

Etude de la concomitance entre la médecine traditionnelle suisse romande et la médecine de famille.

Etudiante

Fanny Villos

Tutrice

Dr. Lilli Herzig
IUMF, UNIL-PMU-CHUV

Co-tuteur

Dr. Daniel Widmer
IUMF, UNIL-PMU-CHUV

Expert

Pr. Francesco Panese
Histoire de la médecine et de la santé publique, FBM

Lausanne, Janvier 2016

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
REVUE DE LA LITTERATURE	6
METHODE	11
RESULTATS.....	13
Qu'est- ce qui régit l'intérêt du patient pour la MTSR	13
Quels seraient les avantages d'une collaboration ?.....	16
Quels sont les obstacles à la collaboration entre PMTSR et MdF ?	19
DISCUSSION	23
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	18

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail et en particulier :

- aux neuf participants qui m'ont accordé leur temps et ont accepté de parler de leurs expériences.
- à la Dr. Herzig, tutrice et au Dr. Widmer, cotuteur, pour leur soutien, leur disponibilité, leurs compétences et surtout leurs qualités humaines tout au long de l'élaboration de ce projet.
- au Prof. Panese, expert, pour sa lecture attentive et ses remarques constructives.
- à madame Villos pour sa lecture attentive et ses remarques constructives.

ABREVIATIONS

- MTSR Médecine traditionnelle suisse romande
- PMTSR Praticien de la médecine traditionnelle suisse romande
- MdF Médecin de famille
- MF Médecine de famille
- CAM Médecines alternatives et complémentaires

MOTS-CLES

Médecin de famille ; médecine traditionnelle suisse romande ; médecine complémentaire ; faiseur de secret ; rebouteux ; magnétiseur

RESUME

CONTEXTE

En marge d'un projet de recherche mené actuellement entre la Suisse, la France et l'Inde, liant anthropologie médicale et MdF et réunissant dix chercheurs issus de différents instituts médicaux et anthropologiques, cette étude s'intéresse à la concomitance entre la MTSR et la MF. En effet, la migration de la médecine occidentale vers les pays où dominent les médecines traditionnelles amène à une récente coexistence de ces deux traditions thérapeutiques. En Suisse, le pluralisme médical est d'ailleurs en vigueur depuis quelques années du fait de la cohabitation de la médecine académique avec la MTSR, comme avec les médecines ayant immigré avec les populations.

BUT DE L'ETUDE

Le but de l'étude consiste à explorer les facteurs qui influencent l'intérêt des patients pour la MTSR, ainsi qu'à l'évaluation des possibles avantages et limites d'une collaboration.

METHODE

Cette recherche qualitative a été menée par entretiens semi-structurés auprès de PMTSR, de MdF et de patients par rapport à leurs expériences respectives au sujet de la MTSR. Après le recueil et l'analyse des entretiens, des résultats ont émergé, qui ont finalement permis l'élaboration d'une discussion.

RESULTATS

Concernant les facteurs qui influencent l'intérêt des patients, l'étude montre qu'il y a premièrement un état émotionnel de désespoir souvent associé à une frustration face aux limites ressenties de la médecine académique. De plus, les patients qui s'intéressent à la MTSR semblent baigner dans une culture ouverte au « profane » et sont influencés par des tendances sociales spécifiques comme la volonté d'un retour au naturel ou le rejet des traitements médicamenteux. Finalement, tous ces facteurs amènent le patient à espérer un miracle qui le motiverait à se tourner vers la MTSR. Sur le plan des avantages possibles, l'étude montre qu'une collaboration permettrait une amélioration du bien-être général du patient et offrirait une écoute et un soutien psychologique. Les MdF pourraient profiter de la collaboration par le biais d'une orientation des patients par les PMTSR et d'une augmentation de la compliance des patients induite par les PMTSR. Finalement, ces derniers gagneraient avantage à une collaboration par une diminution supposée des charlatans. Concernant les limites de la collaboration, la pratique « profane » de la MTSR se heurte au savoir des MdF. De plus, les MdF craignent un abus de pouvoir des PMTSR en raison de leurs modèles explicatifs divergents. L'hétérogénéité des MTSR et le manque de formation des PMTSR agiraient comme agents limitants d'une collaboration. Finalement, l'absence de preuve scientifique d'efficacité de la MTSR amène à une tolérance limite des MdF pour le MTSR.

CONCLUSION

Bien qu'il existe un intérêt de la part de certains patients pour la MTSR. Une collaboration reste hypothétique en raison des inconvénients qui surpassent encore les avantages. L'attitude à adopter serait une complémentarité avec respect mutuel du travail de chacun associée à l'aveu réciproque des limites de sa pratique.

ACCROCHE

« *I suppose it is tempting, if the only tool you have is a hammer, to treat everything as if it were a nail.* »¹ Plus de 50 ans après ces propos tenus par Maslow, dans son ouvrage *The psychology of science: a reconnaissance*, la médecine de famille (MF) a retenu la leçon et s'est dotée d'une caisse à outils² bien fournie. De plus, certains médecins de famille (MdF) sont prêts à s'ouvrir à une collaboration avec d'autres « co-équipiers », des thérapeutes recourant à des médecines complémentaires. Parmi ces derniers, ceux issus de la médecine traditionnelle suisse romande (MTR) tiennent une place bien particulière. La MTR, connue aussi sous le nom de médecine populaire, est un terme générique adopté principalement par Jenny⁴ pour définir les médecines complémentaires d'origine suisse dont les praticiens sont les faiseurs de secrets, les magnétiseurs et les rebouteux. De prime abord marginale, elle défraye cependant fréquemment la chronique dans la presse romande, comme dernièrement dans cet article du 21 mai 2015 du journal le Nouvelliste « *L'Hôpital du Valais fait régulièrement appel aux faiseurs de secret.* » L'auteur de cet article affirme que l'hôpital du Valais est bienveillant à l'égard des faiseurs de secrets et accueille volontiers leur pratique sous certaines conditions.³

Qu'en est-il de l'attitude des MdF face à la MTR, et inversement ? Sont-ils aussi bienveillants que l'Hôpital du Valais ? Comment se dessine la collaboration entre les MdF et les praticiens de MTR (PMTR) ? Qu'est-ce qui régit l'intérêt du patient pour la MTR ? Quels sont les avantages et, aussi, quelles sont les limites d'une collaboration entre PMTR et MdF ?

CONTEXTE DE L'ETUDE

En marge d'un projet de recherche, mené par dix personnes issues de la Société de formation thérapeutique du généraliste (France), de la faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'université de Lausanne, ainsi que de l'Institut Universitaire de Médecine de Famille de Lausanne, liant anthropologie médicale et MF, cette étude s'intéresse à la concomitance entre la MTR et la MF. En effet, la migration de la médecine occidentale vers les pays où dominent les médecines traditionnelles amène à une récente coexistence de ces deux traditions thérapeutiques. En Suisse, le pluralisme médical est d'ailleurs en vigueur depuis quelques années de par la cohabitation de la médecine académique avec la MTR, comme avec les médecines ayant immigré avec les populations.

Faisant partie des médecines alternatives et complémentaires (CAM) selon la définition de l'OMS²⁰, la MTR se distingue des autres CAM par son ancrage culturel dans la tradition suisse romande. Les faiseurs de secrets, les rebouteux et les magnétiseurs sont les trois principaux thérapeutes de la MTR.⁷ Ils travaillent en parallèle et occasionnellement en collaboration avec les MdF, principalement dans les domaines de la dermatologie, de la rhumatologie et de l'orthopédie, et aussi avec la médecine d'urgence. Pour peu qu'elle soit connue, la MTR produit irrémédiablement des avis contradictoires. D'un côté, sa marginalité au niveau du système de santé indiquerait un intérêt limité des patients pour la MTR. D'un autre côté, sa forte présence médiatique et le nombre important de personnes qui y recourent témoignent d'une certaine importance qu'elle revêt aux yeux de la population. La votation populaire du 17 mai 2009 dite « *Pour la prise en compte des médecines complémentaires* », approuvée à 67 % avec un taux de participation à 38.3%, montre bien qu'une partie sensible de la population votante a demandé que le système de santé suisse prenne plus sérieusement en considération les CAM, dont la MTR qui en est partie intégrante.⁷

Relevons encore que ce regain d'intérêt pour la MTR a été aussi particulièrement reconnu par l'UNESCO qui a placé le Secret au rang de patrimoines des biens immatériels du Jura et de Fribourg dans sa convention de 2008.⁸

Dans ce contexte, il est utile, et peut-être indispensable, de s'intéresser non seulement à la MTR en soi, mais aussi à ses interactions avec les autres acteurs de la scène médicale, et ce, sous l'angle particulier de leurs influences mutuelles.

DEFINITION DE LA MTSR

Définir la MTSR est un exercice périlleux : l'hétérogénéité des pratiques, leur évolution constante et les maximes divergentes des PMTSR exigent une définition suffisamment large pour qu'elle soit pertinente face à cette diversité. Le terme « guérisseur » a de ce point de vue l'avantage de regrouper en un terme général tous les PMTSR. On en trouve dans la littérature plusieurs définitions.

Jenny, anthropologue fribourgeoise les définit ainsi : « *Les guérisseurs ne suivent pas de disciplines particulières, ni de cursus académique, ils se basent principalement sur leurs convictions et surtout intuitions. Intégrés dans la société et proche culturellement du patient, ils pratiquent souvent une activité professionnelle principale dans un tout autre domaine.* »⁷

D'autres comme Schmitz⁹ et Maurin¹⁰ définissent les PMTSR par leur opposition à la médecine : « *Aujourd'hui, "guérisseur" est un terme générique encore utilisé pour désigner celui qui, n'étant pas médecin, exerce des pratiques thérapeutiques étrangères à la biomédecine* »⁹ ; ou encore : « *Il s'agit de personnes prodiguant des soins à des malades sans avoir la qualité de médecin.* »¹⁰ Il est intéressant de noter que cette définition pourrait s'appliquer à tous les proches des patients.

On dénombre trois principaux types de MTSR : les faiseurs de secrets, les rebouteux et les magnétiseurs. De plus, associé aux PMTSR, le terme de « charlatan » apparaît régulièrement dans les documents concernant la MTSR.

Il existe encore d'autres classifications des PMTSR. Le PMTSR peut être qualifié de « naturel », si ses compétences sont considérées comme « innées » ou liées à des aptitudes singulières et personnelles, ou de « technicien » s'il pratique des méthodes apprises.⁷ De plus, les PMTSR désignés comme « actifs » sont des praticiens qui utilisent leurs capacités pour traiter, alors qu'un praticien dit « sensible » se concentre uniquement sur la pose de diagnostics.⁷ Finalement, les PMTSR peuvent encore être divisés en deux catégories : les PMTSR du sous-type « traditionnel » qui se trouvent plus dans les milieux ruraux, qui travaillent avec un « héritage de don », qui se concentrent sur des maux précis, et qui travaillent bénévolement et sans publicité. Et d'un autre côté, les PMTSR dits « modernes » qui se trouvent dans les milieux urbains, qui demandent des honoraires, qui associent un « don révélé » par un événement à des formations théoriques, et qui présentent au patient une théorie explicative de leur prise en charge.¹⁰

Pour cette étude, nous réduirons la classification de la MTSR aux trois principaux types de PMTSR qui sont les faiseurs de secret, les rebouteux et les magnétiseurs nonobstant les sous-types. Il faut ainsi garder en tête qu'il s'agit d'une vision spécifique et aussi réductrice des PMTSR, étant entendu que les sous-types ne sont pas arrêtés et séparés de façon franche, que l'on observe dans la réalité de nombreux chevauchements et que tous les PMTSR ne rentrent pas intégralement dans les catégories citées. Il est toutefois possible de synthétiser les éléments cardinaux de leurs pratiques.

Le magnétiseur fait recours au « magnétisme » ou au « fluide », selon la tradition inaugurée et rationalisée par Franz Anton Mesmer (1734-1815). Le patient ressent de manière générale un flush ou des paresthésies. Deux modèles explicatifs sont convoqués pour rendre compte de cette pratique : soit le magnétiseur est l'unique agent à disposer du fluide, soit tout un chacun en dispose et le travail du magnétiseur consiste alors à en augmenter la puissance. Le magnétiseur soulage les souffrances physiques et psychiques : il peut également localiser l'origine des troubles par imposition des mains. Le principe est que la main serait en quelque sorte attirée par la partie malade et réagirait avec cette partie en la régénérant.⁷

Le rebouteux est un PMTSR qui travaille par des manipulations et des massages sur le corps du patient. Il est principalement mobilisé pour des troubles musculosquelettiques. Il dispose en cela d'un savoir décrit souvent comme « instinctif » doublé d'une forte transmission héréditaire.⁷

Le faiseur de secrets est un PMTSR qui agit en prononçant à voix basse ou mentalement des formules qui constituent ou dérivent de son « Secret ». Il peut travailler à distance, ou aussi en présence du malade en

faisant des signes de croix sur son corps au niveau de l'affection. Les secrets les plus connus sont ceux qui traitent des brûlures et des verrues, mais de nombreuses autres affections peuvent correspondre à un secret spécifique, de la dépression à de la constipation par exemple. Le secret est intimement lié à la religion chrétienne : il en appelle aux Saints chez les catholiques et à la Trinité chez les protestants. Relevons toutefois que sa reconnaissance par l'institution religieuse ne va pas de soi et qu'elle peut y voir une imprégnation païenne.⁷

En contraste avec ces trois figures de PMTSR, il est utile d'évoquer une dernière notion, controversée, qui leur est étroitement liée : le « charlatanisme ». Le médecin vaudois André Guisan le décrit en 1930 comme « *l'exercice illégal de la médecine par ceux qui n'ont étudié notre art ni peu ni beaucoup, se figurant seulement avoir le don de guérir telle maladie, quand ce n'est pas toutes les maladies [...]. Le charlatan est par définition un être malhonnête qui exploite sans aucun scrupule la bêtise humaine* ». ⁷ En d'autres termes, le « charlatan » serait ici le non-médecin ou tout soignant n'étant pas au bénéfice d'une formation reconnue par l'institution médicale, et dont la pratique serait, de ce fait, contestable non seulement sur la plan technique, mais aussi, et ici surtout, sur le plan moral.

Finalement, de façon plus générale la médecine traditionnelle est définie par l'OMS : « *La médecine traditionnelle existe depuis toujours : elle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle/alternative/ douce sont synonymes de médecine traditionnelle.* »²⁰

HISTORIQUE

La concomitance de la MTSR et de la MF sur la scène du système de santé suisse romand est ancienne. On retrouve déjà des points de vue tranchés de la part des trois intervenants au milieu du 19^e siècle, époque à laquelle une forme de médecine académique commence à détenir un monopole légal dans une société surtout tournée jusque-là vers la MTSR. Ce tournant est dû à la concomitance de plusieurs facteurs : une loi est éditée en 1877 afin de définir qui a le droit de pratiquer la médecine de façon légale. A cela, s'ajoute un progrès notoire de la science médicale et un exercice de communication de la part des sociétés de médecine pour décrédibiliser les PMTSR.¹¹

Des propos plus anciens, datant de 1761, esquissent une certaine animosité des médecins « officiels » envers les PMTSR souvent dénoncés comme charlatans déjà à cette époque. C'est le cas notamment du médecin vaudois Samuel Auguste Tissot (1728-1797) dans son célèbre *Avis au peuple sur sa santé* : « *Ces faux médecins de villages, tant mâles que femelles, connus sous le nom de Maïges [...], fléau qui fait plus de ravages que tous les maux et qui, tant qu'il subsistera, rendra inutile toutes les précautions qu'on prendra pour la conservation du peuple.* »¹² Plus d'un siècle plus tard, en 1882, la société vaudoise de médecine continue avec un point de vue similaire en écrivant au Grand conseil : « *Les guérisseurs, mèches, rebouteurs, somnambules et autres artistes du même genre causent un préjudice grave tant à la morale publique qu'à la santé et à la bourse de nos concitoyens.* »¹²

On retrouve de façon indirecte l'avis des patients en 1878, avec le cas de François-Elie Bailly. Il s'agit d'un rebouteux qui a violé l'article 233 de la Loi sanitaire en vigueur depuis 1850. Ce cas illustre bien l'ambivalence de la législation suisse romande au sujet des PMTSR à cette époque. Accusé d'abord d'exercice illégal de la médecine, François-Elie Bailly se voit ensuite protégé par une loi élaborée par Charles Estoppey conseiller d'Etat radical influent – en 1875, il est élu conseiller fédéral, mais qui refuse son élection – qui stipulait que des « *hommes à pratique suffisante* » peuvent pratiquer partiellement l'art de guérir. Il a obtenu ainsi 133 signatures attestant des bonnes intentions de M. Bailly. Les arguments du Conseiller d'Etat étaient que M. Bailly prenait en charge des cas incurables par la médecine scientifique et qu'il vivait dans une région où les chirurgiens faisaient défaut.¹²

En 1886, César Roux dénonce M. Bourgoz, un rebouteux, pour pratique illégale de la chirurgie. M. Bourgoz collecte alors 3416 signatures pour pouvoir continuer à pratiquer et annonce : « *Sans de mesquines jalousies,*

la faculté reconnaîtrait tout haut [ma pratique]. » Cette déclaration aura pour effet le rendu d'un préavis négatif au profit de César Roux, par le chef du service sanitaire, le Dr. Drind.¹²

L'offensive de décrédibilisation de la MTSR par les médecins au 19^e siècle aura pour conséquence que la question de sa légitimité ou de sa simple existence passera progressivement du domaine médical au domaine culturel. La MTSR sera ainsi largement réduite à du folklore.¹¹ Cependant, à partir des années 1970, des mouvements sociaux, se définissant proches de la nature, s'intéresseront de plus en plus aux alternatives de la prise en charge de la santé. Ils seront à l'origine de plusieurs initiatives concernant les CAM.¹¹

Aujourd'hui, les MTSR se sont professionnalisées et élargissent leur domaine de compétence aux CAM.¹¹

ETAT DES LIEUX

Avant de présenter la méthodologie et les résultats de l'étude, il est utile de s'arrêter sur les connaissances actuelles décrites dans la littérature et de peindre grossièrement les traits des acteurs principaux – patients, PMTSR et MdF.

PATIENTS

Nous nous arrêtons premièrement sur les patients, qui constituent la pierre angulaire et le centre d'intérêt d'une éventuelle collaboration. Concernant l'intérêt qu'ils portent à la MTSR, on retrouve dans le travail de Maurin (2006)¹⁰ une étude prospective du CREDES (Centre de recherche et de documentation en économie de la santé) au sujet des caractéristiques des consommateurs de MTSR. L'étude est basée sur les informations données par 3'800 ménages donc 11'000 personnes avec 9080 réponses. Dans cette population, 1.5 % des personnes disent avoir eu recours aux PMTSR durant l'année écoulée. Par rapport à l'activité professionnelle, on découvre que les chômeurs font davantage appel aux services des PMTSR que les personnes en emploi à raison de 3.6 % contre 1.9 % pour les actifs.¹⁰

Leurs motifs de consultations touchent principalement des affections où l'autonomie est mise en péril. Les affections chroniques ou récidivantes sont les troubles qui poussent majoritairement les patients à consulter les PMTSR.¹⁰

Par rapport aux médecins, on apprend que les patients leur parlent très rarement librement de leur recours aux PMTSR.⁸ Ceci est nuancé par une étude plus récente (2011), « *Les guérisseurs en Suisse romande : Relation avec le milieu médical* », menée par des étudiants de l'Université de Genève qui déclarent que « *trois membres du corps médical interrogés nous disent que certains de leurs patients leur parlent spontanément du recours à un guérisseur.* »¹³

Finalement, les caractéristiques principales des patients qui consultent les PMTSR semblent être une prédisposition à la « superstition », comme le déclare Jenny.⁷ Ce sont principalement des femmes ; on relève néanmoins une forte hétérogénéité par rapport aux classes sociales et aux professions. Les étrangers vivant en Suisse s'intéressent aussi à la MTSR. La nationalité et la religion ne semblent pas déterminantes. Un autre dénominateur commun est que les patients ne recherchent pas forcément à comprendre le fonctionnement du traitement : leur principal moteur est le désir de soulagement.⁷

Concernant le parcours qui les amène chez le PMTSR, le patient a souvent déjà vu plusieurs médecins avant de consulter, et utilise principalement le bouche-à-oreille comme source d'information.⁷

PMTSR

Après avoir esquissé le portrait des patients pouvant s'adresser aux PMTSR, il est judicieux de s'arrêter sur les caractéristiques des PMTSR qui les singularisent.

Premièrement, la caractéristique principale des PMTSR est leur proximité culturelle avec le patient. Socialement, le PMTSR a souvent suivi une éducation comparable à celle du patient, qui les place tendanciellement dans la même catégorie socio-culturelle.⁵

Ainsi, l'approche des PMTSR serait marquée par une « sympathie », par le fait qu'ils partageraient de manière plus explicite une expérience des maux de leurs patients, qui seraient ainsi conduits à une connivence plus étroite avec ces thérapeutes spécifiques. C'est ce que l'on retrouve dans l'étude ancienne de Loux (1979) lorsqu'elle dit que « *l'instinct du rebouteux vient du fait qu'il a le même corps que le patient qu'il soigne, avec la même éducation, les mêmes peines.* »¹⁴

Si on extrapole cette logique des analogies au niveau psychologique, en découle une seconde caractéristique des PMTSR qui est l'empathie. C'est en tout cas ce qu'affirme Zufferey pour qui « *le passage dans la souffrance permet au guérisseur une meilleure compréhension du ressenti de son patient et il sera donc plus à même d'entrer dans son monde de douleur.* »⁵

Cette empathie serait à son tour étroitement liée à une troisième caractéristique cardinale des PMTSR : le « don », au sens de talent ou disposition, considéré comme inné ou naturel. C'est ce que semble dire Zufferey en définissant le don en lien avec l'empathie comme « *une potentialité innée à soigner, une sensibilité accrue à entrer dans le monde de douleur du patient, l'empathie.* »⁵ Néanmoins, pour préciser tant que faire se peut la définition encore très large et controversée du don, il est utile d'y ajouter la notion d' « ignorance relative », qui serait elle aussi une spécificité de la MTSR. Friedmann Daniel, auteur de *Les Guérisseurs : splendeurs et misères du don* (1981) cité dans le travail du Dr. Blondel, s'interroge ainsi : « *Le don, conscience d'un manque de savoir légitime, est-il une quête de pouvoir bienfaisant, disponibilité à recevoir et à exercer un acte thérapeutique ?* »¹⁵

La dernière spécificité majeure des PMTSR serait leur vision holistique de la prise en charge de leurs patients. Prenant en considération la globalité du patient, les PMTSR intégreraient les troubles des patients dans un système global et analogique que l'on retrouve dans la plupart des médecines traditionnelles et qui prend en considération le corps et l'esprit en intégrant les représentations thérapeutiques du patient dans leur processus explicatif.¹⁰

MEDECINS DE FAMILLE

Comme disposition générale sur le plan de l'institution médicale helvétique, relevons deux prises de position de la FMH en ce qui concerne les MTSR. La première position est celle présentée par Ives Guisan, vice-président de la FMH de 1996-2008 qui notait alors qu'il n'y avait pas de position officielle de la FMH tant que les guérisseurs n'étaient pas un enjeu sociétal, et qu'ainsi, aucune intervention n'avait été préconisée.⁷ Puis Jacques de Haller, président de la FHM dès 2011, présentait une attitude tolérante en regard des PMTSR en déclarant : « *Les hôpitaux pratiquent une médecine de premier recours, dans des conditions de grande détresse et d'incertitude, et n'ont donc pas réponse à tout. Si une solution existe et manifestement, il y a des gens que les guérisseurs aident, il serait idiot de ne pas y recourir.* »¹³

Sur le plan individuel, les médecins peuvent présenter trois types de réactions principales face à la MTSR. Premièrement, les médecins peuvent exprimer un fort sentiment de réaction négative envers les PMTSR qui consiste à leur intenter des procès – réels ou d'intention – pour exercice illégal de la médecine. Selon Maurin, « *ces médecins sont d'avis que le savoir est la seule forme de médecine agréée et voient les PMTSR comme de la concurrence incompétente.* »¹⁰

Une deuxième catégorie de médecins ignore l'activité des PMTSR. Pour eux, les PMTSR ne travaillent pas dans le même domaine et ils n'y voient pas de concurrence.¹⁰

La dernière des attitudes individuelles dominantes présentées dans l'étude de Maurin est la neutralité bienveillante qui consiste à considérer la MTSR comme un complément au traitement administré par la médecine académique, surtout si l'échec des médecins y est concomitant. Ainsi, sous cette perspective, le PMTSR peut même être perçu comme un allié en termes de soutien psychologique.¹⁰

De plus, il est nécessaire préciser les définitions de la biomédecine, de la médecine académique et de la médecine de famille.

La biomédecine correspond selon Jean-François Picard, historien français, à la rencontre entre « *la médecine qui est une application des sciences au maintien de la santé humaine et la biologie qui est, au sens moderne du terme, une science dont la démarche est d'expliquer le fonctionnement de la vie au niveau cellulaire.* »²¹

La médecine académique ou universitaire est définie par le groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'université de Montréal comme « *la pratique de la médecine associée à la génération et au transfert des connaissances, ainsi qu'au développement des compétences des techniques propres au rehaussement de la médecine. La médecine académique repose sur trois pôles, l'enseignement, la recherche et les soins et elle se distingue par une double exigence : l'excellence et l'innovation. [...] Elle se déploie sur la totalité du champ de la médecine, de la prévention aux soins les plus spécialisés, en passant par la première ligne et les soins palliatifs* ». ²²

« *La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires* » selon le groupe WONCA.²³

Subséquentement la médecine académique se présente comme le faite de l'institution médicale avec la médecine de famille comme médecine de premiers recours et les médecines de second recours, toutes considérées comme des spécialités, qui se basent sur leurs compétences fondamentales et des principes de la biomédecine, mais pas exclusivement. Dans notre étude, nous parlerons de médecine officielle qui est définie au départ comme l'exercice de la médecine reconnue par la Confédération au terme d'un cursus accrédité par la FMH.

La MTSR prédominant dans les soins de premiers recours, l'intérêt de l'étude a été de s'arrêter sur les points de vue des MdF qui partagent certaines de leurs compétences fondamentales comme l'approche globale, des soins centrés sur la personne, l'orientation communautaire ou encore l'adoption d'un modèle holistique avec les PMTSR.²³

METHODE

Cette recherche qualitative a été menée par entretiens semi-structurés auprès de PMTSR, de MdF et de patients en ce qui concerne leurs expériences respectives au sujet de la MTSR.

RECHERCHE DE LITTERATURE

Pour une approche générale de la problématique, nous avons commencé par consulter des références dans le domaine, tel que l'ouvrage *Grimoires secrets* de Georges Schindelholz¹⁶ qui représente une bonne base pour découvrir la thématique. Ensuite, une recherche de littérature a été réalisée du 01.01.2014 au 15.10.2014. La sélection s'est faite par un survol des titres et des résumés ainsi que des dates de parution. Un grand nombre d'articles et d'ouvrages ont aussi été repérés lors d'échanges au sujet de ce travail de maîtrise. De la sorte, c'est dans le sillage des recherches de Jenny⁴, de Zufferey⁵ et de Fleury⁶ que la présente réflexion sur les interactions entre la MF et la MTSR a été élaborée. Les ouvrages de Jenny⁴, qui sont controversés dans le domaine de l'anthropologie suisse romande en raison de leur partialité, ont permis d'établir une vision globale de la MTSR. Alors que celles de Zufferey⁵ et Fleury⁶ nous ont permis d'approfondir la question des relations entre le milieu médical et la MTSR. De nombreuses autres sources allant des émissions radio aux rapports d'immersion en communauté de l'HEDS, ont permis d'élargir les perspectives.

ETUDE QUALITATIVE

Suite à notre recherche de littérature, nous avons choisi de conduire une étude qualitative par entretiens semi-structurés pour saisir les représentations et les modalités d'interactions entre les PMTSR, les MdF et les patients. En effet, une recherche qualitative permet de faire ressortir l'expérience spécifique de chaque participant et de mettre en évidence les représentations et les pratiques différenciées entre PMTSR et MdF en relation avec les patients.

ETHIQUE

Un protocole 50/15 a été établi et évalué par la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain qui par décision présidentielle a stipulé que « *l'étude ne nécessite pas d'autorisation, car l'étude ne rentre pas dans le champ d'application de la Loi relative à la recherche sur l'être humain, étant donné qu'il n'y a pas de récolte de données personnelles liées à la santé.* » Toutefois, d'après la Commission d'éthique, « *tout indique que cette étude se déroulera dans le respect des principes éthiques généraux applicables à toute recherche impliquant des personnes.* »

PARTICIPANTS

Nous aurions souhaité interroger un nombre suffisant de PMTSR, de MdF et de patients pour récolter les informations nécessaires à l'élaboration d'une étude qualitative. Mais en raison de restrictions liées aux conditions du travail de maîtrise de la faculté de médecine de l'université de Lausanne, il n'a pas été possible d'atteindre le nombre suffisant pour obtenir une saturation des données. Ainsi, seulement trois PMTSR, trois MdF et trois patients ont été interrogés. Notre recherche constitue donc une étude préalable.

Nous avons adopté un *convenience sampling*, qui consiste à rassembler les participants facilement accessibles, associé à un *purposive sampling* qui nous a permis de veiller à ce que l'échantillon des participants tienne compte de l'âge, du lieu et du type de pratique, sans pour autant être représentatif.

Les PMTSR ont été approchés suite à leur apparition dans les médias, ce qui peut constituer un biais de sélection notable. Les patients ont été approchés par le biais des contacts de la tutrice et des réseaux sociaux. Finalement, les MdF ont été contactés par l'intermédiaire de l'IUMF.

GRILLE D'ENTRETIEN

La grille d'entretien a été élaborée entre l'investigatrice principale, la tutrice et le co-tuteur, en tenant compte des principales thématiques mises en évidence par la revue de littérature et la visée exploratrice de

l'étude. Les *expériences individuelles*, le *mode d'accès*, les *motivations*, la *qualité relationnelle* et la *tendance globale* ont ainsi été présentés sous forme de questions ouvertes à chaque participant. Ensuite, la grille d'entretien a été modulée, en fonction de la tournure des entretiens, par des questions de relance et de clarification afin d'obtenir plus de précision sur les thèmes émis par les participants et d'améliorer la portée narrative du discours de l'intervenant.

TECHNIQUE D'ENTRETIEN

L'investigatrice principale a été formée aux entretiens semi-structurés par ses tuteurs et par la lecture de la littérature spécialisée. De plus, des entretiens simulés avec les tuteurs ont été effectués afin de préparer l'investigatrice aux éventuels aléas. Une réflexion sur l'expérience des deux premiers entretiens a été faite afin d'améliorer la technique pour les suivants.

Chaque entretien, d'une durée variant de 23 minutes à 1 heure, a eu lieu à l'endroit choisi par le participant, en face-à-face. Un enregistrement audio de l'entretien a eu lieu à l'aide d'un dictaphone. Finalement, la transcription s'est faite manuellement à l'aide du programme Office Word.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Après codage à l'aide d'un logiciel MAXQDA, les entretiens ont été analysés afin de développer des rapports entre les catégories révélées lors du codage. MAXQDA est un logiciel spécialisé dans l'analyse des données qualitatives qui permet un codage fin des documents par plusieurs utilisateurs et qui contient un système dit de *mémo* qui facilite la réflexion théorique (*grounded theory*). Trois codeurs (l'investigatrice, la tutrice et le co-tuteur) ont fait une première analyse, et comparé les résultats. Des axes de codes ont été élaborés et un *intercoding agreement* a été recherché. Le codage axial, qui consiste à mettre en relation des codes entre eux pour créer des catégories via une combinaison de pensées inductive et déductive, a été ensuite complété par un *focus coding* dont la finalité est de travailler minutieusement un nombre réduits de codes, afin de mettre en perspectives un intérêt particulier pour certains thèmes de la masse catégorielle.

Ensuite, des liens ont été tissés entre les intérêts de l'étude, à savoir les modalités d'interactions entre la MF et la MTSR, et les expériences singulières des participants. A la fin de cette étape, les récits narratifs des participants ont été catégorisés et reportés.

RESULTATS

P1	P2	P3	PMTSR1	PMTSR2	PMTSR3	MdF1	MdF2	MdF3
Patient	Patient	Patient	Faiseur de secret	Rebouteux	Magnétiseur	Médecin de famille	Médecin de famille	Médecin de famille
Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme
63	72	~ 60	~ 50	~ 40	~ 40	~ 60	~ 60	~ 40
Ville	Ville	Campagne	Campagne	Campagne	Campagne	Campagne	Campagne	Campagne

La restitution des résultats est organisée en trois axes principaux. Le premier axe se penche sur ce qui éveille l'intérêt des patients pour la MTSR. Après avoir répertorié les principales raisons qui poussent les patients à consulter les PMTSR, les avantages de la collaboration sont exposés dans le second axe. Finalement, le troisième axe conclut sur les limites majeures rencontrées de part et d'autre des intervenants pour la réalisation de cette collaboration.

QU'EST- CE QUI REGIT L'INTERET DU PATIENT POUR LA MTSR

Le premier volet des résultats répond à la question de savoir qu'est-ce qui régit l'intérêt du patient pour la MTSR. Après avoir analysé les nombreuses réponses des participants, six éléments semblent jouer un rôle dominant.

LE PATIENT S'INTERESSE A LA MTSR CAR IL EST DESESPERE

Le désespoir semble être un facteur prépondérant parmi les raisons qui poussent les patients à se rendre chez les PMTSR. « *C'est souvent en désespoir de cause, que [les patients] viennent nous voir* » affirme PMTSR1. Le désespoir pousserait le patient dans des retranchements qui feraient que selon PMTSR2 « *à un moment donné, [les patients] ne savent plus où se tourner* » et ils s'intéressent à la MTSR. MdF2 partage cet avis et « *pense que presque tout le monde peut tout à coup, s'il est désespéré par son mal qui dure* » s'intéresser à la MTSR. Ainsi, ce ne sont pas des traits de personnalité, des statuts socio-économiques, ou encore des niveaux d'éducation, contrairement à l'idée reçue par les détracteurs du passé, qui détermineraient l'intérêt ponctuel d'un patient pour la MTSR. Il s'agirait plutôt d'un sentiment d'impasse induit par des événements aléatoires, qui provoquerait des discours fatalistes comme celui d'une connaissance de P3 qui, lorsqu'elle lui propose de faire recours à la MTSR, lui répond : « *Ouais, bon ben de toute façon perdu pour perdu.* » Tout comme MdF2 qui parle « *d'un mal qui dure* », MdF3 en disant que « *les douloureux chroniques [...] vont voir toutes les voies possibles pour être soignés* » semble indiquer que le désespoir associé à une maladie chronique conduirait les patients à errer dans les dédales des offres de prestations de santé.

LE PATIENT S'INTERESSE A LA MTSR CAR LA MEDECINE OFFICIELLE AURAIT DES LIMITES

Ce sentiment de désespoir du patient serait souvent induit par les limites de la médecine officielle. Ces dernières sont souvent anticipées par les patients sur la base d'éléments vraisemblablement à la fois objectifs et subjectifs, comme P3 qui dit que « *le rebouteux, quand je fais appel à lui, c'est que je sais très bien déjà d'avance que mon médecin personnel ne pourra rien faire.* » P1 relate aussi avoir été face aux limites de la médecine quand elle répond « *parce que de toute façon, il n'y a pas d'autres solutions* » à la question de savoir pourquoi elle s'est tournée vers les faiseurs de secret.

MdF1 semble distinguer le degré de limites entre les patients s'adressant à des prestataires de soins de premiers recours et de second recours et légitimerait la décision des patients traités par des soins de second recours de se tourner vers la MTSR : « *Mais pour un hôpital [...], pour quelqu'un qui est vraiment dans une situation qui est très grave, si tout a été essayé, pourquoi ne pas faire ça encore.* » Cependant, il émet plus de réserves concernant les patients cherchant des soins de premier recours, en évoquant : « *[Des situations*

critiques], on n'[en] a pas tellement ici [au cabinet], parce que l'on réfère toujours aux spécialistes ou aux hôpitaux. Il y a toujours encore un échelon supérieur. » Cette dernière affirmation permettrait de mettre en évidence une différence entre les limites de la MF, de premiers recours et celles de la médecine de second recours, toute deux supervisés par les principes de la médecine officielle accréditée académiquement.

Néanmoins, P1 ne réduit pas les limites de la médecine officielle à son impuissance face à de graves situations gérées par les médecines de second recours, mais les élargit aux prises en charge de premier recours qui sembleraient, selon elle, insuffisantes malgré la bonne volonté des médecins. Elle évoque en ce sens l'exemple de la prise en charge de ses brûlures post-radiques : « *On m'a donné du Bepanthen [...]. Voilà, ils sont là. Ce n'est pas un manque de leur part. Ils font ce qu'ils peuvent. Mais, c'est clair qu'à un moment donné, avec les années, on se rend compte que la médecine à ses limites aussi. Qu'elle ne peut pas faire des miracles.* » C'est ce que MdF3 décrit comme « *désillusion de la médecine.* »

PMTSR1 ne semble pas partager l'avis du MdF1 qui distingue les limites des médecines de premiers recours, comme la MF et celles des médecines de second recours, soit hospitalières soit spécialisées. En effet, cette distinction donnerait l'impression au MdF qu'il peut repousser ses limites en référant le patient à des instances supérieures. Alors que bien souvent, comme PMTSR1 semble l'évoquer, « *[les patients vont] voir un généraliste, puis après ils [vont] voir un spécialiste, après ils f[ont] une deuxième expertise médicale et puis le problème perdure.* » Ce qui semble montrer que la limite de la médecine officielle lui est parfois inhérente et que l'itinérance du patient auprès des différentes médecines de second recours deviendrait un terreau fertile du désespoir. Le MdF semble dépasser les limites de la MF en référant aux spécialistes, mais il ne repousse pas les limites de la médecine officielle. Cela peut induire une désillusion du côté du patient qui, comme toute personne cherche peut-être à repousser la limite ultime qu'est la mort.

PMTSR2 lorsqu'il parle des patients qui « *viennent [le] voir [et qu'ils lui] disent : « Ouais, mais j'ai été voir mon médecin. Il ne trouve rien. Il me dit que de toute façon, là-dessus, il ne peut rien faire » »* semblerait dire que certains MF sont assez clairs au sujet des limites de la médecine officielle ; un discours repris par MdF2 qui évoque « *nos échecs qui sont nombreux* » comme raisons qui amènent les patients à se tourner vers la MTSR. De plus, il aurait selon lui, une discordance entre l'attitude « *reconnue académiquement* » du MdF accompagnateur, source de soulagement qui « *[se fait] au fait qu'il va accompagner [les patients] sur un chemin de douleur [en] renonçant petit à petit à guérir* » et « *l'espoir de guérison, ou d'amélioration d'un syndrome douloureux chronique* » que les patients « *ont toujours* » et qui « *[les] pousse peut-être à aller voir ailleurs.* » Ainsi, le patient et le MdF semblent ne pas pouvoir supporter de ne pas « *guérir* » – au sens transitif pour le médecin et intransitif pour le patient. Dès lors, ils peuvent alors avoir recours à la médecine non-académique qui, si elle ne permet pas forcément – et même rarement – de guérir, offre une forme de soulagement qui semble en ces cas, plus reconnue par les patients que celle prodiguée par les MdF. Ainsi, le patient dans ces situations précisément « *limites* » feraient preuve d'une certaine intolérance face aux limites assumées des MdF, et se tourneraient alors vers les PMTSR.

LE PATIENT S'INTERESSE A LA MTSR CAR IL PARTAGERAIT UNE CULTURE SPECIFIQUE

Il semble qu'un facteur supplémentaire, culturel, joue un rôle non-négligeable lorsqu'un patient se tourne vers la MTSR, en sus du désespoir associé à d'autres facteurs comme les expériences passées, les connaissances, l'envie d'être actif ou encore le fait de miser sur la complémentarité thérapeutique.

Les patients qui se tournent vers la MTSR semblent souvent avoir eux-mêmes des compétences en MTSR, comme P2 qui considère que lui aussi a « *un fluide dans les mains* », ou P3 qui nous dit qu'elle a « *la faculté d'enlever certaines douleurs* ». Par ailleurs, s'il ne pratique pas lui-même, ce type de patients exprime une parenté avec la MTSR comme P3 qui indique que « *dans [sa] famille, [elle a] deux sœurs faiseuses de secrets.* »

PMTSR1 quand elle fait référence à la notion de « *croissance familiale* » lorsqu'elle évoque le choix du mot « *guérisseur* » comme terme générique qualifiant les PMTSR. P3 avance quant à elle l'idée d'un « *vécu familial* » marqué par une coutume « *où les parents, les grands-parents faisaient déjà [appel aux rebouteux]* ». Ainsi, l'intérêt pour la MTSR semble dans ces cas intimement lié à une culture familiale spécifique.

PMTSR1 parle même de « *conscience collective* » pour décrire l'origine de la définition du mot « guérisseur », faisant référence aux « *gens qui travaillent avec l'énergétique et le don.* » Cette conscience collective serait ainsi bâtie sur les « *croyances familiales* ». Quant à MdF3, il parle de « *connaissances transversales* ». En effet, quand on lui demande à quels patients ils proposent les prestations des PMTSR, il répond : « *A des gens à qui je ne dois pas expliquer. Donc, une histoire de connaissance transversale.* » D'après MdF3, les « *suisses romands* » auraient dans leur culture cette « *connaissance transversale* » relative aux PMTSR et qui éviterait au MdF de s'aventurer dans des explications de ces pratiques lorsqu'ils les proposent.

Finalement, il apparaîtrait que le patient qui recourt au PMTSR serait « ouvert au profane ». C'est ce que P3 déclare quand elle dit qu'elle « *connaît un petit peu tout le domaine de ce que l'on pourrait dire entre guillemets du paranormal* » ; et qu'elle rajoute que « *cela dépend de votre mentalité à vous aussi. Il y a des gens, qui ne sont pas du tout prêts à aller voir des rebouteux ou autres. Pour eux, c'est de la connerie.* » MdF3 rejoint en ce sens P3 en rapportant « *qu'il y a certains patients que l'on sent tout de suite beaucoup plus ouverts à ce genre de méthodes alternatives* ». De ce fait, les patients qui se tourneraient vers la MTSR font partie d'une culture familiale qui connaissent les PMTSR, voir même qui pratiquent eux-mêmes.

LE PATIENT EST INTÉRESSÉ PAR LA MTSR CAR IL ATTENDRAIT UN MIRACLE

Il semble aussi que l'attente d'un miracle peut amener un patient à consulter la MTSR. Cette idée se retrouve dans les propos que P1 tient au sujet de l'expérience de sa sœur auprès d'un magnétiseur : « *Elle en a eu un, c'était le miracle après. Ben, elle n'a pas retrouvé [de magnétiseur aussi efficace]. C'était alors du miracle, ou il était « je-ne-sais-pas-quoi ».* »

Si les patients attendent des miracles de leur PMTSR et non pas de leur MdF, c'est que la part « profane » de la MTSR semble être culturellement admise par les patients qui y recourent, ici en Suisse romande, mais sans doute ailleurs aussi. Ainsi, MdF1 décrit la MTSR comme « *quelque chose de naturel et de mythique. De mystique, plutôt.* » MdF3 va dans le même sens en évoquant que les patients « *ont des attentes un peu magiques* » quand ils se tournent vers les PMTSR. Aussi, MdF2 dit « *[les PMTSR] sont vécus comme des mages. Enfin, dotés de pouvoirs spéciaux. Je crois que l'idée de la magie est toujours là, chez nous, et ça manque probablement à certains patients [qui] ont besoin de ça.* »

Du côté des PMTSR, selon PMTSR3 « *[les patients] sont vraiment en attente, d'une espèce de pseudo-miracle et c'est toujours un petit peu difficile et délicat de leur expliquer [...] qu'ils sont seuls responsables de leur santé. Ils sont souvent en attente d'un miracle au début, clairement* ». On pourrait en déduire que la réalité des PMTSR ne semble pas correspondre entièrement aux attentes des patients. PMTSR2 corrobore les propos de PMTSR3 en réponse à la question des attentes des patients face aux PMTSR : « *Pour certains, et j'essaie toujours un peu de les refréner là-dessus, [ils attendent] un miracle. Et puis, ce n'est pas le cas.* »

Si PMTSR2 parle de « *certaines* » patients, c'est que d'autres patients comme P3 semblent présenter un autre point de vue à ce sujet en disant que « *c'est clair qu'il ne faut pas penser que parce que l'on a affaire à un guérisseur que l'on sera miraculeusement guéri. [...] Ils disent bien : « Nous on ne fait pas de miracles, et on n'est pas là pour.* » »

LE PATIENT EST INTERESSÉ PAR LA MTSR CAR IL SERAIT POUR UN « RETOUR AU NATUREL »

Depuis les années 1960, l'essor d'un désir de « retour au naturel » est apparu au sein de la population, notamment en réponse à l'industrialisation et à la technologie notamment médicale. PMTSR1 rapporte que, selon elle, « *[les patients] veulent retourner à quelque chose de plus naturel* » et que s'ils choisissent de consulter un PMTSR, « *c'est pour essayer de se soigner de manière plus naturelle* ». P1, comme PMTSR1 soulignent le fait qu'il ne s'agit pas de quelques individus, mais d'une tendance générale, qu'« *on vient de plus en plus maintenant vers le naturel. Oui, je crois que c'est aussi un peu dans l'air du temps aussi, ça* ». MdF3 le souligne aussi en disant que « *des fois, [les patients] ont des croyances, que j'estime peu rationnelles, par rapport, au fond, à une espérance ou à une croyance que tout ce qui est naturel est, entre guillemets, bon pour eux* ».

LE PATIENT EST INTERESSE PAR LA MTSR CAR IL SERAIT CONTRE LES MEDICAMENTS

De pair avec cet attrait pour le naturel, un rejet des traitements médicamenteux semble aussi faire partie des souhaits des patients se rendant chez les PMTSR. P1, après nous avoir renseignés sur son intérêt pour un retour au naturel, ajoute « *automatiquement, on essaie d'avoir moins de chimie et de choses comme ça* ». P3, en plus de nous informer qu'elle aussi a « *horreur de prendre [ses médicaments] d'ailleurs parce que [elle] n' [est] pas médicaments* », semble nous dévoiler les sources de cette appréhension : « *On voit effectivement, dans les reportages, maintenant qu'il y a beaucoup de gens qui meurent parce qu'ils sont surmédiqués.* » Ainsi, les patients percevaient dans la MTSR une alternative, comme le résume P3 : « *Voilà, si on peut s'en passer [des médicaments], tant mieux.* »

PMTSR1 semble aller dans le même sens en déclarant que ses patients, « *sont des gens qui sont allergiques, mais à voir au sens figuré contre les médicaments* » et que ce rejet des médicaments irait de pair avec une « *prise de conscience* » : « *Il y a quand même maintenant, de plus en plus cette prise de conscience, où les gens ont envie de vivre plus sainement et se disent si on peut éviter certains médicaments* ».

MdF3 semble préciser quant à lui, le désaveu des patients pour les médicaments, en disant que ce n'est pas le rejet, mais « *la peur des effets secondaires des médicaments, de la chimie* » qui pousserait les patients à se rendre chez le PMTSR, une nuance entre un rejet de la médication et peur des effets secondaires partagée par P1 pour qui la MTSR, « *c'est plus simple, il y a moins d'effets secondaires suivant quels médicaments, on prend* ».

De la sorte, ce qui pousse un patient vers la MTSR semble bien être déterminé par plusieurs facteurs : le désespoir, les limites de la médecine, un « *retour à la nature* » et un rejet de la « *chimie* » le conduiraient à chercher des alternatives à la prise en charge conventionnelle de sa maladie, ce, de manière d'autant plus décidée que le patient serait ouvert aux pratiques « *profanes* » et miserait sur la possibilité d'un miracle.

QUELLES SERAIENT LES AVANTAGES D'UNE COLLABORATION ?

Après s'être arrêté sur les facteurs qui inspirent l'intérêt du patient pour la MTSR, il est important de s'attarder sur les avantages qu'une collaboration entre PMTSR et MdF pourrait apporter aux trois protagonistes.

AVANTAGES D'UNE COLLABORATION POUR LE PATIENT

UN SOUTIEN PHYSIQUE SOUS LA FORME D'UNE AMELIORATION DU BIEN-ETRE DU PATIENT

La première plus-value d'une collaboration entre MdF et PMTSR résiderait dans la fonction du PMTSR qu'il est nécessaire de décrire. Guérisseur, bien que très souvent utilisé pour décrire les PMTSR, n'est pas un éponyme : le guérisseur ne guérit pas l'entité « *maladie* » au sens biomédical. Comme PMTSR1 l'exprime : « *Quand il y a des grandes pathologies, on ne va pas remplacer des traitements qui sont lourds. On va accompagner.* » Ainsi, la MTSR a pour fonction de soutenir le patient dans sa maladie. C'est aussi ce que PMTSR2 nous affirme en déclarant qu' « *[il] ne guérit pas les gens, [qu'il] n'est pas médecin, [qu'il] aide les gens à aller mieux [...]* ». MdF3 serait conscient de cette complémentarité lorsqu'il parle des PMTSR en disant que « *beaucoup font un bon travail, qui est un bon travail de soutien qui permet aux patients d'aller de l'avant* ». Aussi, on peut se référer à l'étymologie ancienne de « *guérir* », *guarir*, d'abord au sens de « *protéger, garantir* », issu du francique *warjan, « *défendre, protéger* ». ²⁴

Dès lors, on peut s'arrêter sur la forme de ce soutien. D'après PMTSR3, « *[il va apporter] un pseudo-bien-être pendant une courte période où [les patients] se sentiront mieux [et qui] va leur permettre d'aller un peu mieux ou d'aller vers la guérison.* » Il s'agirait ainsi d'une action sur le bien-être général ou « *la recherche d'un écoute de soi qui accentue le bien-être de la personne* ». Ainsi, on semble retrouver dans la prise en charge des PMTSR le courant de la salutogenèse²⁵ qui consiste à se concentrer sur l'amélioration des défenses de l'organisme plutôt que sur l'éviction de la pathologie.

Selon la distinction anglo-saxonne entre « to care » et « to cure », le PMTSR entrerait dans le domaine du *care* non pas en tant que traitement, mais en tant que sollicitude. Cette distinction est particulièrement illustrée par les propos de MdF2 au sujet de la prise en charge de ses patients : « *Nous, on vise à guérir les gens, à les soigner et puis on aime bien quantifier tout ça avec des vraies études randomisées [...]. Mais les gens, ils aiment bien que l'on s'occupe d'eux. Et clairement, s'occuper d'eux, soit en magnétisant [...], ils sont probablement plus satisfaits que quand on regarde contemplativement le patient qui est lombalgique et puis qu'on lui donne du Voltaren [qui est] placebo.* »

PMTSR3 déclare pour sa part que « *[pendant que] la médecine [...] traite le corps physique, nous, on va essayer de traiter un petit peu plus loin que ça* ». En appliquant ici la distinction anglo-saxonne, elle, aussi, entre *disease*, *sickness* et *illness*, il semble considérer que le MdF gère l'« *illness* », qui correspond au processus physiopathologique d'une maladie, alors que lui semble considérer le patient comme un être social et s'intéresse ainsi à son état de « *sickness* » qui correspond au statut social que le patient endosse et aux processus psychologiques modulés par l'état de souffrance. C'est en ce sens que s'exprime aussi PMTSR2 en disant que « *suivant le niveau, même pour quelqu'un qui a un cancer, le fait de se faire magnétiser peut amener un bien fait psychologique* ». Ainsi, si le magnétisme ne semble pas avoir comme fonction de supprimer le cancer, il permettrait d'offrir au patient une attention bienveillante qui permettrait de moduler sa perception de rôle de malade et d'augmenter son bien-être et ses ressources psychologiques.

Ainsi, la MTSR offrirait la sollicitude que les patients n'attendent pas forcément du MdF comme le dit P3 qui, semblant être satisfait de son médecin traitant, déclare qu'il « *a pour principe que tant qu'il peut, il fait. Mais après, à un moment donné, c'est peut-être plus son domaine* ». Et c'est à ce moment-là, quand la prise en charge de l'*illness* n'est plus suffisante pour moduler la *sickness* du patient, que le PMTSR semble pouvoir apporter un soutien sous la forme d'une sollicitude en se concentrant sur l'amélioration du bien-être du patient.

UN SOUTIEN SOCIAL SOUS LA FORME D'UNE ECOUTE ATTENTIVE

De pair avec leur fonction de soutien, soit par le magnétisme, soit par le reboutage, les PMTSR semblent aussi offrir un temps d'écoute. PMTSR3 affirme « *qu'il y a [des patients] qui ont besoin d'être écoutés simplement. Besoin d'être plaint ou écouté. C'est aussi une grosse partie du travail.* » L'écoute serait particulièrement active d'après PMTSR1 qui déclare que « *c'est pour cela que cette discussion avant est importante. Pour savoir, un peu, la demande de la personne* ».

Cette fonction d'écoute serait une valeur ajoutée des PMTSR, car ils ont et prennent le temps contrairement aux MdF souvent plus contraints sur ce plan. En effet, même si les MdF accordent du temps à leurs patients pour les écouter, il semble ressentir tout de même un sentiment de stress qui réduit la qualité de l'écoute. P3 l'exprime lorsqu'il dit que « *le feeling, c'est aussi souvent le pouvoir d'écouter, parce que [les PMTSR] ne sont pas stressés par le temps* ». MdF3 semble partager le même avis lorsqu'il raconte qu'« *il y a aussi [...] l'écoute que ces médecines traditionnelles peuvent offrir, que nous, on a plus de difficulté à offrir à nos patients [...] par rapport au temps de consultation, à la salle d'attente.* » Il rajoute cependant qu'il éprouve de « *la frustration de ne pas pouvoir les écouter plus longtemps et de les suivre plus aisément [et] qu'au fond, [il a] fait de la médecine générale pour ça aussi* ».

Ainsi, l'écoute fait partie des compétences fondamentales²³ du MdF qui ne semble pas parvenir à les mettre en œuvre tout le temps. En affirmant que « *[si] les médecins prennent plus de temps, ça ne serait pas un mal, mais en même temps, s'ils prenaient trop de temps pour soigner les gens, [...] ils pourraient moins en soigner* ». PMTSR2 semble pointer du doigt le problème de la potentialisation des ressources humaines dans le domaine de la santé. De la sorte, le PMTSR et le MdF auraient tous deux les compétences d'une écoute active, mais le MdF ayant d'autres tâches, il semble important de pouvoir en certains cas compléter cette écoute auprès du PMTSR. Ainsi, si une collaboration était mieux établie entre PMTSR et MdF, elle permettrait une prise en charge plurielle alliant thérapeutique efficace et écoute suffisante.

Néanmoins, cette fonction d'écoute nécessiterait d'être nuancée en fonction des types de PMTSR. En effet, concernant ces rapports avec sa faiseuse de secrets – qui, rappelons-le, peut agir à distance –, P1 déclare qu'

« [elle n'a pas] pas beaucoup de contact avec elle. C'est quand même différent, parce que le médecin de famille, on le connaît, il nous connaît. On a un rapport qui est [...] qui est plus profond. »

UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DE PREMIER RECOURS

Après une fonction de soutien physique, puis d'écoute attentive, le PMTSR semble apporter une troisième prestation qui est un soutien psychologique. PMTSR2 affirme que « *les gens ne veulent pas aller voir un psy. Parce que pour eux, un psy, automatiquement, c'est que l'on est malade, c'est que l'on est un peu dérangé. Donc je peux dire que je suis juste entre les deux, [entre le MdF et le psychologue]* ». PMTSR1 semble être du même avis en déclarant « *[le patient] irait [...] chez un psy et puis [venir chez moi] lui permet de vider ce sac à dos, cela ferait le même résultat* ». Ainsi, ancrés dans une culture qui stigmatiserait encore la prise en charge de nature psy-, les patients concernés semblent choisir une alternative socialement plus tolérée et/ou moins stigmatisante.

Ainsi les trois principales valeurs ajoutées d'une collaboration avec les PMTSR pourraient être résumées par le terme de *soutien*, sous la forme *physique* par une amélioration du bien-être, sous une forme *sociale* par une écoute attentive et finalement sous une forme psychologique par un soutien existentiel de premier recours.

AVANTAGES D'UNE COLLABORATION POUR LE MDF

Dès lors, il est opportun de s'intéresser aux avantages qu'une collaboration apporterait aux MdF. Il en ressort deux avantages : un soutien dans la compliance du patient et dans l'orientation du patient vers un MdF.

UN SOUTIEN DANS LA COMPLIANCE DU PATIENT

Premièrement, les PMTSR pourraient être des alliés du MdF en renforçant ses recommandations. PMTSR1 déclare « *c'est aussi notre rôle de dire [au patient] : « Mais, vous continuez votre traitement. C'est important* ». Cela semble être d'autant plus pertinent chez un patient méfiant à l'égard de la médecine officielle. PMTSR1 par exemple dit recommander au patient : « *ce n'est pas parce que vous venez chez nous, que vous avez envie de retourner à quelque chose de plus naturelle, qu'il va falloir arrêter le côté médicalisé.* » PMTSR3 semble confiant au sujet du potentiel d'une collaboration relatif à la compliance : « *Si le guérisseur [...] dit à son patient : " Ecoute, fais bien ce que te dit ton médecin." Et en parallèle, [il] travaille sur tous les côtés qu'il peut travailler, je pense que cela peut être génial.* »

UN SOUTIEN DANS L'ORIENTATION DU PATIENT VERS UN MDF

Par ailleurs, le PMTSR pourrait aussi diriger les patients vers les MdF. D'après PMTSR3, « *les gens vont tous chez le médecin et ceux qui n'y vont pas [...], je les y envoie* ».

L'absence de diagnostic apparaît comme une raison qui pousserait les PMTSR à diriger les patients vers les MdF. PMTSR3 nous informe que si un patient le consulte sans un diagnostic posé par un médecin, « *[il va] simplement l'orienter vers un médecin, pour au moins avoir déjà un diagnostic et puis un suivi sérieux, quoi* ».

De plus, le PMTSR pourrait référer le patient vers un MdF, s'il pense ne pas avoir les compétences pour gérer le problème du patient. Par exemple, « *quand [PMTSR2] découvre quelque chose qui n'est plus de [son] domaine, [il] l'envoie systématiquement chez un médecin* ». En effet, pour l'instant, la référence semble être laissée à bon plaisir.

Ainsi dans une collaboration entre PMTSR et MdF, le PMTSR pourrait servir d'orienteur pour récupérer des patients qui nécessiteraient des soins, mais qui ne sont pas spontanément enclin à consulter le MdF. Néanmoins, on remarque que cette orientation vers les MdF ne semble pas systématique mais conditionnée par des critères propres au PMTSR, comme l'absence de diagnostic, ou l'estimation du PMTSR concernant l'écart entre la gravité de l'affection et ses compétences.

UN SOUTIEN DANS L'ÉVITEMENT DES CHARLATANS

Finalement, une collaboration entre PMTSR et MdF ne semble pas n'apporter que des avantages aux patients et aux MdF, mais aussi aux PMTSR en limitant l'accès à des charlatans. PMTSR1 aimerait ainsi avoir une position claire dans le réseau de santé : « *Cela permettrait justement d'avoir tous ces guérisseurs qui se prétendent être le bon dieu de les remettre à leur place.* » PMTSR2 est aussi de cet avis « *parce qu' [il] ne pense pas que les personnes qui font croire qu'elles sont rebouteux ou magnétiseurs [...] feraient un partage avec la médecine, parce qu'ils auraient peur d'être découverts* ». Cet argument est aussi évoqué par MdF2 qui « *s'assure que [le patient] ne tombe pas sur des gens qui cherchent juste à leur faucher du fric, du charlatanisme total et couteux* », lorsqu'un patient exprime son envie de consulter un PMTSR. Une collaboration sur le plan d'une sorte d' « *accréditation* » permettrait d'éviter les charlatans, et donner au patient la garantie d'une certaine qualité du PMTSR, comme le souligne P3 lorsqu'il parle à une connaissance qui hésite à consulter un PMTSR : « *Le toubib t'a même proposé de faire venir [le rebouteux] [...]. Donc, c'est quand même quelqu'un en qui il a confiance.* » Néanmoins, un tel jugement peut être trompeur et le MdF ne peut formellement garantir la qualité des PMTSR, même si ce mode de référence d'un PMTSR par un MdF pourrait représenter une solution concernant la sécurité des patients en raison. A ce jour, on relève l'absence de critères d'évaluation performants, comme une formation, des certifications ou la présence d'instance capable de juger de la qualité des PMTSR.

QUELS SONT LES OBSTACLES A LA COLLABORATION ENTRE PMTSR ET MDF ?

Malgré les avantages rapportés ci-dessus, une collaboration entre PMTSR et MdF reste dans le domaine de l'hypothétique. Quels sont les obstacles à cette collaboration ?

LE QUALITE PROFANE DE LA MTSR EST UN OBSTACLE A LA MTSR

Le manque de collaboration entre les PMTSR et les MdF serait dû d'abord au fait que la MTSR se fonde, selon la médecine officielle, sur des croyances et des dogmes « *profanes* », en opposition à « *savants* ». Cette idée est lancée par MdF3, qui déclare « *que c'est plutôt deux choses séparées. Il y a un peu une notion magique [...] dans le secret ; dans la médecine, un peu moins. Ou encore : « Cela change par rapport à la formation et [...] [du côté rationnel, et [...] évident par rapport à quelque chose qui est plutôt de l'ordre de l'imagination et de la magie.* »

MdF1 qui n'adhère pas à la MTSR, dit que c'est parce que « *c'est ésotérique, mais [qu'il] n'est pas contre la médecine alternative* ». Cela semble suggérer que c'est sa qualité « *profane* » qui est essentiellement incompatible pour ce MdF. De façon similaire, MdF1 dit qu' « *il accorde plus de crédit instinctif et sans preuve aux médecines qui ont une immense tradition culturelle et temporelle, comme justement la médecine tibétaine [...]* ». MdF1 semble être plus favorable aux autres médecines « *savantes* ». PMTSR3 confirme que « *[...] le magnétiseur, c'est un peu le sorcier. Il y en a beaucoup qui ont encore peur de ces pratiques-là* ». Encore plus distinctement PMTSR2 explique que le MdF ne peut adhérer à la MTSR « *parce que [la MTSR] n'entre pas, justement, dans le côté cartésien de la médecine. Alors, on ne peut pas être dans le domaine [de la médecine officielle qui] essaie d'expliquer quelque chose, tout en disant que là, on ne peut pas l'expliquer, mais ça marche* ». Ainsi, d'après PMTSR2, le MdF ne peut soutenir à la fois, une médecine fondée sur les sciences et la MTSR dont les représentations thérapeutiques ne peuvent être comprises par le seul prisme scientifique.

Néanmoins, MdF2 qui dit se référer à « *un état d'esprit facultaire* » comme source de son objection à la MTSR, relativise cette référence en suggérant qu'il pense que « *plus on vieillit, [...] plus on acquiert une relativité dans nos jugements académiques parfois sommaires* ». Ceci laisse à penser que l'expérience pratique du MdF le rendrait plus tolérant face à la MTSR avec le temps. P1 rejoint aussi cette mesure en disant qu' « *elle a remarqué qu'un jeune médecin, il se croit beaucoup plus infaillible. [...] Il faut un petit peu d'expériences, [...] pour se rendre compte que l'on n'est pas infaillible. Il faut aussi aller chercher un petit peu ailleurs* ».

Néanmoins, en fondant sa pratique sur des modèles explicatifs variés, la MTSR semble ouvrir un accès aux dérives, parfois malfaisantes. En effet, MdF1 déclare que « *ce qui arrive souvent, malheureusement, [c'est que les PMTSR] donnent très souvent des explications qui sont complètement erronées [...]. Mais le patient, il a besoin [...] de trouver une étiquette, pour son problème* ». On retrouve un discours apparenté chez MdF3 qui pense que certains médecins auraient peur de la pratique des PMTSR, une peur qui serait en « *rapport à certaines illusions qu'ils peuvent induire chez certains patients* ». Ainsi, les MdF semblent aussi craindre les conséquences néfastes des explications variées des PMTSR livrées aux patients.

PMTSR3 soulève aussi cette problématique en déclarant que « *quand on ne sait pas écouter le patient. Quand on a l'impression de lui imposer une vérité qui n'est pas la sienne. Ce [...] patient, il va suivre cette vérité-là, parce qu'il est tellement perdu. [...] Et cela peut être complètement débile et aller contre sa guérison* ». Ainsi, il pointerait du doigt le risque que des charlatans induisent des illusions concernant la santé du patient, et qui ne peuvent être tolérées par un MdF bienveillant.

LE RISQUE D'ABUS DE POUVOIR

De cette ouverture aux dogmes « profanes » et aux modèles explicatifs variés semble dériver le principal obstacle à la collaboration qui est le risque d'abus de pouvoir des PMTSR. Le pouvoir est, ici, à comprendre différemment de l'autorité, même si une légitimité charismatique, selon Max Weber peut être appliquée à ce pouvoir.¹⁹ Il s'agirait plutôt d'une capacité à orienter des conduites plutôt que la capacité d'être obéi. Ainsi, l'abus de pouvoir et non d'autorité revêt une forme moins franche, plus subtile. MdF3 exprime ce risque d'abus de pouvoir ainsi : « *L'autre chose que je crains des fois, c'est leur prise de pouvoir. Que [les PMTSR] puissent diriger nos patients dans des prises de décision qui ne nous conviennent pas. Certains patients sont un petit peu faibles, ou ont des idées moins claires et ont tendance à demander à nos collègues de prendre les décisions pour eux et je pense que cela n'est pas une très bonne chose.* » Pour bien faire la différence entre prise et abus de pouvoir, MdF3 ajoute que « *plus que prise de pouvoir, c'est des abus de pouvoir* » qu'il ne tolère pas de la part des PMTSR. PMTSR1 indique une origine probable de cette crainte en nous expliquant qu' « *on a entendu parler de guérisseurs qui ont prétendu pouvoir guérir plein de trucs et qui ont dit à des gens d'arrêter leur traitement et cela a compliqué les choses* ». De la sorte, on peut comprendre que le PMTSR exerce un pouvoir certain sur le patient, un pouvoir qui lui serait octroyé par le patient selon PMTSR3 qui nous explique que « *[les PMTSR] ont une influence certaine sur les patients. [...] Le patient nous donne quand même du pouvoir. [...]* » Au demeurant, le MdF semble tolérer la prise de pouvoir du PMTSR, mais ne peut accepter de travailler avec des collaborateurs qui pourraient en abuser. Néanmoins, P3 semble retourner l'argument en pointant du doigt le fait que les abus de pouvoir peuvent aussi se trouver chez les MdF en disant que « *le médecin de famille a un pouvoir, qui est des fois presque trop important* ».

L'ABSENCE D'EVIDENCE SCIENTIFIQUE DE LA MTSR

Un troisième obstacle à une collaboration serait étroitement lié à la culture académique des MdF. D'après MdF1, « *[il] a besoin qu'on [lui] confirme que quelque chose est vraiment efficace ou non* » et en ce qui concerne la MTSR, il « *n'a jamais vu une preuve de cette sorte-là* ». PMTSR1 confirme ce besoin, quand il décrit que « *les médecins fonctionnent beaucoup sur des statistiques* » et que « *même après avoir eu deux heures de conversations avec un médecin, à la fin, sa conclusion sera : « Mais nous ne pouvons rien prouver, parce qu'il n'y a pas eu d'étude de comparaison »* ».

P1 semble montrer un même intérêt pour une preuve de l'efficacité en répondant qu' « *il faudrait faire une étude pour voir si vraiment cela est efficace* ». P1 semble ainsi proposer de faire des études scientifiques pour évaluer l'efficacité de la MTSR. Cette proposition donne encore plus de sens aux études scientifiques qui se font déjà actuellement sur l'efficacité des médecines traditionnelles, autres que les MTSR.²⁰ En effet, les PMTSR ne semblent pas fournir encore des preuves scientifiques suffisantes pour différentes raisons, y compris économiques ou par absence de culture de recherche scientifique. Ceci n'est pourtant pas partagé par tous. PMTSR3 déclare : « *Nous les preuves, on les a clairement. De plus en plus, on a des méthodes et des techniques pour pouvoir mesurer les effets que l'on produit. [...] Mais on est de plus en plus proches de pouvoir prouver quelque chose de façon scientifique. [...] Après, on est encore dans des pseudosciences ou dans des*

sciences alternatives. » A relever le caractère problématique, voire contradictoire de ce type d'arguments qui tentent de faire tenir ensemble des registres de la preuve peu compatibles et qui soutient l'idée d'un manque de culture de recherche scientifique.

TOLERANCE NON ASSUMÉES DES Mdf

Ainsi, nous avons vu en première partie que les principaux obstacles d'une collaboration entre PMTSR et Mdf semblent provenir de tensions de fond souvent antithétiques comme le « savant » et le « profane », les fondements scientifiques de la médecine officielle et les modèles explicatifs profanes des PMTSR, et finalement la bienveillance déontologique des soignants et le risque d'abus de pouvoir. Néanmoins, des médecins semblent faire preuve d'ouverture et de pondération à ce sujet-là. PMTSR1 l'exprime ainsi : « *Maintenant, il y a de plus en plus quand même de médecins qui disent, qu'il y a ce potentiel. Mais ils ne vont pas le crier sur les toits [...]* ». Ainsi, s'il semble y avoir une amélioration du respect des médecins face à la MTSR, ils ne semblent pas encore prêts à afficher cette tolérance. Même si les Mdf semblent tolérer individuellement la pratique des PMTSR, ils ne l'assument pas ouvertement, collégialement et institutionnellement. D'après PMTSR3 qui nous informe qu'il a « *un ou deux médecins avec qui [il] collabore. Forcément, ils ne veulent pas être cités* », cette tolérance « en catimini » semble être la forme actuelle de faible reconnaissance de Mdf pour les PMTSR.

PMTSR1 suggère quelques pistes par rapport à la source de ce supposé respect sans collaboration des Mdf envers les PMTSR. Elle relate les propos de son voisin Mdf qui lui a dit : « *OK, je suis médecin, j'ai fait appel à des guérisseurs. [...] Mais je ne peux pas [l'] affirmer, parce que : « Que va penser l'ordre des médecins ? »* » PMTSR1 ajoute qu' « *il y a ce sacro-saint ordre des médecins qui pourrait avoir une sentence et du coup, on sent qu'il y a une pression derrière* ». De ce fait, d'après PMTSR1, les Mdf ressentiraient une pression venant de l'autorité qui régit la corporation médicale. De plus, PMTSR1 ajoute à la pression probable des pairs, une peur de la perte de crédibilité en disant que les médecins « *perdent [leur] crédibilité vis-à-vis du patient et vis-à-vis de [leurs] collègues. Parce qu' [ils ont] toutes [leurs] études derrière, parce qu'il y a toutes les études qui ont été faites, tout ce qui a été démontré* ».

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DE LA MTSR EST INCOMPATIBLE AVEC UN CONTRÔLE DE QUALITÉ

Après avoir décrit certains des obstacles que les Mdf semblent rencontrer afin de collaborer avec les PMTSR et qui les conduiraient à présenter une attitude respectueuse sans collaboration franche, il semble que le problème sous-jacent semble être l'absence de certitude d'efficacité. Dès lors, il serait nécessaire de structurer la profession afin de poser des garanties de la qualité éthique et d'efficacité de la MTSR. Néanmoins, on fait face à l'obstacle suivant qui est l'hétérogénéité de la MTSR, qui en ferait un domaine difficilement structurable. PMTSR1 le constate quand elle nous pose la question de « *comment contrôler cela ? [...] Ben là, il y a des guérisseurs qui arrivent de pleins de domaines différents, par pleins de biais différents. Ce n'est pas possible, on ne va pas leur faire passer des examens pour savoir s'ils sont bons ou pas. Parce que j'imagine qu'il y a pleins de guérisseurs et qu'ils ne travaillent pas forcément de la même manière non plus* ». Ainsi, l'avantage d'être ouverte à de nombreuses représentations de la maladie de la MTSR, semble engendrer aussi des inconvénients comme PMTSR3 nous explique « *[...] à partir du moment où c'est une profession [...] complètement libre, on voit de tout et n'importe quoi. Et effectivement, le charlatanisme est très répandu dans ce milieu-là* ».

En théorie, pour améliorer la collaboration P3 proposerait « *qu'il y ait effectivement un tri, dans les gens qui se disent magnétiseurs, rebouteux ou autres. Mais qu'il y ait quelque chose qu'il soit fait officiellement, et qu'il soit un petit peu reconnu* ». Cependant, en pratique, le tri ne semble pas encore possible, car d'après PMTSR3, « *il faut [...] pouvoir définir qu'est-ce qui fonctionne de ce qui ne fonctionne pas comme thérapie* ». Il faudrait ainsi trouver des outils d'évaluation des MTSR correspondant aux critères de standard scientifique.

Par effet de miroir, Mdf1 nous rappelle que la MF est, elle aussi, très hétérogène, car « *les médecins sont des individualistes. Donc, c'est tout à fait possible que ma façon de voir les choses diffère énormément des autres* ». De ce fait, si la MF a pu développer une forme de gage de validité de la pratique envers les patients

par le biais, en autres, de son affiliation à la médecine officielle, la MTSR pourrait tout aussi bien, mettre en place un dispositif de validation.

L'ABSENCE DE LA FORMATION DES PMTSR

On peut ainsi se demander si ce garant de sécurité chez les MdF ne résiderait pas, en partie, dans la formation et qu'il serait judicieux de l'appliquer chez les PMTSR. P1 semble l'exprimer en parlant des qualifications d'une faiseuse de secrets : « *Elle n'a pas fait x années d'études pour en arriver là [...]. Je l'accepte tout à fait, mais j'entends, on ne peut pas comparer à un médecin qui a étudié le corps humain.* »

Si PMTSR3 semble aussi être d'avis que pour l'établissement d'une collaboration, il serait nécessaire de former des PMTSR en déclarant : « *Cela demande une formation à tous ces gens qui vont travailler avec ces médecins. Et puis, il y a vraiment énormément de gens qui n'ont aucune idée et qui ne sont vraiment pas formés, donc cela deviendrait vite dangereux, je pense* », il semble nous informer de surcroît que sans formation, il y aurait un risque avéré en ce qui concerne la prise en charge du patient.

Après avoir supposé que l'absence de formation soit un obstacle à une collaboration, les PMTSR nous ont informé du contenu de cette formation. D'un côté, la nécessité d'une formation médicale, comme PMTSR1 qui déclare « *qu'il faut [...] qu'il y ait toute [une] formation médicale derrière. C'est, une sécurité* » et que « *nous qui n'avons pas ce cursus médical en amont, on a aucune crédibilité* ». D'un autre côté, quand on lui demande le contenu de la formation PMTSR3 répond qu'« *[il] ne parle pas de connaissances anatomiques ou autres, mais de connaissances psychologiques* ».

Ce manque de formation objectivé par les PMTSR conduirait à une dérive qui est la création de pseudo-formation avec diplôme futile à la clef comme le dénonce PMTSR2 : « *[les patients] vont chercher la sécurité.* » Ils se disent : « *Ah, il a un diplôme. Donc, c'est un bon.* » Néanmoins, « *qui a fait ce diplôme ? Où est-ce que c'est reconnu [...] ?* »

DISCUSSION

Cette étude qualitative autour de l'utilisation de la MTSR a cherché à mettre en évidence des représentations des PMTSR, MdF et des patients et à décrire les limites d'une reconnaissance mutuelle. L'étude s'est déroulée par entretiens individuels et a surtout montré une série de facteurs qui amèneraient des patients à consulter la MTSR comme la chronicité de leur pathologie, un état émotionnel particulier associé à du désespoir, une ouverture à la « superstition », ou encore les limites de la médecine officielle. Elle a aussi montré que des controverses semblent persister entre médecins officiels et PMTSR, liés à une méconnaissance mutuelle des activités, à un manque de formation reconnue chez les PMTSR et au risque de dérive et de charlatanisme.

Il est dès lors intéressant de s'arrêter sur trois éléments principaux. Premièrement, l'étude ayant rapporté la présence de tensions dans la relation entre MdF et PMTSR, quelles sont les controverses principales retrouvées dans la littérature ? Leurs fondements sont-ils aussi applicables au niveau suisse romand ? Le deuxième point concerne la singularité de la MF et discute de sa position particulière face à la MTSR. Finalement, le troisième axe s'arrête sur la médecine intégrative comme modèle de prise en charge plurielle.

TENSIONS ENTRE MÉDECINE OFFICIELLE ET MEDECINE TRADITIONNELLE

Concernant les controverses entre médecine officielle et médecine traditionnelle, premièrement, d'après Jean Benoist, anthropologue français, il ne faudrait pas réduire les tensions entre des « médecines », « *mais entre des systèmes de soins entendus dans un sens bien plus large, entre des conceptions que se fait la société de l'organisation de ces systèmes et de la façon d'accéder à des fonctions en leur sein et de les exercer* ». ¹⁷ Ce qui est particulièrement intéressant en ce qui concerne la relation entre la MTSR et la médecine officielle, dite occidentale, c'est que les deux semblent avoir pris racine dans le même terreau culturel. Ce sont tous deux des modèles occidentaux et cela permet de mettre en évidence que les patients peuvent considérer leur santé à travers de multiples prismes. Une même culture peut être à l'origine de nombreuses représentations de l'état de santé de sa population. L'étude de la médecine traditionnelle, dans des pays occidentaux, et précisément en Suisse romande permet de passer outre la réduction de ces tensions à des conflits culturels. La présence concomitante d'une MTSR et d'une médecine officielle occidentale est ainsi le reflet de la présence de cultures et de sous-cultures ayant des influences différentes sur chaque individu et plus que de « médecine », la prise en charge de la santé des patients doit être considérée comme un système de soins pluriel. Ainsi, la première controverse est que « *le champ du soin s'étend bien au-delà de ce qui est généralement considéré comme le « médical* » ». ¹⁷ L'idée est que dans une société, comme ici, la Suisse Romande, le champ du soin s'étend bien au-delà du médical et qu'il n'est pas nécessaire de faire appel à des médecines venues d'ailleurs comme l'acupuncture pour le mettre en évidence. Sur le même terreau, deux modèles se sont développés. Et cela, ce n'est pas une question de mondialisation. Serait-ce le signe d'un besoin fondamental de l'humain ? Le *care* qui prime sur le *cure* ? Ou est-ce le reflet d'une médecine officielle réductrice qui nécessite d'augmenter ses dimensions ?

Une seconde tension concerne l'importance de faire une distinction entre science et médecine. En effet, « *La science s'est donnée comme devise de dire « je ne sais pas » lorsqu'elle n'a pas d'explication qui tient aux yeux de l'observation et de l'expérience* ». ¹⁷ Néanmoins, la médecine – même officielle – ne peut pas s'abstenir de répondre aux questions posées par les patients, car répondre fait partie du soin. ¹⁷ De la sorte, cette idée peut être aisément extrapolée à ce que l'on observe dans notre étude. C'est-à-dire que lorsque la médecine officielle affiche ses limites ou assume son ignorance, le patient se tourne vers les PMTSR qui offrent une représentation crédible par son assimilation dans la culture suisse romande du problème de santé. L'homme ne pourrait pas se passer de se tourner vers les marges ? Les intégrer risque-t-il de créer de nouvelles marges ? Est-ce que la représentation du soutien que le MdF pense apporter aux patients après s'être confronté à ses limites correspond aux attentes du soutien que le patient souhaite de la part de son MdF ?

Une autre tension qui est apparue dans notre étude est la revendication d'une preuve d'efficacité de la MTSR par les MdF pour considérer une collaboration. Ici, on remarque aussi un écart dans le champ d'application des résultats. Il nous semble que pour les MdF, l'efficacité est réduite au champ des effets corporels alors que les médecines traditionnelles élargissent l'efficacité sur « les troubles et sur la façon dont il est vécu ». ¹⁷ De ce fait, la MTSR est efficace sur une partie de la population suisse romande, car elle agit sur les

représentations de la maladie du patient et améliore le vécu de l'expérience de la maladie. On pourrait assimiler cet élargissement du champ d'efficacité à la notion d'end-point dans les recherches cliniques. Mais comment mesurer un tel end-point ? Si les sciences sociales semblent travailler avec des outils permettant cette mesure, quels sont les facteurs qui font que la médecine officielle tarde encore à les considérer ?

Si la médecine officielle réduit l'évaluation de l'efficacité à son champ d'application circonscrit, elle réduit aussi la notion de rationalité à ce même champ. En effet, comme le déclare Benoist « *refuser la rationalité sous-jacente à ces complémentarités vécues, c'est ne poser qu'un regard unique et appauvri sur les phénomènes, et ne jamais accéder à eux* ». ¹⁷ Pourquoi ne pas considérer comme rationnel aussi le fait qu'une partie de la population suisse romande profite des soins des PMTSR ? Benoist invite à suivre la leçon que donnent les patients qui « *est celle d'un pragmatisme qui use de tout ce qui s'offre, et qui ne récuse pas au nom de la raison ce qu'est l'expérience vécue* ». ¹⁷ De plus, comme Sindzingre le déclare : « *Quelque chose peut être vrai, mais non-pertinent.* » ¹⁸ Ne faut-il pas imaginer qu'à côté d'une vraisemblance scientifique pour le médecin existe une vraisemblance représentative pour le patient. De la sorte, pour être pertinent, le médecin doit centrer sa prise en charge sur le patient et non pas sur son intérêt scientifique. La biomédecine doit être utile au patient et non à la science. Le philosophe Gadamer²⁹, lui aussi, se demande pourquoi les MdF ont abandonné le stade pré-scientifique de leur expérience de la vie qui les a longtemps aidés à soigner et les a guidés dans la maladie et face à la mort. Comment accepter ou intégrer le pré-scientifique dans l'art des MdF ?

On observe dans cette première partie de la discussion, que les concepts qui découlent de la biomédecine rentrent en tension avec les concepts des médecines traditionnelles, et particulièrement de la MTSR. On rappellera ce que nous avons déjà dit : la médecine officielle ne doit pas se résumer à la biomédecine, mais se doit d'intégrer d'autres dimensions régies par d'autres standards : la communication, la relation et son aspect inconscient, le soin et une meilleure prise en compte de l'effet dit placebo.

PARTICULARITÉS DE LA MÉDECINE DE FAMILLE

Après avoir discuté des tensions entre médecine officielle et médecine traditionnelle, nous pouvons nous arrêter sur la MF qui est une médecine officielle, mais qui a la particularité de prendre en charge les soins de premiers recours et d'être ancrée dans la communauté.

D'après les définitions successives de Leeuwenhorst, de l'OMS, et de WONCA, on observe que la MF partage avec certaines médecines traditionnelles, dont la MTSR, des compétences fondamentales comme l'approche centrée sur la personne en prenant compte des dimensions individuelles, familiales et communautaires ou encore la tâche de répondre aux problèmes de santé dans les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. ²⁴ Ainsi, la MF se profile comme une discipline scientifique centrée sur la personne, c'est-à-dire qui devrait reconnaître les dimensions contextuelles, comportementales et scientifiques simultanément et leur accorder une importance adéquate. ²³ De la sorte, la MF pourrait se profiler comme l'articulation entre médecine traditionnelle et biomédecine. La MdF devrait-elle fonder sa pratique clinique en s'appuyant autant sur les sciences fondamentales, que les sciences sociales ?

Un autre élément que la MF présente de similaire aux médecines traditionnelles est le concept de « *médecin médicament* » de Balint. ²³ En effet, la MF a de particulier qu'elle considère la relation comme un outil thérapeutique et qu'ainsi, elle assimile sa pratique à un rituel, comme les médecines traditionnelles. Mise à part la relation patient-médecin, est-ce que les MdF sont suffisamment sensibilisés aux modalités de soins implicites dans leur pratique et leur attitude et comment peut-on vivifier cette sensibilité ?

Elle se démarque encore des autres médecines officielles, principalement de second recours, par le concept d'orientation vers la normalité en soins primaires, qui consiste « *à calmer l'anxiété liée aux maladies possibles du patient qui ne présente aucune pathologie* ». ²³ Ceci peut être assimilé à un prisme d'évaluation différent de la biomédecine et ainsi s'apparenter aux médecines traditionnelles en s'intéressant à l'étiologie de cette anxiété pour la désamorcer.

Néanmoins, on observe dans notre étude que bien que les MdF semblent en adéquation avec cette définition, ils se déclarent frustrés par des contraintes externes qui ne leur permettent d'appliquer que de façon partielle ces compétences fondamentales. Ces contraintes semblent provenir du système de santé, « *qui ne permet pas de se conformer à toutes les caractéristiques. Donc, ils perdent certaines particularités que beaucoup considèrent comme primordiales du travail de médecin de famille, plus particulièrement le concept du cadre communautaire de la discipline et la continuité des soins dans la durée* ». ²⁴ En ce qui concerne la Suisse romande, on peut se demander si les pressions que les MdF subissent aux niveaux du remboursement par les assurances maladies, comme citées par MdF3, entre autres, empêchent les MdF d'appliquer les compétences fondamentales. WONCA est d'avis qu'il est nécessaire de garder en tête une conception idéologique de la pratique de la MF et d'être prêt à s'engager pour des modifications dans ce sens des systèmes de santé, malgré leur profil immuable à l'échelle individuelle. ¹⁷ De la sorte, les MdF devraient-ils devenir les porte-paroles d'une utopie ou devraient-ils faire preuve de pragmatisme et présenter des compromis face à la lenteur de réaction du système de santé ? De plus, si le MdF se veut singulier par son ancrage communautaire, ne devrait-il pas être plus présent sur les scènes politiques ?

Cependant cette vision holistique de la prise en charge médicale du patient peut amener à des dérives. En effet, « *confrontée à des demandes et à des attentes imprévues, [la médecine officielle] tend de plus en plus à dépasser les marges du champ de sa compétence, en acceptant de participer à une réponse médicale à des problèmes sociaux, devenant souvent un alibi médical à l'identification de besoins d'un autre ordre* ». ¹⁷ De façon extrême, la réduction de l'offre des MdF à une prise en charge uniquement biomédicale, ne permettrait-elle pas de clarifier les prestations auprès des patients ?

Le projet WONCA repose principalement sur le souhait de créer une définition et un cahier des charges pour les MdF qui soient applicables à tous les pays européens afin de faciliter la libre circulation des médecins à travers l'Europe. ²³ Ainsi, les compétences fondamentales du MdF se prétendent, si ce n'est universel, du moins, européennes. Néanmoins, l'« universel » s'oppose à ce qui est « local », donc identitaire. ¹⁷ De ce fait, même si la MdF promet une prise en charge holistique tournée vers les tenants bio-psycho-sociaux de la représentation de la santé par leur patient, son universalité la rend dépourvue d'identité. Elle devient tolérante en prenant en compte le contexte du patient, mais ne fait pas elle-même partie intégrante de ce contexte. Comment la MF peut-elle intégrer l'« universel » et le « local » ?

PROPOSITION DE LA MÉDECINE INTÉGRATIVE

De la sorte, « *les plaintes des malades, leurs appels vers le divin, vers le miracle, vers les connaissances secrètes et les pouvoirs issus du surnaturel montrent combien il manque à la médecine une part essentielle de la capacité de répondre aux attentes de ceux qui souffrent* ». ¹⁷ Néanmoins, les patients n'attendent pas des MdF de proposer des prestations de types traditionnelles par leur propre soin. ¹⁷ Dès lors, se profile le modèle de la médecine intégrative qui permet d'offrir des prestations de soins alliant compétences médicales et culturelles.

La médecine intégrative est « *une médecine axée sur la guérison, qui tient compte de la personne dans son ensemble, incluant tous les aspects du mode de vie. Elle met l'accent sur la relation thérapeutique et a recours à toutes les thérapies appropriées, tant conventionnelles qu'alternatives* ». ²⁸ Ainsi, la médecine intégrative ne se résume pas à l'association de la médecine officielle aux CAM. Elle intègre aussi des idées qui sont déjà caractéristiques de la médecine de famille comme l'importance de la relation patient-médecin. En ce sens, elle est centrée sur le patient, mais « *reconnait explicitement la contribution des médecins à la qualité des soins* ». ²⁸ Elle s'implique aussi fortement au niveau de la prévention et du bien-être avec un accent sur l'idée de guérison. De la sorte est-ce que la médecine intégrative devrait être considérée comme le futur de la MF ?

Néanmoins, la médecine intégrative n'est pas protégée contre les dérives comme celle de choisir uniquement certaines dimensions d'une médecine traditionnelle en ne prenant pas en compte la philosophie globale sous-jacente. La considération parfois exclusive de l'acupuncture qui n'est qu'une partie de la médecine traditionnelle chinoise amène à la perte du sens philosophique et donc, de sa pertinence. ²⁷ Est-ce le rôle du MdF d'intégrer les CAM à sa pratique ou ne devrait-on pas laisser cette tâche au patient au nom de son autonomie ? La médecine intégrative harangue l'effet de synergisme de son intégration. ²⁷ Toutefois, peut-

on vraiment associer des philosophies médicales différentes ? Si le fait qu'un patient peut bénéficier des bienfaits de plusieurs médecines à différents moments de sa vie et pour différentes affections semblent compréhensibles. Est-ce que le patient recherche vraiment l'accumulation de médecines pour la prise en charge d'un même trouble à un même moment ?

Afin de faire un corolaire avec ce qui se passe localement, on peut citer l'article du Dr. Graz « Médecines complémentaires : vers un consensus « *evidence-based* » à l'hôpital universitaire » dans la Revue Médicale Suisse de 2009 qui observe que les avancées en *Evidence-based complementary medicine* sont abondamment publiées sous la forme de plus de 2'000 essais cliniques et qu'il est ainsi temps que les médecins évaluent les CAM de façon rationnelle et non plus selon une croyance ou des expériences personnelles comme apparues durant l'étude.²⁶ Notre étude a montré que les MdF que nous avons interrogés, semblent encore se référer à leur expériences individuelles dans l'évaluation de la MTSR. MdF3, le plus jeune des MdF semble toutefois afficher une attitude entrant dans les principes de la médecine intégrative en nommant les PMTSR « ses collègues » et en affirmant son appréciation des recommandations venant des centres hospitaliers universitaires concernant la MTSR qui lui permettent une validation académique et non plus subjective de la MTSR.

De plus, « *la tradition n'a pas non plus à être acceptée sans examen* ». ¹⁷ En effet, comme la médecine officielle, la médecine traditionnelle devrait être aussi soumise, non pas seulement à des analyses d'efficacité mais aussi à des analyses critiques afin de mettre en évidence toutes les problématiques éthiques qu'elle pourrait engendrer. Mais n'est-ce pas aussi excessif que de vouloir tout intégrer dans une rationalité commune et de placer le médecin généraliste au centre d'un système qui ne connaît plus de marges ?

LIMITES ET FORCE DE L'ÉTUDE

Concernant les limites de l'étude, on peut citer le nombre réduit de participants qui ne peut pas donner une vision globale du problème. L'entretien avec des MdF uniquement, ne permet pas de juger des points de vue des spécialistes alors que les discours des participants analysés dans l'étude se réfèrent principalement à l'hôpital universitaire, à la technique lourde et aux spécialités et non pas à la médecine de famille. La restriction du format de travail de maîtrise a aussi limité l'analyse d'une masse non-négligeable d'informations pertinentes concernant la concomitance des MdF et des PMTSR. La sélection et un usage très réduit de la littérature anthropologique fait aussi partie des limites.

Concernant les forces de l'étude, elle se distingue comme étant une des premières études qualitatives recherchant les points de vue des MdF, des PTMSR et des patients.

CONCLUSION

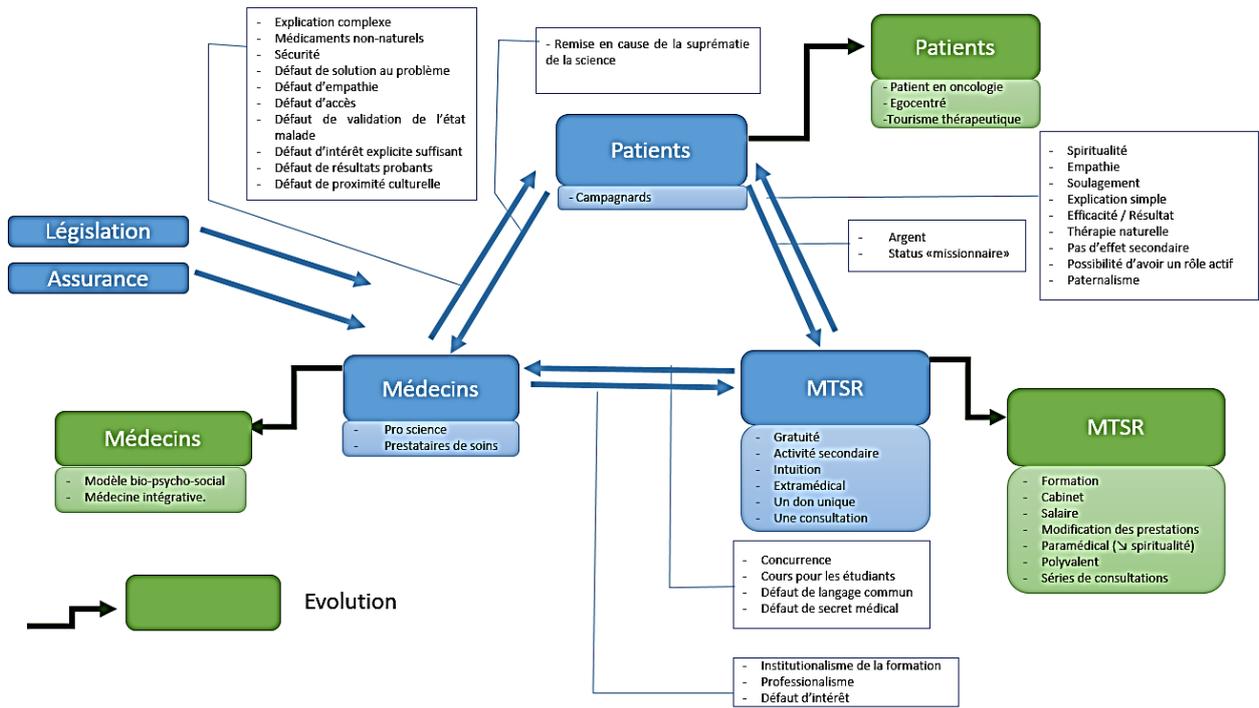
En conclusion, la MTSR est une pratique de niche qui se perpétue, car elle répond à l'intérêt de certains patients qui sont influencés par leur milieu socioculturel. En effet, le patient qui s'intéresse à la MTSR est dans un état émotionnel de désespoir avec une éducation familiale ouverte au « profane ». Il vit dans une société industrielle qui promeut le retour à la nature et se méfie du pouvoir pharmaceutique et des limites de la médecine officielle. La MTSR répond à un besoin d'une partie de la population et offre à cette dernière une écoute, et un soutien alternatif. Une meilleure connaissance des pratiques entre PMTSR et médecin de famille pourrait réorienter une partie des patients vers les médecins et améliorer ainsi une prise en charge globale.

Ainsi, la MTSR et les médecines complémentaires de façon générale peuvent être considérées comme des miroirs qui reflètent les défauts de la médecine officielle et lui permettent de travailler sur ses lacunes au sujet de la prise en considération d'un patient comme une entité émotionnelle influencé par une culture avec des processus explicatifs qui peuvent déférer des explications rationnelles. Comme déclaré par Osler, « *il est plus important de savoir quelle sorte de malade a une maladie que quelle sorte de maladie a le malade* ». (Osler, s.d.)

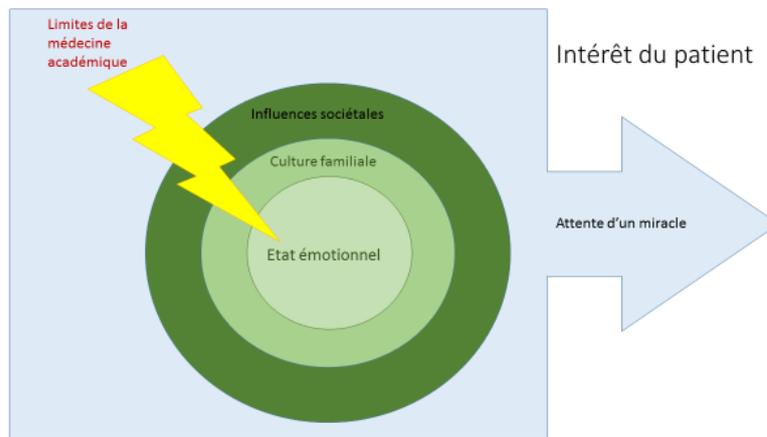
1. **Maslow, A.** *The psychology of science: a reconnaissance*. New York: Harper and Row; 1966.
2. **Aubert J.** *L'extraordinaire développement des boîtes à outils en médecine générale Outils techniques, cliniques et de communication*. Lausanne : Rev Med Suisse p. 1917-1920; 2013
3. **Bittel, G.** *L'hôpital du Valais fait régulièrement appel aux faiseurs de secret*. Sion : Le Nouvelliste ; 2015.
4. **Jenny, M.** « *L'important c'est que ça marche ...* » : *guérisseurs, faiseurs de secrets et rebouteux dans le canton de Fribourg*. S. I. : Institut für Ethnologie, Universität Bern ; 2005.
5. **Zufferey, S.** *Rebouteux en Valais : Entre savoirs populaires et professionnalisation*. Lausanne : Université de Lausanne, Faculté des sciences et politiques ; 2005.
6. **Fleury, N.** *Le « secret » dans le canton du Jura. Approche anthropologique d'une pratique de guérison*. Lausanne : Institut d'anthropologie et de sociologie, université de Lausanne ; 1994.
7. **Jenny, M.** *Guérisseurs, rebouteux et faiseurs de secret en Suisse romande*. Lausanne : Favre ; 2008.
8. **Jenny, M.** *Le nouveau guide des guérisseurs de Suisse romande*. Lausanne : Favre ; 2012.
9. **Schmitz, O.** *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : Imago ; 2006
10. **Maurin, S.** *Pourquoi a-t-on encore recourt aux guérisseurs à l'heure actuelle ?* Lyon : Université Claude Bernard ; 2006
11. **Perrin, J.** *Si j'étais guérisseur*. Genève : Espace 2, babylone ; 24.09.2014
12. **Guisan, A.** *Le charlatanisme dans le canton de Vaud de 1834 à 1882*. S. I : Orell Füssli ; 1930.
13. **Bourgeois, E. et al.** *Les guérisseurs en Suisse romande : relation avec le milieu médicale*. Genève: Faculté de médecine de Genève & haute école de santé de Genève ; 2011.
14. **Loux, F.** *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault ; 1979.
15. **Blondel C.** *Contribution à l'étude des guérisseurs et de la relation de soin. Enquête auprès de guérisseur en Suisse romande*. Lausanne : Université de Lausanne, Faculté de médecine, Département universitaire de psychiatrie adulte ; 1991
16. **Schindelholz, G.** *Grimoires secrets*. Porrentruy : Transjuranes ; 1979
17. **Benoist, J.** "Rencontres de médecines: s'opposer ou s'ajuster." S.I : L'autre, Cliniques, cultures et sociétés, 2004, vol. 5, no 2 pp. 277-286.
18. **Sindzingre N.-A.** *Présentation : tradition et biomédecine*. In: Sciences sociales et santé. Volume 3, n°3-4, 1985. Anthropologie, sociétés et santé. pp. 9-26.
19. **Weber, M.** « *Economie et société* » Paris : Ed Plon ; 1921
20. **Organisation mondiale de la Santé.** *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. Genève : OMS ; 2000
21. **Picard J-F.** *Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien*. Paris : Médecine/science ; 12 : 97-102 ; 1996
22. **Champagne F et al.** *Les enjeux du développement de la médecine académique*. Montréal : Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal ; 2004
23. **Allen J. et al.** *La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille* ; Barcelone : Wonca Europe ; 2002
24. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/gu%C3%A9rir> , consulté le 08/01/15, dernière mise à jour en 2012
25. **Antonovsky A.** *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke*. Tübingen 1997
26. **Graz, B. et al.** *Médecines complémentaires : vers un consensus « evidence-based » à l'hôpital universitaire*. Lausanne : Rev Med Suisse 2009;2524-2526
27. **Bell, I. et al.** *Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research*, Arch Intern Med/ Vol. 162, Tucson: University of Arizona 2002
28. **Willms, L.** *S'harmoniser La médecine intégrative est-elle l'avenir de la médecine familiale?* Vol 54 : Le médecin de famille canadien. 2008

LISTE DES FIGURES

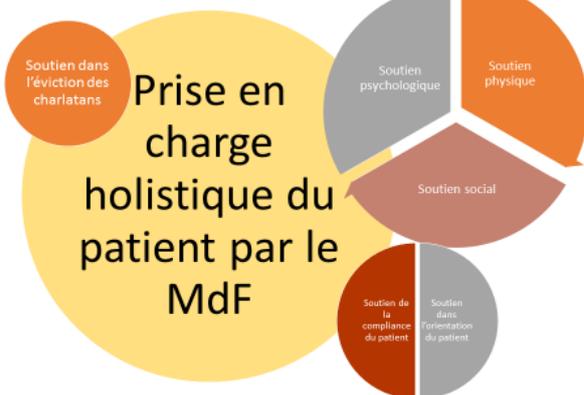
CADRE CONCEPTUEL CREE SUR LA BASE DE LA LITTERATURE



CADRE CONCEPTUEL CREE SUR LA BASE DE L'ETUDE



Avantages d'une collaboration



Obstacles d'une collaboration

