation, d'autonomisation du patient, inhérente à la décision médicale partagée, n'est pas encore totalement intégrée à leur démarche de recours aux TC.

-Le **souhait d'intégrer les TC** dans le système de soin conventionnel montre la satisfaction des patients, et l'espoir que les TC ne soient pas laissées de côté mais bien additionnées à leur parcours de soin. Ce souhait se retrouve également dans une autre thèse toulousaine ⁽³³⁾. 2 patients s'interrogeaient néanmoins, et à juste titre, sur les conséquences d'un accès facilité voir gratuit aux TC, en évoquant l'abus de consommation. Cette préoccupation financière est également partagée par les pouvoirs publics ⁽²⁾.

-La **communication avec le médecin traitant** autour des TC était meilleure que dans les autres études : dans l'Oise seulement 59% des médecins traitants était au courant du recours ⁽⁵¹⁾, à Paris seulement 51% ⁽⁴⁷⁾, 37% en population générale aux EU ⁽⁵³⁾, 12% des DT2 en Turquie ⁽⁴⁵⁾, 6 % dans une étude indienne parmi les diabétiques hospitalisés ⁽⁶²⁾.

Cela suggère que nos DT2 avaient une relation de bonne qualité avec leur médecin traitant, comme une thèse lyonnaise en population générale ⁽⁶³⁾.

c) Étude comparative

-L'âge et le sexe féminin n'étaient pas significatifs, contrairement à plusieurs études qui les retrouvent comme associés au recours aux TC ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁶⁰⁾.

-L'influence des médias non plus, n'a pas fait partie des déterminants au recours aux TC. C'est pourtant la principale source de diffusion d'informations à leur propos. Cela suggère que nos patients utilisateurs de TC savent que les médias ne sont pas forcément objectifs. Les patients seraient donc prudent vis-à-vis des médias, ne prendraient pas pour argent-comptant ce qu'ils y entendent avant de faire une décision en matière de santé.

-La culture identitaire avait été retrouvée, mais pas le pays de naissance, retenue dans une étude australienne⁽⁴³⁾. Cela suggère que ce sont plus les valeurs et les représentations personnels des DT2 construites avec leur éducation qui les poussent à recourir aux TC, plus qu'un rattachement aux moeurs du pays de naissance.

-La durée du diabète et le degré de complications sont souvent retenus dans la littérature comme facteur de recours aux TC⁽¹⁰⁾, mais ils n'ont pas été retrouvés dans notre étude. Cela montre que peu importe le poids de leur diabète, les patients ne se tournent pas vers les TC. Peut-être parce qu'ils seraient résignés à vivre avec leur maladie, et ne chercheraient pas de solutions innovatrices.

-La maladie chronique supplémentaire était significativement associée au recours aux TC, comme dans une étude américaine⁽⁵⁷⁾. Cela va dans le sens d'une recherche de mieux-être pour les maladies ayant des vides thérapeutiques en médecine conventionnelle.

-Le niveau socioéconomique est aussi souvent retrouvé dans la littérature⁽⁵⁷⁾. Il suggère que ces classes sociales seraient plus demandeuses de bien-être, et auraient un seuil du tolérable abaissé par leur monde professionnel plus exigeant, stressant. Également, elles ont l'avantage financier de pouvoir accéder aux TC.

3. Ouvertures

Toutes nos données convergent vers l'idée de renforcer l'implication du médecin généraliste comme coordonnateur de soins et référent en soins primaires. La qualité des consultations pour le DT2 pourrait s'améliorer en s'inspirant de la médecine intégrative par : une prise en charge plus globale, une communication de meilleure qualité, et un message plus positif sur leur avenir médical. Ouvrir la porte aux TC, par exemple pour enrayer leur DT2, serait sans grand risque à condition de maintenir la qualité de la relation de confiance et de former les médecins aux TC.

VI. CONCLUSION

La **prévalence** de recours aux TC était importante mais elle a possiblement été surestimée par un biais de recrutement, avec un taux de participation global peu élevé.

Les diabétiques de type 2 de notre étude avaient dans l'ensemble des **comportements et opinions envers les TC** qui étaient rassurants :

-Tout d'abord parce qu'il n'y avait quasiment pas d'abandon du traitement conventionnel. Ensuite il y avait très peu de recours aux TC pour leur diabète, donc pas de surrisque d'hypoglycémie. Enfin parce qu'ils avaient plutôt cherché à combler les vides thérapeutiques de la médecine conventionnelle, ce qui constitue un comportement responsable afin d'obtenir un mieux-être. La présence de maladie chronique supplémentaire constituait d'ailleurs un facteur associé significativement au recours.

-Les TC les plus utilisées étaient les plus populaires en France, celles qui sont les plus reconnues, mieux encadrées, et remboursées.

-Leur écoute pour le corps médical et paramédical plus que pour les médias ou les proches, suggère un bon niveau de confiance dans la relation soignant-patient. De plus, les patients souhaitaient en majorité augmenter les échanges à propos des TC dans le cadre de leur suivi et donc solidifier cette relation.

Cet **appel à ouvrir le dialogue** est largement plébiscité dans la littérature. Une meilleure visibilité puis une meilleure compréhension de ces pratiques ne peut être obtenue qu'en questionnant les patients.

-Le dialogue est dans l'intérêt du patient, qui manque souvent d'informations médicales précises pour faire un choix éclairé et donc plus approprié.

-Il affirme la position du médecin référent qui orchestre et articule les soins : la coopération avec les thérapeutes était, dans notre étude, la première motivation à communiquer davantage.

-Ceci pourrait se faire en s'inspirant des lignes directrices proposées en médecine intégrative par nos confrères québécois et américains (cf annexe 5). Ils nous invitent entre autre à explorer les raisons sous-jacentes au recours, en évaluant le contexte psycho-socio-culturel du patient. Cela renvoie d'ailleurs aux autres facteurs identifiés ici comme précipitant le recours aux TC : le haut niveau socio-économique et la culture identitaire.

Nous pouvons ainsi espérer que se concrétisent **dans le futur** :

- Une plateforme officielle d'informations recensant les connaissances actuelles sur les TC et leurs praticiens. Elles pourraient servir pour les soignants, et les patients.

Une humble liste de sites conseillés est mise en annexe.

- Une sécurisation des pratiques avec des formations et labels pour les thérapeutes et thérapeutiques biologiques.

- Une sensibilisation aux TC du corps soignant, par exemple universitaire.

- Une solution rémunératrice adaptée, peut-être forfaitaire, qui permettrait au médecin référent de prendre le temps de se documenter, de se former, puis de transmettre, d'éduquer et dialoguer avec le patient, afin de remettre de la cohérence dans son parcours de soins.

Ainsi, le patient serait mieux accompagné par son médecin référent, pour composer les meilleures décisions médicales partagées, pour sa santé et son bien-être.

BIBLIOGRAPHIE

1. EARDLEY S., BISHOP F.L., PRESCOTT P., et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forsch Komplementmed.* 2012 ; 19 Suppl 2 :18-28
2. REYNAUDI Mathilde. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? Note d'analyse n° 290. [Internet] Centre d'Analyse Stratégique 2012 [cité 7 août 2017] Disponible sur : <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>
3. ORDRE DES MÉDECINS - Webzine n°3 [Internet] [cité 6 mars 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
4. SICARD S. Les médecines non conventionnelles : enquête sur leur définition et appropriation par 25 professionnels de santé de la presqu'île guérandaise en 2009. Th D. : Médecine générale : Nantes : 2012 ; 43.
5. Wellness Evidence [Internet] [cité 13 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.wellnessevidence.com/wellnessevidence>
6. DENG G., CASSILETH B. Integrative oncology : an overview. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2014 ; 233-42.
7. ANLAUF M., HEIN L., HENSE H-W., et al. Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine. *Ger Med Sci* [Internet]. [23 juin 2015]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480118/>
8. NÈGRE I. Méthodes non médicamenteuses : compréhension actuelle des mécanismes d'action. [Internet] 6 sept 2013 [cité 26 juill 2017] Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/814898/data/revues/16245687/v14i3/S1624568713000346/>
9. ASSOCIATION FRANCOPHONE DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT. Place des thérapies complémentaires dans les Soins de support [Internet] [cité 15 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/place-therapies->

10. CHANG H., WALLIS M., TIRALONGO E. Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes : literature review. J Adv Nurs. mai 2007; 58(4) : 307-19.
11. EGEDE LE, YE X., ZHENG D., et al. The Prevalence and Pattern of Complementary and Alternative Medicine Use in Individuals With Diabetes. Diabetes Care. 1 févr 2002 ; 25(2) : 324-9.
12. KESAVADEV J. Efficacy and safety concerns regarding Complementary and Alternative Medicine use among diabetes patients. J Pak Med Assoc. février 2017; 67(2): 316-9.
13. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATIONS.Guidelines. [Internet] [cité 1 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html>
14. LEBON C, PLENECASSAGNES L. Les freins au changement des habitudes alimentaires dans le cadre du diabète de type 2 [Internet] Thèse d'exercice. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2016 [cité 30 janv 2018] 63 p. 2016TOU31013-1014. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1198/>
15. MASIK C. Le rôle des mesures hygiéno-diététiques dans la prévention et le traitement du diabète de type 2 [Internet] Thèse d'exercice. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2017 [cité 4 mars 2018] 196 p. 2017TOU32044. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1922/>
16. SCHEEN A-J. Antidiabétiques oraux dans le traitement du diabète de type 2 : perspectives historique et médico-économique. Médecine des Maladies Métaboliques. mars 2015 ; 9(2) : 186-97.
17. ELHADJI TOUMANE Coralie. Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 inclus dans un programme d'éducation. [Internet] Thèse d'exercice. UPEC. Faculté de médecine Paris Est Créteil ; 2014. [cité 15 mai 2018] 52 p. Format PDF. Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0657060.pdf>

18. SCHEEN A.J., GIET D. Non compliance to medical therapy : causes, consequences, solutions. Rev Med Liege. juin 2010; 65(5-6):239-45.
19. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé [Internet] [cité 1 mai 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante
20. TAYLOR R. Type 2 Diabetes : Etiology and reversibility. Diabetes Care. 1 avr 2013 ; 36(4):1047-55.
21. DIABETES IN CONTROL. Weight-Loss Surgery Leads to Diabetes Remission [Internet] A free weekly diabetes newsletter for Medical Professionals. 2017 [cité 6 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.diabetesincontrol.com/weight-loss-surgery-leads-to-diabetes-remission/>
22. MAYNERIS-PERXACHS J. et al. Effects of 1-Year Intervention with a Mediterranean Diet on Plasma Fatty Acid Composition and Metabolic Syndrome in a Population at High Cardiovascular Risk. PLoS One [Internet]. 20 mars 2014 ; 9(3). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961210/>
23. WOLFRAM T., ISMAIL-BEIGI F. Efficacy of High-Fiber Diets in The Management of Type 2 Diabetes Mellitus. Endocrine Practice. 16 août 2010 ; 17(1) : 132-42.
24. BARNARD ND., COHEN J., JENKINS DJ., et al. A low-fat vegan diet and a conventional diabetes diet in the treatment of type 2 diabetes : a randomized, controlled, 74-wk clinical trial. Am J Clin Nutr. 1 mai 2009 ; 89(5) :1588S-1596S.
25. BARNARD N.D., KATCHER H.I., JENKINS D.J., et al. Vegetarian and vegan diets in type 2 diabetes management. Nutrition Reviews. 1 mai 2009 ; 67(5) : 255-63.
26. CRANE G. Milton, SAMPLE Clyde, Regression of Diabetic Neuropathy with Total Vegetarian (Vegan) Diet. Journal of Nutritional Medicine. Vol 4, No 4 [Internet] 2009 [cité 4 mai 2018] Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13590849409003592>
27. PANG B., ZHOU Q., LI J-L, et al. Treatment of refractory diabetic gastroparesis :

Western medicine and traditional Chinese medicine therapies. *World J Gastroenterol.* 7 juin 2014 ; 20(21) : 6504-14.

28. PANTHI S, JING X, GAO C et al. Yang-warming Method In The Treatment Of Diabetic Peripheral Neuropathy : an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* [Internet] 2017 Aug 25 ;17(1) : 424 [cité 20 mai 2018] Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sdocadis.ups-tlse.fr/pubmed/28841867>

29. HUANG Y-Y, JIANG M, ZHANG C, et al. Benefits of Chinese Medicine Among Patients with Diabetic Foot : An Expert Review from Clinical Studies. *Curr Vasc Pharmacol.* 2015 ; 13(4):520-5.

30. SUN G, LI C, CUI W, et al. Review of Herbal Traditional Chinese Medicine for the Treatment of Diabetic Nephropathy. *J Diabetes Res.* 2016 ; 2016 : 5749857.

31. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève, Suisse. 2013. 75 p.

32. ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. Thérapies Complémentaires, Rapport Historique de l’Académie Nationale de Médecine. [Internet] 2013 [cité 7 août 2017]. Format PDF. 52 p. Disponible sur : <http://therapies-complementaires.com/rapport-academie-nationale-medecine-2013/> ou www.academie-medecine.fr/wp-content/.../4.rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf

33. ZUILY E. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles. Étude qualitative à partir d’un panel de 11 patients [Internet] Thèse d'exercice. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014 [cité 30 janv 2018] 59 p. 2014TOU31027. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/437/>

34. ZERHOUNI E. Les grandes tendances de l’innovation biomédicale au XXIe siècle : Leçon inaugurale prononcée le 20 janvier 2011. Chaire d’Innovation technologique Liliane Bettencourt. In : Les grandes tendances de l’innovation biomédicale au XXIe siècle [Internet]. Paris : Collège de France ; 2013. (Leçons inaugurales). Disponible sur : <http://books.openedition.org/cdf/434>

35. Médecine des 4P : Prédictive, Préventive, Personnalisée, Participative Les enjeux - Université de Nantes, Institut du thorax (unité Inserm UMR 1087-CNRS UMR 6291) LE

MAREC Hervé. [Internet] 2017 [cité 13 mars 2018]. 24 p. Format PDF. Disponible sur : https://documentfr.com/the-philosophy-of-money.html?utm_source=medecine-4p-predictive-preventive-personnalisee-participative-les-enjeux-pdf

36. FLANDRIN MOUALLEM A, Dréno P. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. 81 p. Th. D : Médecine générale : Nantes : 2013 ; 118.

37. Academic Consortium for Integrative Medicine & Health [Internet] [cité 22 août 2017]. Disponible sur : <https://www.imconsortium.org/>

38. GEETHA Nathalie. Et si nous nous inspirions du nouveau modèle de santé aux États-Unis ? Le Huffington Post [Internet] 2015 [cité 22 août 2017]. Disponible sur : http://www.huffingtonpost.fr/nathalie-geetha-babouraj/sante-integrative-etats-unis_b_7924428.html

39. DERMIGNY A. Internes de médecine générale et médecines alternatives et complémentaires : enquête nationale quantitative sur leurs connaissances, perceptions et attentes de formation au cours du troisième cycle. Th. D : Médecine générale : Lille : 2016 ; 247.

40. WHO. Medicine WHOP on T. Regulatory situation of herbal medicines : a worldwide review. 1998 [cité 22 mai 2018] Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63801>

41. HELMSTÄDTER A. Antidiabetic drugs used in Europe prior to the discovery of insulin. Pharmazie. sept 2007 ;62(9) :717-20.

42. KUMAR V., JAGANNATHAN A., PHILIP M., et al. Role of yoga for patients with type II diabetes mellitus : A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. avril 2016; 25:104-12.

43. MANYA K., CHAMPION B., DUNNING T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney. BMC Complement Altern Med. 12 janvier 2012 ; 12 :2.

44. CHING S.M., ZAKARIA Z.A., PAIMIN F., et al. Complementary alternative medicine use among patients with type 2 diabetes mellitus in the primary care setting : a cross-

sectional study in Malaysia. BMC Complement Altern Med. 26 juin 2013 ;13 :148.

45. ILHAN M., DEMIR B, YUKSEL S, et al. The use of complementary medicine in patients with diabetes. North Clin Istanb. 2016 ; 3(1) :34-8.

46. ALFIAN S.D., SUKANDAR H., ARISANTI N., et al. Complementary and alternative medicine use decreases adherence to prescribed medication in diabetes patients. Annals of Tropical Medicine and Public Health. 1 mai 2016 ; 9(3) :174.

47. MAYER LEVY Clarisse. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. 52 p. Th. D : Médecine générale : Paris 5 : 2010 ; 174.

48. FONDATION RECHERCHE MÉDICALE. Diabète : La maladie. [Internet] [cité 8 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.frm.org/diabete/facteurs-de-risque-et-prevention-des-diabetes.html>

49. INSERM. Diabète de type 2 [Internet] [cité 8 mai 2018] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>

50. FOSSE-EDORTH S., ESCHWEGE E., GAUTIER A., et al. Impact of socio-economic position on health and quality of care in adults with Type 2 diabetes in France : the Entred 2007 study. Diabetic Medicine. nov. 2015 ; 32(11) :1438-44.

51. AIT M'HAMMED M. Évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. [Internet] Thèse d'exercice. Université de Picardie Jules Vernes ; 2012 [cité 1 juin 2017] 64 p. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theseimg.fr/1/node/105>

52. LIU K. Recours aux médecines complémentaires et alternatives par les patients en médecine générale dans le département du Nord [Internet] Thèse d'exercice : médecine générale : Université de Lille 2, 2014 [cité 8 mai 2018] 61 p. 2014LIL2M354 Format PDF. Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2973>

53. BIRDEE G.S., YEH G. Complementary and Alternative Medicine Therapies for Diabetes : A Clinical Review. Clinical Diabetes. 2 oct. 2010 ; 28(4) :147-55.

54. PARZY L. Perception des médecines complémentaires et alternatives par les patients.

nombre de page inconnu. Th. D. : Médecine générale : Lille : 2016 ; 91

55. CHAMARD A. État des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon : étude quantitative auprès de patients et de médecins. 113 p. Th. D : Médecine générale : 2016 ; 1045.

56. TRAGER S. Étude de l'utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie. 70 p. Th. D : Médecine. Paris 7. 2005 ; 034.

57. BELL R.A., SUERKEN C.K., LANG W., et al. Complementary and alternative medicine use among adults with diabetes in the United States. *Altern Ther Health Med.* oct. 2006 ; 12(5) :16-22.

58. Thérapies complémentaires et alternatives. Savoirs et soins infirmiers - 60-675-B-10. [Internet] 7 sept 2009 [cité 23 avril 2018] Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/221325/therapies-complementaires-et-alternatives>

59. YEH G.Y., EISENBERG D.M., DAVIS R.B., et al. Use of complementary and alternative medicine among persons with diabetes mellitus : results of a national survey. *Am J Public Health.* oct. 2002 ; 92(10) :1648-52.

60. OGBERA A.O., DADA O., ADEYEYE F., et al. Complementary and alternative medicine use in diabetes mellitus. *West Afr J Med.* juin 2010 ; 29(3) :158-62.

61. WIENS M.O., GRUNAU B.E. Exposure to Alternative Healthcare Providers and Adherence to Guidelines among Patients with Diabetes. *Can J Diabetes.* déc. 2011 ; 35(5) :512-7.

62. N. Monica, CR Jayanthi, PANCHAKSHARIMATH P. Use and satisfaction of complementary and alternative medicine among diabetic patients in a tertiary care hospital. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology.* 21 déc. 2016 ; 5(6) :2521-7.

63. DUBOIS-COURVOISIER J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? : Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés. 357 p. Th. D : Médecine Générale : Lyon : Université Claude Bernard : 2011 ; 049.

64. BD Medical - Unité Diabète - Tout savoir sur le diabète - Histoire du diabète [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.bd.com/fr/diabetes/page.aspx?cat=6979&id=14021>
65. BRUGGMANN E. Étude des représentations du patient diabétique de type 2 vis-à-vis des mesures hygiéno-diététiques et identification des processus de changements de comportements. 170 p. Th. D : Médecine : Lyon, Université Claude Bernard : 2014 ; 065.
66. SIMON D., BOURGEON M., BALKAU B. Insulinosensibilité et groupes ethniques. /data/revues/12623636/00270002/215/ [Internet] 17 févr 2008 [cité 6 mars 2018] ; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/79999>
67. SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE [Internet] [cité 6 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.sfendocrino.org/article/693/item-ue8-ot-245-diabete-sucre-de-types-1-et-2-de-l-enfant-et-de-l-adulte>
68. OMS. Diabète [Internet] [cité 4 mars 2018] Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
69. INVS. Diabète [Internet] [cité 4 mars 2018] Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete>
70. DE LAGASNERIE G., AGUADE A-S., DENIS P. The economic burden of diabetes to French national health insurance : a new cost-of-illness method based on a combined medicalized and incremental approach. Eur J Health Econ. 2018 ;19(2) :189-201.
71. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas [Internet] [cité 6 mars 2018] Disponible sur : <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions et épidémiologie du DT2 :

Sa description commence très tôt dans la médecine, probablement bien avant l'Antiquité (64). Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme ne peut produire suffisamment d'insuline ou ne peut l'utiliser correctement. Il en résulte une hyperglycémie et des complications vasculaires et neurologiques.

La **physiopathologie** du diabète de type 2 (=DT2) n'est pas encore totalement élucidée, mais on peut parler de défaut de sécrétion d'insuline et d'insulinorésistance des organes périphériques, principalement du tissu musculaire et du tissu adipeux. Celle-ci est en proportion variable selon les individus (65).

Une maladie **multifactorielle** favorisée par :

Des facteurs héréditaires : antécédents familiaux, différence ethnique de sensibilité à l'insuline (en France : noirs, asiatiques et insulaires du Pacifique) (66) ; un antécédent de diabète ou d'hyperglycémie (diabète gestationnel, intolérance au glucose), l'âge avancé, le genre masculin.

Et des facteurs modifiables liés au mode de vie : un syndrome métabolique, la sédentarité, l'alimentation, les situations de stress, des polluants chimiques (perturbateurs endocriniens, xénobiotiques...) (15).

La liste s'allonge au fur et à mesure des recherches qui tentent d'en élucider tous les mécanismes.

Le **diagnostic** du DT2 se fait par la mesure de la glycémie à jeun supérieure ou égale à 7,0 mmol/l ou 1,26 g/l et ce à deux prises de mesure séparées dans le temps. En présence de symptômes (soit importante, polyurie, somnolence), une seule mesure est nécessaire.

En 2011, l'hémoglobine glyquée (=HbA1c) avec une valeur seuil de 6,5% est proposée par l'OMS, mais n'est pas (encore ?) intégrée dans les recommandations françaises (67).

Une **épidémie** mondiale voire une pandémie :

L'OMS estime en effet à plus de 422 millions le nombre de personnes diabétiques dans le monde en 2014. Le DT2 représente près de 90 % des diabètes et commence à être de plus

en plus présent chez les enfants et les adolescents. De plus, son incidence est nouvellement forte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (68).

Un enjeu de santé publique :

En France, selon l'Institut National de Veille Sanitaire (=INVS), le taux de prévalence atteint 5.0 % en 2015, soit 3,3 millions de personnes, avec un taux de croissance annuel de 5.7 % (69).

En 2012, 10 milliards d'euros ont été attribués aux dépenses directement liées au diabète, pour 3 millions d'individus (5% de la population). Cela représentait 7,9% de la dépense totale remboursée à la population entière (70).

Lorsque le diabète n'est pas contrôlé, il donne lieu à des **complications** diverses :

En effet, il est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs.

Il est ainsi impliqué dans 1 décès toutes les 6 secondes, soit 5 millions de morts pour l'année 2015 selon l'International Diabetes Federation (=IDF) (71).

Les patients diabétiques de type 2 sont souvent porteurs de plusieurs **co-morbidités** qui font d'eux des malades polyopathologiques certains (obésité, syndrome métabolique, troubles musculo-squelettiques, dépression, cancer).

Questionnaire anonyme en vue d'une THESE :	
Utilisation des « médecines douces » chez les patients diabétiques en cabinet de médecine générale	Mlle MARZA Maya juillet à octobre 2017 Sud Ouest de la France

Bonjour,

Un grand MERCI d'avance pour votre participation à ce travail de thèse.

Avant de commencer, assurez-vous bien que :

- Vous avez plus de 18 ans et un diabète de type 2 (n'hésitez pas à demander à votre médecin)
- C'est la 1ère fois que vous remplissez ce questionnaire (pour éviter les doublons anonymes)
- Vous consentez** à ce que vos données soient traitées (de façon anonyme) dans le cadre universitaire de cette thèse.

*Ces données sont destinées à cet usage universitaire uniquement et ne seront **pas conservées par la suite**.*

Quelques définitions :

-Les médecines douces :

Aussi appelées complémentaires et alternatives, traditionnelles, naturelles...etc.

Terme populaire pour désigner 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 (selon l'OMS).

Elles se distinguent par des méthodes issues de traditions orientales, ancestrales ou récentes et elles partagent plusieurs concepts communs comme l'union du corps et du psychisme, l'énergie, l'équilibre (selon le Larousse des médecines douces).

Leur encadrement universitaire et légal est en cours de construction.

-La médecine conventionnelle :

Aussi appelée allopathique, occidentale, classique ou encore Evidence-Based Medicine.

En France elle est pratiquée par des Docteurs diplômés de l'Etat français ; encadrée, réglementée et remboursée par le système de soins conventionné français.

Pourquoi étudier les médecines douces chez les diabétiques ?

-Les médecines douces sont de plus en plus **populaires** en France, parce qu'entre autre, elles constituent une **aide supplémentaire** à la prise en charge des maladies.

-Le diabète est une **maladie épidémique et de santé publique**, c'est à dire qu'elle est de plus en plus fréquente et qu'elle est parfois liée à des problèmes de santé graves.

-En France, le recours à ces thérapies est peu étudié chez les diabétiques, alors qu'il est mieux étudié chez les cancéreux. Par exemple, nous ne savons pas combien les utilisent, d'où mon **objectif principal**, identifier la **fréquence d'utilisation des médecines douces chez les diabétiques**.

-Ces thérapies suscitent intérêts et controverses, et perturbent parfois la relation dans le **suivi** avec le médecin traitant, pourtant primordiale dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

Afin d'éclaircir ces problématiques et d'optimiser votre prise en charge, je vous invite à remplir ce questionnaire.

VOUS ET VOTRE SANTE

10- Votre diabète est : récent (< 1 an) "d'âge moyen" (1 à 10 ans) ancien > 10 ans

11- Avez-vous ?

un traitement par médicament(s) pour le diabète (*insuline inclus*)

une hypertension artérielle

une complication du diabète : aux yeux aux reins au cœur

autre(s) maladie(s) chronique(s) (en citer 1 ou 2) :

*(! La suite et fin du questionnaire ne vous concerne pas
si vous n'avez jamais eu recours aux médecines douces)*

VOUS ET LES MEDECINES DOUCES

12- Comment avez-vous été amené(e) à recourir aux médecines douces ?

Suivant les conseils d'un médecin ou un paramédical (infirmier, kiné ...)

Suite à une recommandation d'un proche (famille, amis)

Vous en avez entendu parler dans les médias (TV, radio, internet...)

Autres :

13- Pour quelle(s) raison(s) ?

La médecine conventionnelle ne me satisfait pas (efficacité limitée, toxicité des médicaments ...)

Pour diminuer mon nombre de médicaments

Pour améliorer mon bien être, ma qualité de vie

Je veux retourner à un mode de vie plus naturel

Je ne me sentais pas suffisamment acteur de ma propre santé

Autres :

14- Continuez-vous en parallèle le traitement prescrit ?

Oui Non par choix personnel

à la demande du thérapeute de médecine douce

autres :

15- Souhaiteriez-vous que les médecines douces soient intégrées au système de soins conventionnel (c'est-à-dire mieux encadrées et remboursées) ?

Oui Non Ne se prononce pas

ET AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

16- Votre médecin traitant sait-il que vous avez eu recours à une/aux médecines douce(s) ?

Oui Non mon médecin ne pourrait pas comprendre

il désapprouverait

il ne voudrait plus continuer à me prendre en charge

autres :

17- Vous a-t'il déjà demandé si vous avez eu recours aux médecines douces ?

Oui Non

18- Si non, souhaiteriez-vous pouvoir en parler avec lui ?

Oui Non, (parce que :).....

19- Pensez-vous qu'en parler a (/aurait) un impact positif sur le suivi ?

Oui, par renforcement de la relation de confiance,
 par un sentiment de meilleur écoute
 pour identifier des interactions/effets secondaires des médecines douces
 pour une meilleure collaboration avec les autres thérapeutes
.....

Non

Ne se prononce pas

Fin du questionnaire

MERCI pour votre participation !

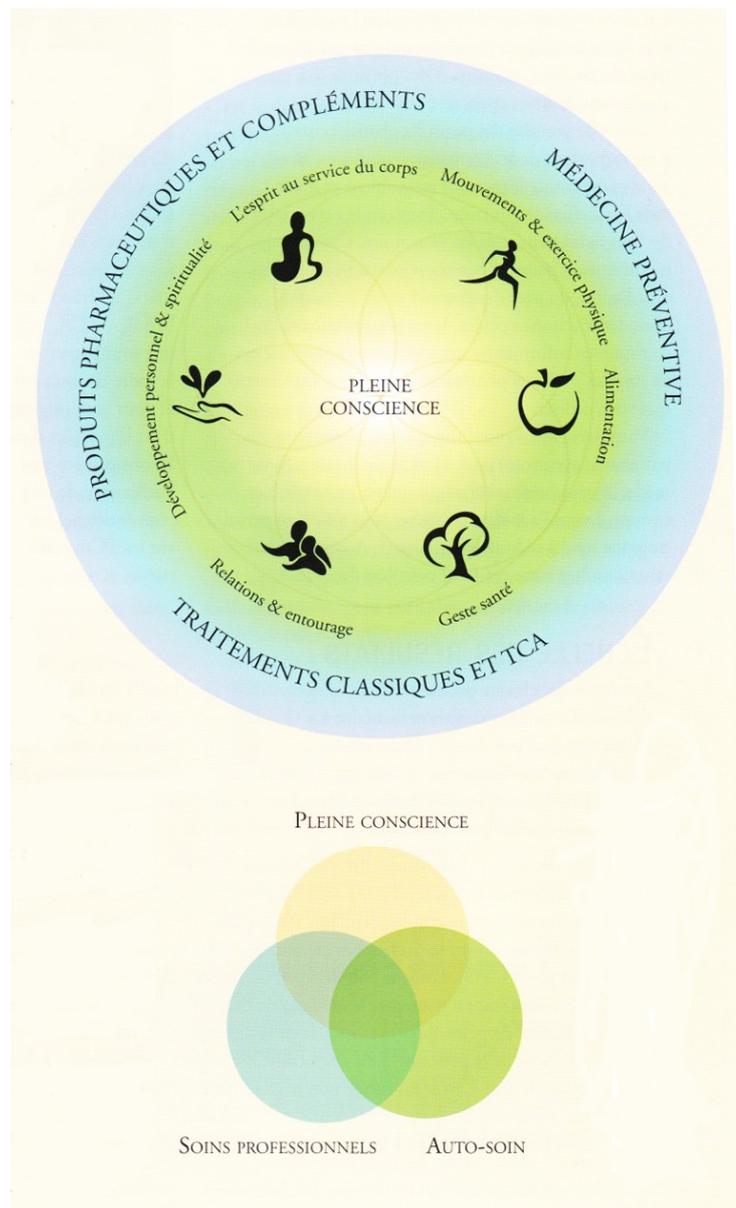
Des questions ? Réactions ?

Maya.marza@gmail.com

Annexe 3 : Carte régionale du Sud Ouest précisant les villes de la population cible.



Annexe 4 : Représentations graphiques de la médecine intégrative



*TCA : TC et alternatives

La **roue de la santé** symbolise l'approche particulière de la médecine intégrée adoptée à l'université de Duke, EU.

Les trois cercles concentriques correspondent aux trois éléments constitutifs d'une santé optimale. Chacune des pathologies et maladies de la première partie est associée à des icônes facilement identifiables représentant les concepts d'auto-soin présentés dans la roue de la santé.

Pleine conscience

La pleine conscience est un concept fondamental. C'est la conscience du bien-être physique, mental, social et spirituel. La conscience de soi permet de reconnaître les symptômes dès leur apparition, au moment où ils sont le plus faciles à traiter.

Auto-soin

Chacun est encouragé à explorer l'écho que produit l'interaction dynamique du concept d'auto-soin dans tous les aspects de la santé et du mieux-être, et à élaborer des stratégies proactives destinées à améliorer et à conserver sa santé.

Soins professionnels

La détection précoce des symptômes est indispensable pour diagnostiquer des problèmes de santé au moment où ils sont le plus faciles à traiter. La conscience de la nécessité de faire appel à des soins professionnels est un élément majeur de l'approche de la médecine intégrée.



Graphique issu du site internet : https://www.facebook.com/mintegrative/?ref=br_rs

Annexe 5 : Lignes directrices face à une demande de soins complémentaires en oncologie intégrative (spécialité médicale aux EU) selon Deng et Cassileth⁽⁶⁾

- Ouvrir la conversation en soulignant l'intérêt du patient pour les TC.
- Affirmer notre rôle à travailler en collaboration avec le patient pour obtenir le meilleur résultat.
- Donner de multiples opportunités au patient de formuler une question ou préoccupation.
- En explorer les raisons sous-jacentes, incluant le contexte psycho-social et culturel.
- Analyser les questions et préoccupations du patient, et présenter les évaluations de la manière la plus adaptée pour ce patient.
- Expliquer pourquoi certaines TC sont soit sans valeur scientifique ou potentiellement nocives.
- Amener au concept plus large de la médecine intégrative qui est une approche qui promouvoit le bien-être du corps, de l'esprit et de l'âme.
- Encourager le patient à utiliser la médecine intégrative pour lui permettre de s'auto-soigner.
- Apporter une évaluation globale du mode de vie, et recommander des changements.
- Discuter de thérapies spécifiques, à la fois conventionnelles et complémentaires, qui sont appropriées pour la situation clinique du patient, en prenant en compte de la situation du patient et ses besoins.
- Résumer les points clés de la conversation.
- Vérifier que le patient ai compris et que toutes ses questions soient résolues de façon satisfaisante.
- Noter l'entretien et la rendre disponible pour le praticien de soins primaire.
- Planifier un suivi pour évaluer les effets indésirables et la réponse au traitement.
- Ajuster le plan de soin si nécessaire.

Annexe 6 : Obligations déontologiques du médecin touchant les TC

(Selon le collège des médecins du Québec, Énoncé de position ; mars 2006).

1. Traiter le patient selon les données de la science médicale reposant sur les données probantes.
2. Informer les patients sur les traitements existants, leurs bienfaits, leurs limites et leurs risques, qu'ils soient reconnus ou expérimentaux.
3. Offrir tous les soins reconnus que nécessite l'état du patient.
4. Assurer le patient qu'il sera toujours soigné, mais en conformité avec les normes de la pratique médicale en vigueur au Québec.
5. Fournir au patient qui envisage de se soumettre à un TC une information objective qui lui permette de bien comprendre les avantages, les risques et les conséquences de ses choix.
6. Respecter le choix libre et éclairé du patient ou de son ayant droit, tout en informant les parents d'un patient mineur des responsabilités du médecin à l'égard de l'enfant dans le cas où le traitement choisi compromettrait sa sécurité.
7. Lorsqu'on agit dans le cadre d'un projet de recherche, se soumettre aux normes établies en matière de recherche médicale sur des êtres humains.

Annexe 7 : Sites internet conseillés

(Inspiré du document de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support⁽⁹⁾)

www.sante.gouv.fr/pratiques-de-soins-non-conventionnelles

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

www.strategie.gouv.fr/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note

www.miviludes.gouv.fr/

www.passeportsante.net

www.nccam.nih.gov

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/herb_All.html

<http://cam.cancer.gov/>

www.cancer.org

www.integrativeonc.org

Pour le diabète :

<https://nccih.nih.gov/health/moreinfo/40/3906> : Information for Consumers About Diabetes

Annexe 8 : Tableau regroupant les antidiabétiques communément utilisés en médecine conventionnelle et TC selon leur mode d'action.

Hypoglycemic Agents

- **Conventional Medicines**
 - Sulfonylureas
 - Chlorpropamide (*Diabinese*)
 - Glimepiride (*Amaryl*)
 - Glipizide (*Glucotrol*)
 - Glyburide (*DiaBeta, Glynase, Micronase*)
 - Tolazamide (*Tolinase*)
 - Tolbutamide (*Orinase*)
 - Meglitinides
 - Nateglinide (*Starlix*)
 - Repaglinide (*Prandin*)
- **Natural Medicines**
 - **Banaba** (*Lagerstroemia speciosa*)
 - **Bitter melon** (*Momordica charantia*)
 - **Fenugreek** (*Trigonella foenum-graecum*)
 - **Gymnema** (*Gymnema sylvestre*)
 - **Ivy gourd** (*Coccinia grandis*)

Insulin Sensitizers

- **Conventional Medicines**
 - Metformin (*Glucophage, Riomet*)
 - Thiazolidinediones
 - Pioglitazone (*Actos*)
 - Rosiglitazone (*Avandia*)
- **Natural Medicines**
 - **Agaricus mushroom** (*Agaricus blazei*)
 - **American ginseng** (*Panax quinquefolius*)
 - **Banaba** (*Lagerstroemia speciosa*)
 - **Berberine**
 - **Cassia cinnamon** (*Cinnamomum aromaticum*)
 - **Chromium**
 - **Magnesium**
 - **Panax ginseng**
 - **Prickly pear cactus** (*Opuntia ficus-indica* and other *Opuntia species*)
 - **Soy** (*Glycine max*)
 - **Vanadium**

Carbohydrate Absorption Inhibitors

- **Conventional Medicines**

- Alpha-glucosidase inhibitors
 - Acarbose (*Precose*)
 - Miglitol (*Glyset*)
- **Natural Medicines**
 - **Blond psyllium** (*Plantago ovata*)
 - **Fenugreek** (*Trigonella foenum-graecum*)
 - **Flaxseed** and **Flaxseed oil** (*Linum usitatissimum*)
 - **Glucomannan** (*Amorphophallus konjac*)
 - **Guar gum** (*Cyamopsis tetragonoloba*)
 - **Oat bran** (*Avena sativa*)
 - **Phaseolus vulgaris**
 - **Prickly pear cactus** (*Opuntia ficus-indica*)
 - **Soy** (*Glycine max*)
 - **White mulberry** (*Morus alba*)

Miscellaneous

- **Conventional Medicines**
 - Amylin analog
 - Pramlintide (*Symlin*)
 - DPP-4 inhibitors
 - Alogliptin (*Nesina*)
 - Linagliptin (*Tradjenta*)
 - Saxagliptin (*Onglyza*)
 - Sitagliptin (*Januvia*)
 - Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonist
 - Albiglutide (*Tanzeum*)
 - Dulaglutide (*Trulicity*)
 - Exenatide (*Byetta*)
 - Liraglutide (*Victoza*)
 - Sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors
 - Canagliflozin (*Invokana*)
 - Dapagliflozin (*Farxiga*)
 - Empagliflozin (*Jardiance*)
- **Natural Medicines**
 - **Alpha-lipoic acid**
 - **Chia** (*Salvia hispanica*)
 - **Coenzyme Q10**
 - **Selenium**
 - **Stevia** (*Stevia rebaudiana*)

Informations complémentaires sur le site source :

<http://naturaldatabase.therapeuticresearch.com/ce/ceCourse.aspx?s=ND&cs=&pc=15%2D105&cec=1&pm=5>

-**Momordica charantia (melon amer)** : gêne gastro-intestinale, coma hypoglycémique, favisme, anémie hémolytique chez les personnes atteintes d'une déficience en G-6PDH, activité abortive.

-**Cinnamomum cassia (cannelle)** : hypoglycémie si associée à des sécrétagogues, requiert de la prudence avec l'utilisation d'anticoagulants.

-**Gymnema sylvestre (gymnema)** : hypoglycémie en association avec des sécrétagogues.

-**Trigonella foenum graecum (fenugrec)** : gaz, ballonnements, diarrhée, contre-indiqué pendant la grossesse, réactions allergiques, peut augmenter les effets anticoagulants de la warfarine ou des herbes avec une activité anticoagulante.

-**Opuntia streptacantha (figue de barbarie, nopal)** : diarrhée, nausée, plénitude abdominale, abaisse la glycémie avec l'insuline et les sulfonylurées sans hypoglycémie.

-**Panax ginseng, P. quiquefolius (ginseng)** : peut interférer avec l'effet des médicaments anticoagulants et antiplaquettaires, effet œstrogénique avec sensibilité mammaire, aménorrhée, saignement vaginal, impuissance, hypertension, insomnie, hypoglycémie additive avec les sécrétagogues.

-**Acide alpha-lipoïque** : réactions allergiques affectant la peau, y compris des éruptions cutanées, de l'urticaire et des démangeaisons. Surveiller la fonction thyroïdienne chez les patients atteints d'une maladie thyroïdienne.

-**Acides gras oméga-3** : hypoglycémie additive avec des médicaments contre le diabète tels que Glipizide, Glyburide, Metformine, Insuline, etc. L'apport > 3g peut augmenter le risque de saignement, peut augmenter LDL et une utilisation prudente est recommandée chez les patients avec LDL très élevé. Certains effets liés à des toxiques contenus dans des poissons comme le méthylmercure.

AUTEUR : Maya MARZA BRUGADA

Toulouse, le 15-06-2018

TITRE : Recours aux thérapies complémentaires chez les diabétiques de type 2 : étude transversale en cabinet de médecine générale du Grand Sud-Ouest français

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Serge ANE

Résumé

-Contexte- Les thérapies complémentaires (=TC) connaissent un intérêt grandissant mondial mais sont peu connues du corps médical français. Ce recours chez les diabétiques de type 2 (=DT2) peut surexposer aux hypoglycémies, surtout s'il est tû au médecin. Notre objectif principal était d'évaluer la prévalence de recours aux TC parmi les DT2, puis d'identifier un profil d'utilisateur de TC **-Méthodes-** 158 DT2 ont été interrogés par questionnaire anonyme dans 7 cabinets de groupe. 127 questionnaires ont été exploités en utilisant les tests du chi 2 et de Fisher **-Résultats-** 39, 4% des DT2 ont eu recours à des TC et 9,5% pour leur diabète. 95% de manière complémentaire plutôt qu'alternative. Les facteurs associés significativement à l'utilisation de TC étaient : la culture identitaire autre que française, le statut socio-économique élevé et la présence de maladie chronique. 78 % des médecins étaient au courant du recours **-Discussion-** Les comportements et opinions des DT2 étaient rassurants et suggéraient un bon niveau de confiance dans la relation médecin-patient **-Conclusion-** Ouvrir le dialogue et renforcer la capacité du patient à faire un choix éclairé permettrait d'aller dans le sens d'une décision médicale partagée et d'un parcours de soin plus cohérent.

Mots-Clés : Diabète de type 2, thérapies complémentaires, prévalence, décision médicale partagée, médecine générale.

Abstract

-Background/Objectives- Complementary therapies (=CT) meet an international growing interest from patients, yet little is known about them by the french medical community. This use among T2D may create risk of hypoglycaemia, especially if not reported to the physician. Our main aim was to evaluate the use of CT among T2D, then to identify a CT user's profil **-Methods-** 158 T2D were interviewed through an anonymous questionnaire in 7 family group practices. 127 questionnaires were used with Chi 2 and Fisher test **-Results-** 39,4% of T2D used CT, of whom 9,5% for their diabetes. 95% in a complementary way rather than alternative. Factors significantly associated with CT use were : identitary culture different from french, high socioeconomic level, and chronic condition **-Discussion-** T2D's opinions and behaviours were reassuring and suggesting a great level of trust in the patient-doctor's relationship **-Conclusion-** Opening the dialogue and reinforcing the patient's capacity to make an enlightened choice would help to move toward a shared medical decision making and a more coherent healthcare process.

Keywords : diabetes mellitus type 2 ; complementary therapies ; France ; prevalence ; shared medical decision making, primary care.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne –31062 TOULOUSE Cedex 04-France