

Mise au point

Fanny André, Jean-Noël Bally

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de Médecine Générale, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

andre.fanny7@gmail.com

Correspondance : F. André

Résumé

L'aromathérapie est une médecine alternative et complémentaire en plein essor malgré l'absence de validation scientifique. L'objectif de cette étude qualitative était de comprendre les motivations des patients à utiliser les huiles essentielles.

• Mots clés

aromathérapie ; médecine générale ; thérapies complémentaires ; effets indésirables ; communication.

Abstract. These patients who turn to aromatherapy

Aromatherapy is an alternative and complementary medicine is booming despite the absence of scientific approval and the potential of side effects. The goal of this research was to understand the motivation of the patients using essential oils.

• Key words

aromatherapy; general practice; complementary therapies; side effect; communication.

DOI: 10.1684/med.2019.427

Ces patients qui se tournent vers l'aromathérapie

Contexte

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC), non conventionnelles ou parallèles, sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « *des pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant* ». Elles sont en plein essor dans les pays développés depuis la fin du vingtième siècle. La France et l'Allemagne seraient les deux pays les plus consommateurs de médecines alternatives et complémentaires [1]. L'aromathérapie, branche de la phytothérapie, utilise à des fins thérapeutiques, des huiles essentielles (HE).

Les résultats des recherches ne plaident globalement pas en faveur de son efficacité. Les biais s'avèrent nombreux, avec une randomisation en double aveugle impossible et des échantillons de petite taille. Du fait de l'absence de protocole pour une même pathologie, les comparaisons sont difficiles : le type d'HE, le mode d'utilisation, la posologie, la durée de suivi fluctuent [2].

Pourtant, malgré l'absence d'efficacité clinique scientifiquement démontrée, l'aromathérapie se montre en plein essor. Le chiffre d'affaires de l'entreprise PuresSENTIEL, leader du marché, a augmenté de presque 60 % en cinq ans entre 2012 et 2017 [3]. L'enjeu économique lié à l'utilisation d'HE est évident.

Les motivations pour l'utilisation des MAC ont été étudiées, soit de façon globale, soit par spécialité autre que l'aromathérapie. Les consommateurs voulaient principalement diminuer la prise de traitements médicamenteux classiques par crainte de leurs effets indésirables. L'insatisfaction envers la médecine conventionnelle constituait rarement un motif d'orientation vers ces thérapies [4]. L'objectif de ce travail consistait à comprendre le choix des patients pour l'aromathérapie. Il ne s'agissait pas de faire la preuve de l'efficacité de cette MAC.

Méthode

La méthode est décrite dans l'*encadré 1*.

La saturation des données a été obtenue après dix entretiens d'une durée moyenne de 29 minutes (16 à 48 minutes). L'âge moyen des participants était de 48 ans (24 à 66 ans). Neuf femmes et un homme ont été interrogés. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le *tableau 1*.

Ces données sont cohérentes avec d'autres études analysant le recours aux MAC : il s'agit de femmes d'âge moyen et de classe sociale moyenne ou supérieure. Cette population était identifiée dans une étude menée sur deux hôpitaux de la Loire en 1993 [5]. La prédominance féminine du recours aux MAC lors de lombalgies se retrouvait dans une méta-analyse de 2015 [6].



Encadré 1



Méthode.

- Étude qualitative en Rhône-Alpes entre octobre 2016 et novembre 2018.
- Recueil par une enquêtrice unique (Fanny André : « *Mes proches ayant facilement recours aux médecines non conventionnelles, j'ai eu l'occasion d'en utiliser sur leurs conseils, sans me poser de question, malgré ma formation scientifique* »).
- Entretiens individuels semi-dirigés menés jusqu'à saturation des données.
- Recrutement par effet « boule de neige ».
- Analyse thématique avec double codage manuel selon la théorisation ancrée.
- Triangulation des données avec le directeur de thèse et en groupe de réflexion et de recherche qualitative au Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Saint-Étienne.
- Accord de la CNIL (1985873v0) et du Comité d'Éthique (IRBN472016/CHUSTE), recueil oral du consentement éclairé.

La nature, c'est sans risque, l'industrie nous empoisonne !

« *C'est toujours plus naturel d'utiliser des huiles essentielles. Si c'est naturel et que c'est efficace, je ne vois pas l'intérêt de prendre un traitement médicamenteux qui sera forcément plus toxique, je pense* ». Aucun patient ne rapportait d'évènement indésirable suite à l'utilisation d'une aromathérapie. Le poids de l'origine naturelle était tellement important qu'il l'emportait sur le risque d'effets indésirables.

Une étude sur le recours aux pratiques de soins non-hospitalières de patients atteints du VIH affirme : « *les patients [...] se rassurent quant à l'innocuité des traitements à partir de critères que l'on peut qualifier*

d'écologistes [5] ». Pour simplifier, tout ce qui vient de la nature est bon pour l'homme. « *J'ai un suivi post-cancer qui est basé uniquement sur de l'homéopathie, des extraits fluides et des huiles essentielles. Pour renforcer l'immunité, la flore intestinale* » ; « *J'ai utilisé beaucoup de choses aussi comme le Desmodium, pour régénérer les cellules du foie. Le céleri est intéressant aussi parce que c'est un bon draineur hépato-intestinal et rénal* ». Pour ces femmes ayant eu des chimiothérapies, l'utilisation de ces produits d'aromathérapie a permis la restauration des fonctions physiologiques altérées par le traitement allopathique.

La certification d'HE « issue de l'agriculture biologique » était recherchée. Cet achat se retrouvait corrélé à un mode de vie « bio » dans lequel l'origine des produits consommés se trouvait surveillée.

• **Tableau 1.** Caractéristiques de l'échantillon.

Ordre d'entretien	Prénoms	Âges (ans)	Professions	Lieux de vie
1	Marine	24	Infirmière	Rural
2	Jean	54	Maçon	Rural
3	Christiane	66	Commerçante	Rural
4	Carole	37	Responsable de chantier travaux publics	Rural
5	Juliette	47	Aromathérapeute, micro nutritionniste	Rural
6	Anna	43	Professeur	Urbain
7	Blanche	53	Technicienne de l'intervention sociale et familiale	Urbain
8	Évelyne	60	Infirmière, retraitée	Rural
9	Karine	40	Infirmière	Rural
10	Danielle	64	Retraitée, enseignante	Rural

Se tourner vers l'aromathérapie s'inscrit dans une démarche de respect de l'écologie [7]

Le vocabulaire utilisé pour parler du médicament a pu être violent : « toxique », « dangereux », « poisson mort dans la rivière », « des bombes à retardement... ». Ce lexique se trouve proche du registre guerrier qui peut être utilisé pour parler de l'antibiorésistance : « guerre contre les microbes », « une nouvelle arme » [8]. Blanche : « Quand je vois les effets secondaires, ça me fait flipper ». Les usagers craignaient les effets secondaires des médicaments, la polymédication, l'antibiorésistance, la dépendance au traitement.

Danielle évoquait le lobbying pharmaceutique et les théories du complot autour des effets secondaires liés à certains médicaments : « C'est le business, c'est l'argent. Il y a eu tellement de scandales autour des médicaments. Le Mediator[®], le Vioxx[®], la Depakine[®]. Les laboratoires savaient très bien qu'il y avait beaucoup d'effets secondaires ! Mais forcément, dans les études : on élimine tout ça ! ». Ainsi, non seulement le médicament était rejeté en tant que produit à risque, mais c'est aussi toute sa chaîne de production et de distribution que critiquaient les patients : synthèse chimique, prescriptions médicales surveillées et influencées par des tiers... Plus qu'un rejet du médicament en tant que solution thérapeutique, c'est un phénomène plus global que les patients critiquent. Ils semblent considérer le médicament au sein de la société de consommation comme un produit qui n'est plus destiné à améliorer la santé, mais surtout à créer du bénéfice financier. Pour Laplantine, « un phénomène socio-culturel de mutation sociale » pousse les personnes vers les médecines parallèles parce qu'ils veulent lutter contre les rapports de puissance et le principe de société de consommation [7].

Puissant, simple et pratique

« L'aromathérapie, pour moi, c'est vraiment du curatif. C'est ce qu'il y a de plus efficace dans les médecines alternatives ». L'aromathérapie était perçue comme puissante et rapidement efficace dans les pathologies aiguës comme la grippe, les céphalées, l'herpès labial, les piqûres d'insectes, les hémorroïdes... La puissance du médicament allopathique et son action rapide « qui détruit tout sur son passage », mais provoque des effets indésirables étaient critiquées. Et pourtant, ces mêmes propriétés sont mises en avant avec les HE et justifient leur choix devant les autres MAC. Contrairement à l'attitude d'expectative habituellement retrouvée chez les patients utilisant les MAC qui préfèrent respecter le symptôme, expression du corps qui se défend [7], pour certaines pathologies, ils veulent agir vite et se tournent plutôt vers l'aromathérapie.

Chaque patient interrogé avait eu recours au moins à une autre MAC. Étaient cités, par ordre de fréquence : l'homéopathie et l'ostéopathie, puis la phytothérapie, l'acupuncture et le magnétisme, enfin l'hypnose, la micro-nutrition, la chiropraxie, la gemmothérapie, l'organothérapie, la relaxation, la réflexologie, la bioénergie, les constellations familiales, le décodage biologique des maladies et la fasciathérapie. Plusieurs patients ont évoqué le côté pratique de l'aromathérapie et sa simplicité d'usage : petit format transportable, durée de conservation longue, posologie « approximative » qui semblaient participer à la facilité d'utilisation.

De la grippe au cancer... Comment combler un vide ?

La médecine allopathique n'offre pas la réponse à tous les symptômes. Il existe des pathologies pour lesquelles les médicaments existants ne fonctionnent pas ou ne sont plus remboursés.

Une étude sur la prise en charge des affections transitoires bénignes par les médecins généralistes montre la difficulté à ne pas prescrire de médicament dans ce contexte de déremboursement des traitements symptomatiques [9]. Le vide créé par l'absence de proposition de traitement médicamenteux peut donc être comblé par l'utilisation des HE. L'aromathérapie semble permettre, en proposant un traitement à un symptôme invalidant, d'accepter la maladie et son évolution naturelle : « On est peut-être dans le placebo avec les huiles essentielles ; n'empêche il y avait un effet positif, c'est qu'ils allaient accepter l'égratignure ! » Il en va de même lors du traitement de plaintes fonctionnelles, pour lesquelles la médecine allopathique ne propose pas de traitement. Nous rejoignons les conclusions de Laplantine concernant les populations en demande de traitement par des médecines parallèles : principalement, les utilisateurs souffrant de troubles fonctionnels et d'affections aiguës bénignes pour lesquels les traitements allopathiques n'ont pas été proposés [7].

La troisième catégorie de patients ayant recours aux MAC regroupe ceux qui cherchent un soutien à un traitement allopathique : « Le tamoxifène, c'est un médicament qui va verrouiller certains récepteurs. Je ne connais pas une aromathérapie qui soit capable de verrouiller ces récepteurs. C'est vraiment un médicament qui est spécifique. Par contre, le tamoxifène a vraiment beaucoup d'effets secondaires contre lesquels je vais utiliser de l'homéopathie ou de l'aromathérapie. Pour contrer les effets secondaires en fait ».

Pour beaucoup de patients, l'aromathérapie était perçue comme un soin de support : soin de confort, mais non curatif. Dans les pathologies cancéreuses, elle permettait d'accepter le recours à la chimiothérapie « destructrice ».

Le souhait d'une prise en charge globale

« On va plutôt à l'essentiel de la pathologie. Je trouve que les huiles essentielles, souvent, ça permet de prendre la personne dans sa globalité ». Les patients ont exprimé le sentiment que la médecine conventionnelle était trop concentrée sur la maladie, la réponse thérapeutique étant proposée en miroir, ciblée sur un problème. L'aromathérapie est perçue comme un outil qui comble cette attente de prise en charge « holistique ». Les patients souhaitent que leur thérapeute se préoccupe d'eux « dans leur ensemble », c'est-à-dire l'enfance, l'alimentation, le sommeil, le contexte social, voire spirituel. Le traitement du symptôme exprimé ou de la pathologie ne suffit pas. Il faut en trouver l'origine pour comprendre et guérir [10].

Karine a distingué deux types de soins : « Je pense qu'en cas de problème grave ou pour une infection quelconque, j'irai vers la médecine conventionnelle. Je suis infirmière avant tout, on ne va pas soigner la maladie avec les huiles essentielles. La différence c'est qu'il y en a une qui est essentielle et l'autre qui est complémentaire ».

Dans le cadre des pathologies lourdes, la place des HE est différente de la médecine allopathique. Le pouvoir de guérison (« soigner la maladie ») est attribué à la médecine conventionnelle. L'aromathérapie trouve sa place ailleurs, en tant que soin de confort. Carole, qui a suivi une chimiothérapie pour un cancer du sein, exprimait les nombreux bénéfices qu'elle avait trouvés à l'utilisation des HE. Être bien, pour elle, voulait dire guérir de son cancer et ne pas trop souffrir pendant les séances de traitement, ne pas avoir les cheveux qui tombent, les ongles et la peau abîmés, et ne pas prendre de poids sous hormonothérapie. Elle reprochait au service médical de faire abstraction de ces considérations : « tout ce bien-être à côté dont la médecine conventionnelle se fiche un peu ».

Dans une étude qualitative sur les attentes des patientes atteintes d'un cancer gynécologique qui se tournent vers la naturopathie, elles expriment le besoin d'être considérées en tant que personnes, pas seulement comme « un corps, réceptacle de chimiothérapie » [11]. La médecine conventionnelle est perçue comme indispensable pour combattre la maladie : elle est adaptée à la prise en charge d'un événement grave comme le cancer, mais elle n'est pas la réponse à tous les problèmes présentés par les patients. Une recherche anthropologique montre qu'en oncologie, le recours à la médecine conventionnelle et aux MAC s'entremêlent. Ce continuum définit le concept de « médecine intégrative », à la recherche d'une synergie entre les différentes pratiques [12].

Pour plusieurs patientes, l'action positive des HE passait par la stimulation de l'olfaction, comme la musique stimule l'audition et le massage le toucher. L'une d'elles expliquait que l'odeur des HE était associée aux vacances dont elle gardait un souvenir positif et lui permettait d'effacer celle de l'hôpital, associée au séjour compliqué qu'elle avait vécu. C'est la « petite madeleine de Proust »,

le phénomène de résurgence d'un souvenir à la détection d'une odeur précédemment encodée par l'intermédiaire de l'activation du système limbique [13]. En utilisant les HE, certaines personnes peuvent se sentir mieux par l'évocation d'un souvenir positif rassurant. À l'inverse, d'autres se trouvent incommodées ou gênées par ces odeurs.

L'aromathérapie fait ainsi partie d'un panel large de propositions pour apporter du « mieux-être » aux patients. L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La notion de bien-être résulte de facteurs positifs provenant de l'environnement de l'individu : aspects physiologique, psychologique, social, culturel et spirituel [10].

S'investir pour sa santé

L'entourage du patient a un rôle dans le choix d'utiliser des produits d'aromathérapie. Plusieurs personnes ont rapporté l'utilisation d'autres MAC dans leur famille, notamment chez leurs parents, ce qui les avait amenés à l'utilisation d'HE. Les parents des interviewés ont pu influencer leurs enfants de façon indirecte en leur transmettant leur système de valeurs, leurs ressources thérapeutiques. Pour Jean Benoist, les choix concernant les façons de se soigner sont connectés avec l'environnement social et traduisent la force du lien social. Une étude menée en 1993 par Pascal Cathébras a montré que la première motivation pour le recours aux MAC était « l'expérience heureuse d'un membre de l'entourage » [5].

Le pharmacien pouvait être la personne de premier recours lors de la délivrance de produits d'aromathérapie. Pour les patients, aller directement à la pharmacie pour demander conseil simplifie le parcours de soins et évite une consultation médicale. Cette démarche permet de gagner du temps, d'économiser une consultation et de ne pas déranger le médecin pour une pathologie banale [14]. D'autres études montrent l'importance du conseil officinal dans la délivrance de produits de phytothérapie : plus l'utilisateur se rend en pharmacie, plus il a recours aux MAC, notamment la phytothérapie, encore plus s'il demande l'avis du pharmacien [6].

En lien avec cette volonté forte de s'automédiquer, les patients étaient souvent volontaires pour se former, acquérir des connaissances solides sur l'aromathérapie, et valider une position d'expert. Certains disposaient d'un livre unique auquel ils se fiaient. Par contre, ils n'avaient pas recours à Internet, et deux personnes signalaient son impact négatif du fait d'informations non validées. En plus de la formation théorique, certains patients ont eu recours à des stages pratiques pour parfaire leurs connaissances.

Toutes ces démarches, basées sur le volontariat, l'investissement temporel, mais aussi financier, témoignent de la volonté d'autonomie du patient dans ses soins et dans la maîtrise de ses choix thérapeutiques. La littérature

fournit plusieurs explications à cette attitude. Le fait de faire un choix, de prendre une décision quant à son itinéraire de soins relève déjà d'une volonté de se soigner. Il semblerait que ce mouvement relevant uniquement du patient fasse partie de l'effet placebo qui peut être retrouvé pour certaines médecines non conventionnelles [15]. Dans une étude sur le recours aux MAC chez des patients séropositifs, Nicole Vernazza-Licht explique le besoin des patients d'être « unique » face à une maladie grave et incurable. Le patient est considéré comme la particule d'un groupe, auquel le médecin applique le même traitement selon les mêmes normes. Le choix d'un traitement non conventionnel est perçu comme une individualisation de la prise en charge [5]. C'est une ressource utilisée pour faire un travail personnel, pour rechercher une nouvelle identité afin de se reconstruire socialement [12].

Le sujet des HE n'était pas souvent évoqué en consultation. Le manque de temps du médecin a été un frein aux échanges. « *Dans la médecine classique, ce que je crains moi, c'est surtout qu'ils ne parlent pas beaucoup. Ils ne nous expliquent pas comme il faut sa maladie. Mais il y a un problème là ! Dès le départ vous auriez dû me dire que vous n'êtes pas capables de me guérir* ». Pour Jean, le manque de communication à propos de sa maladie grave a été perçu comme négatif.

Le besoin d'être acteur de sa prise en charge passe aussi par la qualité de la relation médecin-malade. Pascal Cathébras évoque la fin de la médecine paternaliste telle qu'elle était auparavant exercée, et la fin du monopole des savoirs thérapeutiques par le médecin [5]. Les patients ont besoin d'informations concernant leur maladie, leur traitement et de franchise dans les échanges avec leur médecin. On peut supposer que, lorsque ces qualités relationnelles ne sont pas respectées, l'impact thérapeutique lié à la relation médecin-malade est moindre, voire délétère, et qu'il motive le recours à d'autres MAC notamment l'aromathérapie. Aborder l'utilisation des HE pouvait être compliqué face à des réactions qui leur semblaient inadaptées : jugement, moquerie, énervement, blocage. L'automédication par l'aromathérapie restait secrète.

À divers stades de la prise en charge, l'impact de la communication médecin-patient intervient : évaluation et diagnostic de la maladie, traitement, perception des soins et recours possibles. Une étude de 2014 menée dans une population de médecins généralistes au Royaume-Uni retrouve que seuls 36 % d'entre eux demandent à leurs patients s'ils utilisent des MAC [16]. En 2011, aux Pays-Bas, une étude sur le recours aux MAC en médecine générale chez des patients souffrant de pathologies rhumatologiques montre que 27 % des utilisateurs de MAC n'informent pas leur médecin, notamment parce



Pour la pratique

- Associée à la médecine conventionnelle et aux autres MAC, l'aromathérapie se veut plus « complémentaire » qu'alternative.
- Elle s'intègre dans une volonté de démarche écologique, mais aussi dans un contexte de défiance voire de refus des médicaments et de l'industrie pharmaceutique en général.
- Perçue comme plus puissante et plus facile d'accès que les autres médecines non conventionnelles, elle permet au patient d'augmenter son autonomie dans son itinéraire thérapeutique.
- L'amélioration de la communication entre médecin et malade lors de cette utilisation semble être importante pour comprendre les attentes du patient et éviter la survenue d'effets indésirables.

qu'ils pensent qu'il ne va pas approuver cette décision [17]. Dans les deux sens, il existe des lacunes dans les échanges. De la qualité de la relation médecin généraliste-patient dépend la gestion des effets indésirables possibles et des interactions médicamenteuses. L'aromathérapie reste une pratique en dehors de l'*Evidence Based Medicine*, mais elle est utilisée par les patients. L'outil communicationnel conserve toute sa place pour aider le médecin à comprendre le recours à l'aromathérapie pour ces patients. Une approche plus « centrée patient » que « biomédicale » serait intéressante dans ce contexte, permettant l'ajustement de l'expertise du médecin à l'expérience du patient [18]. Différemment, Francis Zimmermann explique l'écart entre la maladie « universelle », *disease* en anglais, et la maladie en tant qu'« expérience vécue » ou *illness* [19]. Pour passer de l'une à l'autre, pour lui, les médecins doivent se former aux sciences sociales pour s'adapter à l'être et à la relation.

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes s'intéressant aux représentations qu'ils ont de l'aromathérapie et à leur « gestion » des patients qui en utilisent pourrait être intéressante à confronter à nos résultats.

~ **Remerciements** Gaëlle Renaud, Alexis Bourrat, Rodolphe Charles.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

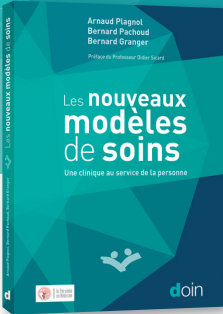
RÉFÉRENCES

1. Barnes J. Quality, efficacy and safety of complementary medicines : fashions, facts and the future. Part I. Regulation and quality. *Br J Clin Pharmacol* 2003 ; 55 (3) : 226-33.

2. Forrester LT, Maayan N, Orrell M, Spector AE, Buchan LD, Soares-Weiser K. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; (2) : CD003150.

3. PURESENTIEL FRANCE. [cité 29 janv 2019]. <https://www.societe.com/societe/puresentiel-france-418425716.html#chiffreclé>.

4. Bückler B, Groenewold M, Schoefer Y, Schäfer T. The Use of Complementary Alternative Medicine (CAM) in 1 001 German Adults: Results of a Population-Based Telephone Survey. *Gesundheitswesen* 2008 ; 70 (8) : 29-36.
5. Benoist J. *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala, 1996.
6. Murthy V, Sibbritt D, Adams J. An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain : a focus on prevalence, reasons for use, influential factors, self-perceived effectiveness, and communication. *Spine J* 2015 ; 15 (8) : 1870-83.
7. Laplantine F, Rabeyron PL. *Les médecines parallèles*. Paris : Que sais-je, 1987.
8. Corroy L, Roche E. Anti-antibios ? Représentations de l'antibiorésistance dans la presse magazine française entre 2001 et 2014. *Quest Commun* 2016 ; 29 (1) : 95-110.
9. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? *Prat Organ Soins* 2012 ; 43 (2) : 111-9.
10. Saillant F, Rousseau N, Lavergne M. Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec. *Santé Ment Au Qué* 1987 ; 12 (1) : 20.
11. Legenne M. Chemin faisant... Des patientes atteintes d'un cancer gynécologique métastatique. *Jusqu'à Mort Accompagner Vie* 2016 ; 125 (2) : 69-79.
12. Cohen P, Sarradon-Eck A, Rossi I, Schmitz O, Legrand E. *Cancer et pluralisme thérapeutique. Enquête auprès des malades et des institutions médicales en France, Belgique et Suisse*. Paris : L'Harmattan, 2015.
13. Martin GN. Olfactory remediation: Current evidence and possible applications. *Soc Sci Med* 1996 ; 43 (1) : 63-70.
14. Allaert F-A, Piccardi P. Opinion des pharmaciens sur les attitudes des patients face aux médicaments déremboursés prescrits par les médecins. *J D'économie Médicale* 2012 ; 30 (2) : 71-8.
15. Gallois P. Les médecines alternatives, leur place dans une vision globale des soins. *Médecine* 2018 ; 14 (9) : 388-90.
16. Perry R, Dowrick C, Ernst E. Complementary medicine and general practice in an urban setting : a decade on. *Prim Health Care Res Dev* 2014 ; 15 (03) : 262-7.
17. Jong MC, Vijver L, van de Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Educ Couns* 2012 ; 89 (3) : 417-22.
18. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé - 2^e édition*. Montréal : Édition du Renouveau Pédagogique, 2016.
19. Zimmermann F. *Généalogie des médecines douces : De l'Inde à l'Occident*. Paris : Presses Universitaires de France – PUF, 1995.



Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne

- Arnaud Plagnol
- Bernard Pachoud
- Bernard Granger

Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes


De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.



Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

Collection La Personne en Médecine

- Octobre 2018
- 17 x 24 cm, 224 pages
- ISBN : 978-2-7040-1582-5
- 36 €



En savoir + sur www.jle.com

Également disponible en Ebook

