

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N°198

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

MOREL Astrid, Marianne, Edith

Née le 23 Juillet 1989, à Croix (59)

Prise en charge des douleurs chroniques en soins primaires - Connaissances et
opinions des médecins généralistes concernant le jeûne comme outil
thérapeutique

Président de thèse : Monsieur Emmanuel Andres, Professeur

Directrice de thèse : Madame Sophie Rabourdin-Schneider, Docteur

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition JUILLET 2019
Année universitaire 2018-2019



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie; transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique : Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onc-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03	Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMJUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

ΟΡΚΟΣ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγείαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἱστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε· ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε· ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπήϊης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον· παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιποροῦντι, τάναντία τουτέων.

1

¹ Texte grec édition E. Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, vol. 4 (Baillière, Paris 1844), p. 628-632.

Remerciements

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Emmanuel Andres, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de présider ce jury de thèse. Je vous exprime toute ma gratitude.

A Madame le Professeur Nathalie Jeandidier, je vous remercie de l'attention portée à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric Salvat, je vous remercie de l'intérêt bienveillant porté à mon travail. Je vous en suis très reconnaissante.

A Madame la Docteur Emmanuelle Sordet, je vous remercie de prêter attention à mon travail et de le juger. Je vous en suis très reconnaissante.

A ma directrice de thèse Madame la Docteur Sophie Rabourdin, je te remercie de m'avoir encadrée et guidée dans ce travail. Ta disponibilité, ta patience et tes conseils m'ont été précieux.

A ma famille :

Merci Papa de m'avoir soutenue toutes ces années, merci pour ta confiance et ton amour qui m'ont accompagné. Merci pour tout ! J'espère que Maman aurait été fière de moi.

A mes sœurs pour leur amour inconditionnel, merci Louise pour ton attitude philosophe et ta relecture de mon travail. Merci Juliette pour ton soutien, ta manière de me faire rire et déstresser. Merci pour tout !

A Zabou, ma plus vieille amie, merci pour ta présence, ton soutien pendant toutes ces années.

Parfois loin des yeux mais jamais loin du cœur, nous n'avons jamais rompu le fil !

A Sam, après toutes ces années d'études enfin ça y est ! I am the Doctor !

Johnabelle, (enfin Jonathan et Annabelle !) merci pour votre oreille attentive et votre joie de vivre !

Hélène, Sébastien, Charlène, Alexandre, Florian, Amish, Saroja, Philippe, Sara, Adrien, Vinciane, Carole, Guillaume : merci pour cette belle amitié forgée dans le creuset de l'internat mulhousien et pour les belles rencontres qui ont suivi ! Je me suis sentie aimée et acceptée parmi vous. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble ! Vivement les prochains voyages et week-ends « sanctuarisés » !

Amélie, Laurette, Richard, Caroline, Florian, Laure, Steffi, merci pour toutes ces sorties, voyages, rigolades et soirées Game of Thrones ! Le futur nous réserve de belles escapades un peu partout en France ! (Mais pas en vélo hein !)

A Alex, merci pour tes conseils avisés en matière de mise en page et sommaire !

Merci aux Erasvotes, cette année à l'étranger nous a beaucoup appris et nous a mis sur le chemin les uns des autres ; ils ont divergé par la suite, mais nous rapprochent toujours à l'occasion. Je souhaite que cela perdure !

Merci à mes Maîtres, professeurs, docteurs, médecins, collègues, patients, vous m'avez tous beaucoup appris, chacun à votre manière.

Merci à tous ceux qui ont rendu ce travail possible, les CDOM ayant accepté de diffuser le questionnaire, les médecins interrogés ; merci pour le temps que vous m'avez consacré.

Table des matières

I Introduction	22
II Définitions	24
2.1 La douleur chronique et sa prise en charge en médecine générale	24
2.1.1 Définition.....	24
2.1.2 La spécificité de la douleur chronique	25
2.1.3 Epidémiologie.....	27
2.1.4 Aspect financier.....	28
2.1.5 Formation actuelle	29
2.1.6 Traitements proposés	30
2.1.6.1 Approches pharmacologiques.....	30
2.1.6.2 Kinésithérapie et médecine physique et de réadaptation.....	31
2.1.6.3 Approches complémentaires (AC)	32
2.1.7 Place actuelle des thérapies complémentaires	33
2.1.7.1 Recours en médecine ambulatoire	33
2.1.7.2 Utilisation au sein des CETD	35
2.2 Le jeûne	36
2.2.1 Définitions et modalités	36
2.2.2 Histoire	37
2.2.3 Religions	39
2.2.3.1 Catholique	40

2.2.3.2 Juive.....	40
2.2.3.3 Musulmane.....	41
2.2.3.4 Hindouiste	41
2.2.3.5 Bouddhiste	42
2.2.4 Modifications physiologiques	42
2.2.5 Modifications moléculaires	44
2.2.6 Littérature jeûne et douleurs chroniques	47
2.2.6.1 Etudes animales	48
2.2.6.2 Etudes chez l'homme	49
III Matériel et méthodes.....	52
3.1 Méthode de l'étude.....	52
3.2 Recueil des données.....	52
3.3 Analyse des données.....	53
3.4 Analyse statistique	54
3.5 Revue de la littérature.....	54
IV Résultats	55
4.1 Caractéristiques démographiques des répondants	55
4.2 Pratiques actuelles dans la prise en charge des douleurs chroniques	58
4.3 Connaissances du jeûne	64
V Discussion	69

5.1 Discussion sur la méthode de l'étude : forces et limites du travail engagé	69
5.1.1 Forces du travail	69
5.1.2 Limites du travail	69
5.2 Discussion des résultats de l'étude	71
5.2.1 Population	71
5.2.2 Douleurs chroniques	72
5.2.3 Jeûne	75
5.3 Limites du jeûne	78
5.3.1 Méthodologie des études sur le jeûne	78
5.3.2 Dérives sectaires	79
5.4 Perspectives	80
VI Conclusion	82
VII Liste des abréviations et acronymes	85
VIII Annexes	86
Annexe 1 : Questionnaire.....	86
Annexe 2 : réponses libres, indications d'intérêt des approches complémentaires.....	89
Annexe 3 : Commentaires libres classés par thèmes.....	91
IX Bibliographie.....	99
X Résumé	104

Figure 1 : Illustration des phases métaboliques du jeûne	44
Figure 2 Pivotal roles of the nervous and endocrine systems as mediators of adaptive responses	47
Figure 3 : Mécanismes et interactions régulant l'humeur et la perception de la douleur durant le jeûne	51
Tableau 1 : Types de jeûne et définitions p.37	
Tableau 2 : Départements d'exercice des médecins interrogés p.57	
Tableau 3 : Récapitulatif des réponses libres concernant les traitements proposés dans les douleurs chroniques p.61	
Tableau 4 : Réponses libres à la question : que vous évoque la prescription médicale du jeûne? p.65	

I Introduction

Les douleurs chroniques sont un motif courant de consultation chez le médecin traitant. Elles sont par définition insuffisamment soulagées par les traitements couramment proposés. De nombreux patients se tournent vers des thérapeutiques alternatives comme traitement complémentaire.

Le jeûne est une pratique millénaire et largement répandue, que ce soit pour des raisons personnelles, religieuses, mystiques, politiques ou de santé. Il a bénéficié d'un regain d'intérêt de la part des scientifiques dans le domaine médical ces dernières années, notamment par les travaux de Valter Longo(2). Le documentaire de Thierry de Lestrade, « le jeûne, une nouvelle thérapie ? » a bénéficié d'une large audience ; et le livre qu'il en a tiré a été vendu à plusieurs milliers d'exemplaires.

Le monde médical français reste méfiant vis-à-vis de cette pratique, comme en témoigne cette citation du rapport de l'Inserm de 2014 sur le sujet(3) : « Jeûner induit des modifications métaboliques qui pourraient être utilisées à bon escient dans diverses situations pathologiques. Cependant, aucune donnée clinique reposant sur des essais méthodologiques rigoureux ne peut étayer aujourd'hui le bien-fondé de cette piste, qui reste donc pour l'instant essentiellement théorique. »

Elle est pourtant pratiquée de façon médicalement encadrée en Allemagne et en Russie par exemple. En France, de nombreux séjours proposent de combiner jeûne et randonnée(4). Il n'existe pas de chiffres précis concernant la pratique en France.

Devant ce constat, il semble donc impératif de s'intéresser aux effets réels ou supposés du jeûne, à ses vertus thérapeutiques ou tout du moins à son innocuité.

Aux dires des promoteurs du jeûne, celui-ci peut être indiqué et utilisé dans de nombreuses affections. Nous avons choisi de nous intéresser aux douleurs chroniques spécifiquement. Certaines études sur le jeûne dans cette indication semblent montrer des résultats encourageants. Or les douleurs chroniques constituent un problème de santé public (5) et sont fréquemment rencontrées en soins primaires.

Nous avons donc voulu mettre ces deux sujets en parallèles et interroger les médecins généralistes à ce propos. D'une part, connaître quelles sont les pratiques actuelles en soins primaires dans la prise en charge des douleurs chroniques. D'autre part connaître leurs connaissances et opinions du jeûne dit thérapeutique. Jeûne et douleurs chroniques pourraient-ils être un sujet d'intérêt pour la recherche future, fondamentale et clinique ?

Nous détaillerons dans un premier temps les deux thématiques abordées. Puis nous exposerons la méthode et les résultats de l'étude. Enfin nous discuterons des résultats et des perspectives qu'ils ouvrent.

II Définitions

2.1 La douleur chronique et sa prise en charge en médecine générale

2.1.1 Définition

D'après the International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est décrite comme : « toute expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion »

C'est également la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il est classiquement décrit trois types de douleur(6) :

- Nociceptive : ou inflammatoire, par stimulation persistante et excessive des nocicepteurs. Entrent dans cette catégorie les douleurs causées par l'arthrose ou les affections cancéreuses.
- Neuropathique : lorsque la douleur est liée à une lésion ou maladie affectant le système somato-sensoriel. Nous pouvons citer en exemple les douleurs post-zostériennes ou après un accident vasculaire cérébral, ou encore liées au diabète.
- Dysfonctionnelle : lorsque la douleur provient d'un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion sous-jacente identifiée. Par exemple, la fibromyalgie ou la colopathie fonctionnelle.

La définition de la douleur **chronique** retenue par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) est : toute douleur d'évolution supérieure à 3 mois, de réponse insuffisante aux traitements, entraînant une détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles.

Cependant, dans certaines études la définition peut varier, avec une durée d'évolution retenue à 6 mois.

S'ajoute à ce problème de durée, la notion de diagnostic incertain. En effet chez de nombreux patients, il existe des syndromes douloureux chroniques non encore étiquetés, posant souci pour leur prise en charge en médecine générale. Les troubles somatoformes sont également difficiles à traiter.

Une problématique soulevée par la douleur est celle de son évaluation. Expérience subjective par essence, sa retranscription sous forme de score est une tentative d'objectiver le phénomène, sans toutefois parvenir à englober le vécu douloureux.

Ces outils, tels que l'EVA, l'EVN ont une utilité dans la douleur aiguë, notamment en milieu hospitalier. Ils sont cependant peu utilisés en ambulatoire et peu utilisables pour cerner les douleurs chroniques.

2.1.2 La spécificité de la douleur chronique

La douleur est un phénomène complexe, utile et déconcertant. A quoi ça sert d'avoir mal ? A éviter les dangers, se protéger et survivre. Or parfois cette réponse indispensable persiste dans le temps, même après une guérison de la lésion initiale (après l'arrêt des stimuli nociceptifs). Les facteurs déterminant le passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique ne sont pas entièrement élucidés.

Les douleurs chroniques comme nous l'avons défini sont des douleurs qui persistent et sont peu ou mal soulagées par des traitements conventionnels bien suivis. Elles sont spécifiques

du fait de leur retentissement sur la vie quotidienne des patients (handicap fonctionnel), mais aussi sur le plan neuro-cognitif, ce que nous allons détailler.

La douleur chronique peut être considérée comme un désordre du système nerveux central (SNC), étant donné que de nombreux réseaux du SNC sont actifs et associés dans le phénomène de douleur chronique. En conséquence, on peut définir plusieurs composantes telles que décrites dans le livre blanc de la douleur(6) :

- Sensitivo-discriminatrice : les caractéristiques de la douleur, sa durée, son intensité, sa localisation
- Affectivo-émotionnelle : c'est-à-dire la perception désagréable de l'expérience douloureuse
- Cognitive : le sens donné à la perception douloureuse par le patient
- Comportementale : manifestations verbales et non-verbales en réaction à la douleur, la manière de communiquer avec l'entourage

Les changements structurels et fonctionnels cérébraux à l'œuvre dans les douleurs chroniques ont été décrits dans l'étude de Yang et Chang, résumant les résultats des travaux antérieurs sur le sujet(7). On pourrait grossièrement résumer cette publication par cet aphorisme connu « Pain changes the brain » (la douleur modifie le cerveau).

La douleur chronique impacte

- La plasticité neuronale
- Le système cortico-limbique
- La transmission du signal douloureux (les neuro-transmetteurs et neuro-peptides) :

Un des objectifs de l'article est d'énoncer de potentielles futures cibles thérapeutiques dans la douleur.

Les douleurs chroniques sont souvent associées à des comorbidités psychiatriques(8) : troubles anxieux et/ou syndromes dépressifs (causés ou aggravés par la douleur chronique).

Un tiers des patients consultant en CETD souffrent de dépression.(9)

La douleur chronique est plus qu'une douleur aiguë qui perdure : « la douleur est modulée [...] par un niveau de sensibilité à la douleur propre à chacun de nous, [...] façonné par notre histoire personnelle, nos capacités cognitives, émotionnelles et sociales ». (10)

Autrement dit, elle ne peut être abordée seulement par l'abord nosologique, anatomo-clinique, mais plutôt par un modèle bio-psycho-social. On devrait plutôt parler de patient douloureux que de douleurs chroniques. De souffrance plutôt que de douleurs.

2.1.3 Epidémiologie

Il est difficile d'évaluer le nombre de personnes concernées par les douleurs chroniques, les chiffres variant considérablement d'une étude à l'autre ; et la définition pouvant être mal comprise par les évaluateurs ou les patients. Cependant, une première approche nous est permise par une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), à propos de l'enquête Handicap et Santé sur 2008-2009. (11)

En l'absence de définition explicite, la DREES a utilisé des indicateurs approchés afin d'évaluer la proportion de douleurs chroniques en population générale. 30% des personnes âgées de 16 ans et plus interrogées, déclaraient souffrir de douleurs modérées à intenses ; cette proportion montait à 67% pour les personnes âgées de 85 ans et plus. Bien que comportant

de nombreux biais, cette étude corrobore les chiffres habituellement admis dans la littérature. D'après les recommandations professionnelles de l'HAS (Haute Autorité de Santé) de 2008 concernant les douleurs chroniques(12), la prévalence des douleurs chroniques en population générale oscille entre 10,1 et 55.2% selon les études. D'après Breivik et al, 100 millions de patients sont concernés en Europe par la douleur chronique.(13) L'étude de Chenaf en 2018 estime quant à elle la prévalence des douleurs chroniques entre 27 et 33% en France.(14)

2.1.4 Aspect financier

Les douleurs chroniques constituent un problème de santé publique majeur, on parle parfois « d'épidémie silencieuse »(10). A cela s'ajoute leur coût financier : qu'il soit en termes de traitements (médicamenteux ou non), de recours aux professionnels de santé (diversement pris en charge par l'assurance maladie) ou d'arrêts de travail.

Le surcoût médical direct est évalué à 1 milliard d'euros par an d'après l'étude ECONEP. Par exemple, le coût estimé annuel pour un patient lombalgique est de 6000 euros.(15) Les patients douloureux consultent 2 fois plus souvent que les autres, ce qui correspond à 10 consultations par an chez le médecin généraliste et 4 consultations chez le spécialiste, en moyenne. (6)

Toujours d'après ECONEP, les arrêts d'activité concernent 45 % des patients douloureux avec une durée d'arrêt de travail cumulée de 4 mois par an.

Cependant il s'agit de données incomplètes car concernant des douleurs spécifiques (neuropathiques) ; ou étant des extrapolations à la population générale.

Les antalgiques représentent 22% du marché pharmaceutique en France.(16)

2.1.5 Formation actuelle

Problème fréquent auquel est confronté le médecin, la douleur est pourtant enseignée formellement depuis peu dans le système des études médicales.(6)

Pour le 2^{ème} cycle, le module 6 intitulé « douleur, accompagnement, soin palliatif » est apparu en 2002. Devenu U5.1 après la réforme des ECN de 2015, il comprend 20 heures d'enseignement obligatoires. Dans la réalité, il s'agit plutôt de quelques heures délivrées sous forme d'enseignements dirigés, en quantité variable selon les facultés. Cet enseignement souffre en effet de l'absence d'universitaires officiellement nommés en médecine de la douleur.

Pendant le 3^{ème} cycle, les internes peuvent s'inscrire au DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire) douleur et accompagnement en soins palliatifs. Celui-ci comprend une année de tronc commun aux 2 domaines puis une année de spécialisation. Cependant ce schéma va faire place (suite à la réforme du 3^{ème} cycle de 2017) à 2 formations distinctes, respectivement en médecine de la douleur et en soins palliatifs. La maquette de ces formations d'un an est encore en projet. Il s'agira toujours d'une formation complémentaire à un DES pré-existant.

Par ailleurs un enseignement transversal obligatoire de 4 heures sera dispensé à tous les DES.

Des formations sont également ouvertes de façon plus large aux professionnels de santé, DU (diplôme universitaire) et DIU (diplôme inter-universitaire). Elles ne sont cependant pas diplômantes.

Enfin, les capacités d'évaluation et de traitement de la douleur s'adressent aux médecins expérimentés. Cette formation en 2 ans délivre un diplôme reconnu par l'Ordre des médecins.

2.1.6 Traitements proposés

Ce paragraphe ne prétend pas à l'exhaustivité, nous nous sommes concentrés sur les approches les plus courantes.

2.1.6.1 Approches pharmacologiques

Les médicaments antalgiques sont classiquement regroupés en deux catégories, dits « conventionnels » et « adjuvants ».(6)

Les antalgiques conventionnels sont classés par paliers de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et en opioïdes/non-opioïdes.

Les antalgiques de palier 1 comprennent, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le néfopam et le paracétamol. A noter que ce dernier est le médicament le plus utilisé en ville avec 500 millions de boîtes vendues en France par an ! (16)

Les antalgiques de palier 2 comportent la codéine, le tramadol et la poudre d'opium, ce sont les opioïdes dits « faibles ». Leur efficacité tient à ce qu'une partie du principe actif une fois métabolisé correspond à de la morphine.

Enfin les antalgiques de palier 3 correspondent aux opioïdes dits forts : morphine, oxycodone, buprénorphine, méthadone, fentanyl, nalbuphine, hydromorphone et tapentadol.

Ces paliers servaient initialement à caractériser la réponse au traitement dans le cadre des douleurs cancéreuses, et à changer le traitement en conséquence. Ils sont adaptés au traitement des douleurs aiguës, typiquement par nociception. Cette classification par palier est actuellement utilisée dans le traitement d'autres douleurs, dans une définition beaucoup plus large, malheureusement peu adaptée.

Les antalgiques adjuvants sont :

- Les anti-dépresseurs : tricycliques, IRSN (inhibiteurs de recapture de la sérotonine et / ou de la noradrénaline)
- Les anti-épileptiques
- Les anesthésiques locaux
- La capsaïcine
- Les antagonistes des récepteurs NMDA (kétamine)
- La toxine botulique
- Les myo-relaxants
- Les anti-spasmodiques
- Les gaz analgésiques (douleur lors des soins)
- Les corticoïdes (per os ou en injection locale)
- Les triptans (traitement des migraines et algie vasculaire de la face)

Cette (longue) énumération s'explique par les indications et/ou les AMM étroites limitant la prescription de ces médicaments à des situations particulières. Ils sont par exemple indiqués dans les douleurs rhumatologiques chroniques, ou les douleurs neuropathiques.

A ces deux catégories principales s'ajoutent les traitements interventionnels locaux : injections intra-thécales, infiltrations, radiologie interventionnelle, neuro-modulation.

2.1.6.2 Kinésithérapie et médecine physique et de réadaptation

La kinésithérapie est souvent prescrite (et demandée des patients) pour des douleurs récurrentes notamment arthrosiques.

Pourtant la prescription initiale médicale se restreint souvent à du post-traumatique immédiat et se limite à quelques séances ; alors même que le nombre de séances n'est plus à indiquer sur les ordonnances...

La prise en charge en kinésithérapie peut être très différente d'un patient à l'autre ; en fonction des disponibilités du patient, de ses attentes en termes de résultat ou en fonction de l'équipement et des techniques du professionnel. Les attentes et intentions du patient et du soignant peuvent différer.

Il conviendrait de combler ce hiatus entre les attentes des patients et les intentions du thérapeute, par une information claire et préalable, contenant un programme précis des actions envisagées. Par exemple, en ne focalisant pas le travail sur un membre à rééduquer, mais plutôt sur une fonction à restaurer : par exemple, arriver à prendre l'escalier, à ramasser un objet au sol etc.

Les pain-management programs existent et ont une efficacité démontrée (6), (17) notamment parce qu'ils remettent le patient au cœur de sa prise en charge, en lui rendant un rôle plus actif dans la gestion de sa maladie, de sa souffrance.

Ces programmes sont malheureusement peu connus ou utilisés dans le traitement des douleurs chroniques. Peut-être par difficulté d'accès à la médecine physique et réadaptation

2.1.6.3 Approches complémentaires (AC)

Aussi appelées approches ou thérapies complémentaires, ce sont les PNCAVT : pratiques non conventionnelles à visée thérapeutiques. Le terme « médecine » complémentaire est inadapté et a été récusé par l'Académie de Médecine.

En effet, le terme médecine se définit comme « science ayant pour objet l'étude, le traitement et la prévention de maladies » (18).

Or le mot science est défini comme « Ensemble structuré de connaissances qui se rapportent à des faits obéissant à des lois objectives (ou considérés comme tels) et dont la mise au point exige systématisation et méthode » (19). Cette définition ne peut s'appliquer à certaines pratiques dont les bases anatomo-physiologiques sont peu ou mal connues, et dont l'efficacité repose sur des observations empiriques.

Cinq catégories sont classiquement définies (20):

- Approches psycho-corporelles : hypnose, méditation, sophrologie
- Thérapies énergétiques : Qi gong, Taï-chi
- Thérapies physiques manuelles : ostéopathie, chiropraxie
- Autres pratiques et approches de la santé : médecine traditionnelle chinoise, ayurvédique, naturopathie, homéopathie
- Thérapies biologiques naturelles : phytothérapie, aromathérapie

Cette liste n'est pas exhaustive mais montre la diversité et la multiplicité de ces pratiques.

2.1.7 Place actuelle des thérapies complémentaires

2.1.7.1 Recours en médecine ambulatoire

L'utilisation des AC par les patients est très fréquente et cependant largement sous-estimée par les médecins. Une très intéressante étude a été menée par le Dr Roudier dans le cadre de sa thèse d'exercice pour quantifier ce phénomène en 2014 (21). Dans un premier temps une méta-analyse a montré que la prévalence du recours aux AC se situe entre 8 et 76% (22) ; plus

instructif encore, seulement un tiers à la moitié des patients informent leur médecin traitant de leur recours aux AC. Dans un deuxième temps, un questionnaire a été diffusé dans un cabinet de généraliste d'Ile de France, à destination des patients et du médecin. Deux tiers des patients déclaraient un recours aux AC au moins une fois dans leur vie. Ce chiffre descendait à une proportion de 10% lorsqu'elle était estimée par le médecin...

Cette discordance a déjà été largement retrouvée dans d'autres études. Par exemple, la thèse d'exercice du Dr Ait M'Hamed consiste en une étude évaluant le recours aux AC parmi 320 patients dans 15 cabinets de médecine générale de l'Oise (23). Elle a montré qu'un tiers d'entre eux avait recouru aux AC. Un des principaux motifs de recours était la douleur chronique. 39% des patients y ayant recours n'avaient pas informé leur médecin traitant. Parmi les médecins généralistes, 73% désiraient connaître la fréquence de recours de leur patients aux AC; mais seulement un quart s'y intéresse.

Des chiffres similaires sont retrouvés dans le travail du Dr Chamard (24). Le recours aux AC a été évalué cette fois-ci parmi des patients de la région Languedoc-Roussillon. Parmi les 578 réponses analysées, cette fois, 88% des patients déclaraient avoir recouru aux AC. Là encore, 38% n'en parlaient pas à leur médecin.

Concernant le recours aux AC parmi les patients atteints de douleurs chroniques, le travail du Dr Girard en 2016 a interrogé 143 patients ayant consulté dans les centres de la douleur de Franche-Comté. 83% d'entre eux ont déclaré avoir eu recours à une AC. (25)

Les PNCVT peuvent avoir cours au sein des hôpitaux même si leur utilisation reste peu importante voire marginale : à l'image des « coupeurs de feu » intervenant dans les services de grands brûlés afin de soulager les douleurs, ou même dans les services d'urgences, notamment pédiatriques. Des thérapies complémentaires comme l'hypnose et l'acupuncture

sont disponibles dans certains CETD, ou comme soins de support dans les services d'oncologie. L'Académie Nationale de Médecine s'est interrogée sur la place des thérapies complémentaires à l'hôpital (26). Elle émet le souhait que « l'hôpital soit perçu non comme garant de leur efficacité, mais comme lieu d'exemplarité de leur pratique et espace ouvert à la recherche et à l'évaluation objective et rigoureuse du bénéfice qu'elles apportent au patient. Ils rappellent à ce titre que ces thérapies ne sont que des méthodes adjuvantes, pouvant compléter les moyens de la médecine conventionnelle, mais ne pouvant s'y substituer. »

2.1.7.2 Utilisation au sein des CETD

Les AC se sont beaucoup développées ces dernières années au sein même des CETD. En effet, ces pratiques centrées-patient sont très largement appréciées des malades, qu'elles prennent en compte dans leur globalité.(6)

Une étude menée par la SFETD en 2014 a recensé les AC proposées le plus fréquemment. Il s'agissait des pratiques psycho-corporelles (hypnose, sophrologie...), du yoga, tai-chi, de l'acupuncture et de l'auriculothérapie.

Les AC représentent des thérapies adjuvantes intéressantes tant pour le patient que pour le médecin : elles permettent une diminution de prise médicamenteuse, relancent le dialogue médecin-malade dans les situations d'impasse thérapeutique. Les pratiques sont cependant très hétérogènes tant en termes de formation que de solidité scientifique. Certaines pratiques sont de plus en plus validées, telle que l'hypnose qui a largement bénéficié de l'apport de l'imagerie fonctionnelle cérébrale ; d'autres demeurent répandues malgré un effet empirique sans base physiologique sous-jacente identifiée, telle que l'acupuncture.

Comme souligné par la SFETD, des efforts supplémentaires doivent être fournis afin d'encourager la recherche sur ces procédés et d'améliorer la formation à ces pratiques. Les patients y recourent avec ou sans l'aval de leur praticien. Nous nous devons en tant que médecins, soignants, de pouvoir les éclairer et les accompagner au mieux, et de prévenir des dérives charlatanes mercantiles voire sectaires.

2.2 Le jeûne

2.2.1 Définitions et modalités

Le jeûne peut prendre de multiples formes, tant dans la durée que la quantité et la qualité des aliments autorisés à être consommés. Nous allons donc détailler plus avant certaines modalités de jeûne.

Tout d'abord intéressons-nous à sa définition, telle qu'elle nous est donnée par le CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (27)

Jeûne : nom masculin, Privation partielle ou totale (à l'exception, le plus souvent, d'eau), forcée ou non, de toute alimentation pendant un certain temps.

Sur le plan étymologique, il est retrouvé mention au début du XII^{es}. du jeûne comme « abstinence volontaire de nourriture pratiquée par les chrétiens, par esprit de mortification » (Benedeit, *St Brendan*, 132 ds T.-L.); ca 1210 « privation de nourriture » (*Dolopathos*, 291, *ibid.*)

Un jeûne peut être partiel ou complet : un jeûne complet se définit par une abstention stricte de toute nourriture, où seule la prise hydrique est autorisée.

Le jeûne est dit partiel lorsqu'il comporte des apports caloriques, cependant très limités, en général inférieurs à 500 kcal/jour.

Nous pouvons aussi distinguer les jeûnes continus des jeûnes intermittents, où les jeûneurs, s'abstiennent de nourriture 1 jour sur 2 ou 2 jours par semaine (régime 5:2). Il peut également s'agir de jeûne dit « de 16 heures », avec un écart minimum de 16 heures entre chaque repas au cours d'une journée ; ce qui revient à 1 ou 2 prises alimentaires sur 24 heures.

Type de jeûne	Caractéristiques
Jeûne thérapeutique modifié	Apport calorique 200 à 500 kcal/jour sous forme liquide
Régime « very low calorie »	Apport calorique journalier 600 à 800 kcal/j sous forme liquide et supplémentation protéique
Restriction calorique continue	Apport calorique quotidien réduit de 30%
Jeûne intermittent « alternate day fasting »	Jeûne de 24h, alterné avec des jours de prise calorique normale
Jeûne total	Aucun apport calorique, apports hydriques ad libitum

Tableau 1 : types de jeûne et définitions

Tableau d'après l'article *Prolonged Fasting as a Method of Mood Enhancement in Chronic Pain Syndromes: A Review of Clinical Evidence and Mechanisms* (28)

2.2.2 Histoire

Intéressons-nous tout à sa place dans la médecine occidentale.

Déjà à l'époque d'Hippocrate, la nutrition tenait un rôle prépondérant. Bien que la phrase « que ta nourriture soit ton médicament » soit une citation inexacte et incomplète, de nombreux passages du corpus hippocratique abordent la nutrition, comme une part importante dans la prise en charge du patient. Elle apparaît en effet comme un composant du régime hippocratique, en tant que thérapeutique diététique. Ce type de traitement s'inscrit

dans la théorie dite des « humeurs », selon laquelle la santé de l'Homme est déterminée par un équilibre entre 4 humeurs : sang, phlegme, bile noire et bile jaune. Les maladies résulteraient d'un déséquilibre de ces « humeurs ». Le traitement consiste donc à retrouver un état d'équilibre, via des médicaments, des lavements, des boissons et nourritures particulières. (29)

Ces principes perdureront pendant l'Antiquité avec Gallien, puis au long du Moyen Age.

Nous ne détaillerons pas de façon exhaustive tous les courants de pensée du jeûne. Nous allons discuter plus avant de sa résurgence aux USA et en Allemagne aux 19^{ième} et 20^{ième} siècles.

L'hygiénisme né au 19^{ième} siècle aux USA remet le jeûne au goût du jour ; « prônant le recours à des moyens naturels pour le maintien ou la restauration de la santé (le jeûne, le régime végétarien, l'eau pure, le soleil, l'air pur, l'exercice, le repos, l'équilibre comportemental) » (30). Au 20^{ième} siècle l'américain Herbert Shelton, naturopathe et son livre « le jeûne » sont fréquemment mentionnés par d'autres auteurs hygiénistes, car il synthétise les travaux de ses prédécesseurs. Les cures consistent en un jeûne hydrique, c'est-à-dire, l'abstention de prise calorique, avec boisson d'eau en abondance. Y sont adjoints parfois lavements et exercice physique modéré (marche à pied). La durée de jeûne recommandé varie entre 10 jours et 3 semaines. Dans ce courant de pensée, le jeûne permettrait d'aider le corps à se débarrasser des « toxines ».

Une des modalités de jeûne les plus populaires et répandues aujourd'hui est le jeûne type « Büchinger ». Médecin allemand, le Dr Otto Büchinger aurait soigné par le jeûne son rhumatisme articulaire aigu. (31)

Le jeûne dit « Büchinger » proprement dit, a une durée minimale de 3 à 5 jours, précédés d'une phase de décroissance alimentaire puis de reprise alimentaire progressive. Les jeûneurs commencent par arrêter thé, café, aliments transformés, puis les apports en protéines animales et produits laitiers. Ils peuvent ensuite suivre une monodiète sur une journée avec un féculent, avant de stopper toute prise de nourriture solide. La phase de réalimentation suit le processus inverse. Une cure peut durer jusqu'à 21 jours. Les curistes peuvent boire de l'eau à volonté. Un apport calorique minime, inférieur à 500 kcal est présent sous forme de bouillons de légumes, jus de fruits dilués, tisanes au miel.

Lavements et exercice physique y sont également adjoints. Une pratique spirituelle (méditation, prière) est aussi recommandée pendant la cure.

Plusieurs cliniques allemandes proposent des séjours de ce type, dans le cadre d'une médecine intégrative, c'est-à-dire alliant médecine allopathique et approches complémentaires. Il est à noter que ces séjours peuvent être remboursés par des assurances-maladies privées.

2.2.3 Religions

Il est intéressant de remarquer que toutes les religions, au fil des siècles, préconisent la pratique du jeûne sous une forme ou une autre. Les buts recherchés étant la purification, l'éveil spirituel, l'expiation des péchés. Il doit également inciter à la compassion et au contrôle de soi (32). La prière et la pratique de la charité y sont quasi toujours associées. Il s'agit en tout cas d'un temps de réflexion, de retour sur soi, mais aussi de partage et d'ouverture aux autres, la rupture du jeûne se faisant quasi toujours en communauté.

La prise des repas et plus simplement de nourriture revêt un caractère sacré dans de nombreuses religions : bénédicité, shabbat, tradition hindoue par exemple.

Nous nous pencherons tout d'abord sur les diètes préconisées par les 3 grandes religions monothéistes du monde occidental, dites religions du Livre ; parce qu'elles comportent de nombreux points communs. En effet trois des prophètes ont jeûné dans le désert : Moïse, Jésus et Mahomet. Il est donc logique aux croyants de mettre leurs pas dans les leurs.

2.2.3.1 Catholique

Le Carême : il correspond aux 40 jours d'errance et de jeûne de Jésus dans le désert, d'après le Nouveau Testament. Il a été fixé à 40 jours au IV^{ème} siècle de notre ère, alors que les premiers chrétiens observaient un jeûne plus régulier, les mercredis, vendredis et les 7 jours précédant Pâques. Pâques marque la Résurrection du Christ dans la tradition catholique, et, est donc la fête de rupture du jeûne. L'agneau pascal y est traditionnellement servi, rejoignant en cela la tradition de la Pâque juive, l'agneau étant aussi servi lors de Pessah. Cette tradition sera également reprise dans la religion musulmane, avec le mouton sacrificiel de l'Aïd.

La pratique recommandée par l'Église catholique s'est allégée progressivement, aujourd'hui celle-ci recommande la diète le mercredi des Cendres et le vendredi Saint. Sinon la recommandation est de manger maigre le vendredi, en général du poisson.

2.2.3.2 Juive

Il existe 6 jours de jeûne, tous en rapport avec des événements rapportés dans l'Ancien Testament. Le principal est Yom Kippour, ou jour du pardon et de la repentance, au cours

duquel il est interdit au croyant de boire ou manger (pendant 24h). D'autres jours existent mais sont moins suivis, ceux notamment commémorant les destructions du temple de Jérusalem, ou le sacrifice d'Esther pour sauver son peuple.

2.2.3.3 Musulmane

Le mois de Ramadan correspond au 9ème mois du calendrier hégirien. Il correspond au mois durant lequel l'archange Gabriel a révélé le Coran à Mahomet, selon l'Islam.

Durant cette période, entre le lever et le coucher du soleil, le croyant musulman doit s'abstenir de boire, manger, fumer ou avoir des relations sexuelles. Il lui est également interdit de combattre, jurer ou médire. La fin du Ramadan est marquée par la fête de rupture du jeûne, l'Aïd El Fitr, lors de laquelle il est traditionnellement sacrifié un mouton, qui est ensuite consommé par les convives.

2.2.3.4 Hindouiste

La religion hindoue comporte nombre de cultes et pratiques différentes, notamment en fonction des différentes régions de l'Inde. Il en va de même concernant la pratique du jeûne. Pour une majorité d'Indiens, le jeûne reste une expression de leur dévotion et de leur vie religieuse. De nombreuses fêtes dédiées à différentes divinités sont précédées de périodes de jeûne ; citons par exemple la fête de Ganesha (le dieu éléphant). Les pèlerinages sont aussi des occasions de jeûner. Ajoutés à ces jeûnes « collectifs », se pratiquent également des jeûnes « privés » formulation de vœu, vrata, de modalités diverses : abstention totale de nourriture, modifications temporaires de l'alimentation.

2.2.3.5 Bouddhiste

« Voie du milieu », cette religion professe le détachement, l'éviction de toute souffrance afin d'atteindre l'éveil, le nirvana et de briser le cycle des réincarnations. Dans cet esprit de modération, la pratique du jeûne complet n'est pas encouragée, bien que cela dépende des différents courants bouddhistes (zen, tibétain, chinois etc). Il est plutôt préconisé une forme de détachement par rapport à la nourriture.

Cependant le rythme des repas des moines par exemple, suit des modalités similaires au « jeûne de 16h », prise d'un repas matin et midi avec abstention du repas du soir, ou prise d'un repas unique dans la journée.

2.2.4 Modifications physiologiques

Que se passe-t-il dans notre corps lorsque nous cessons de manger ?

Les paragraphes suivants décrivent un jeûne hydrique non compliqué ; c'est-à-dire, l'abstention stricte de tout apport calorique, avec maintien des apports hydriques. (33)

Rappelons tout d'abord les substrats énergétiques impliqués : glucides, protéines et lipides.

Entre 8 et 16 heures après la dernière prise alimentaire, la décroissance de l'insulinémie déclenche une augmentation de la lipolyse et de l'oxydation des acides gras ; ainsi que la hausse de la cétogénèse hépatique. Dans le même temps survient la glycogénolyse hépatique. Le corps puise donc en premier dans les réserves de glycogène du foie. C'est ainsi que le corps fabrique le substrat préférentiel (glucose) pour le fonctionnement cérébral.

Le jeûne, à proprement parler, débute 16 heures après la dernière prise alimentaire.

On distingue ensuite la phase de jeûne court (1 à 5 jours sans apports).

La néoglucogénèse prend le relais (après que le glycogène hépatique ait été épuisé) : le corps mobilise ses protéines (protéolyse) et fabrique le glucose nécessaire aux cellules à partir des acides aminés. Cette phase protéique perdure jusqu'à 5 jours après la fin de la prise alimentaire. Dans le même temps, l'insulinémie basse provoque une augmentation de l'oxydation des lipides.

Enfin, survient la phase de jeûne prolongé (au-delà de 5 jours sans nourriture)

Deux phénomènes principaux sont à l'œuvre, la lipolyse et l'épargne protéique.

Pendant la lipolyse, le foie produit les corps cétoniques à partir des acides gras, ce qui donne les beta-hydroxy butyrate et acéto-acétate.

Ce mécanisme vise à épargner la masse protéique musculaire ; les corps cétoniques sont en effet directement utilisables par le cerveau diminuant ainsi les besoins en glucose (et donc sa synthèse à partir d'acides aminés).

Durant cette période, le métabolisme thyroïdien est également modifié. L'hormone T3 baisse et la reverse T3 augmente, résultant en une diminution du métabolisme de base et des dépenses énergétiques. (34,35)

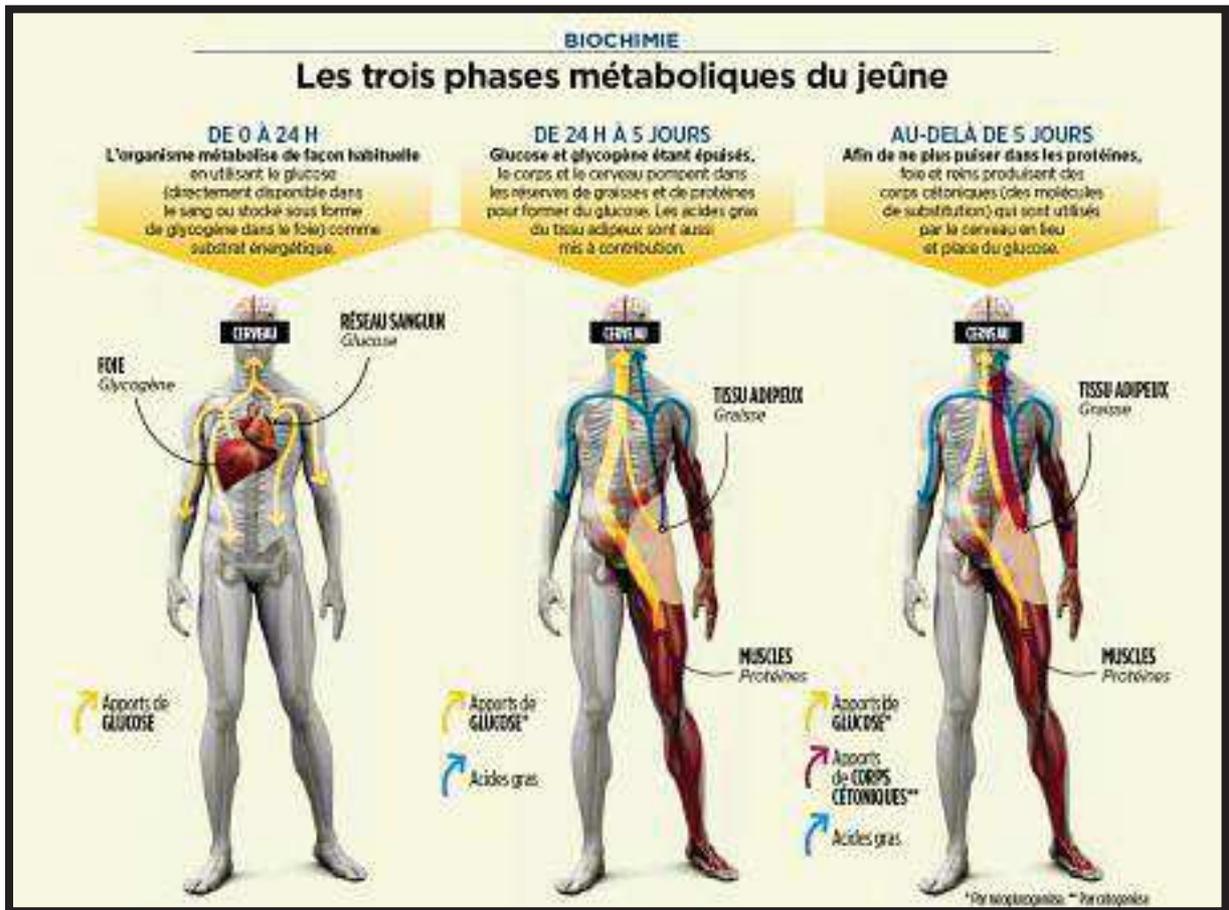


Figure 1 : Illustration des phases métaboliques du jeûne (36)

2.2.5 Modifications moléculaires

Le jeûne a été bien étudié sur modèles animaux, notamment murins, cependant les études sur l'Homme sont moins nombreuses. Voici néanmoins les résultats retrouvés au niveau moléculaire.

Plusieurs processus se trouvent favorisés par une prise calorique importante et ralentis par une restriction calorique (2) :

- L'oxydation des protéines, de l'ADN et des lipides
- L'inflammation
- L'accumulation de protéines dysfonctionnelles dans les organes
- Des taux élevés de glucose, d'insuline et d'IGF-I (insulin growth factor)

Il a souvent été observé de façon empirique que les périodes de jeûne sont associées à une amélioration de l'humeur, à une sensation d'éveil, voire d'euphorie, ainsi qu'à une diminution des douleurs.

Quels sont les mécanismes sous-jacents pouvant expliquer ces observations ?

Quelles sont les réponses physiologiques et neuro-endocrines au jeûne ?

Différents mécanismes sont à l'œuvre pendant le jeûne, en fonction de sa durée.

Pendant les 7 premiers jours, il a été observé une stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, donc une réaction au stress qu'est le jeûne. Ceci est probablement déclenché par la chute des taux de glucose, de leptine et d'insuline.

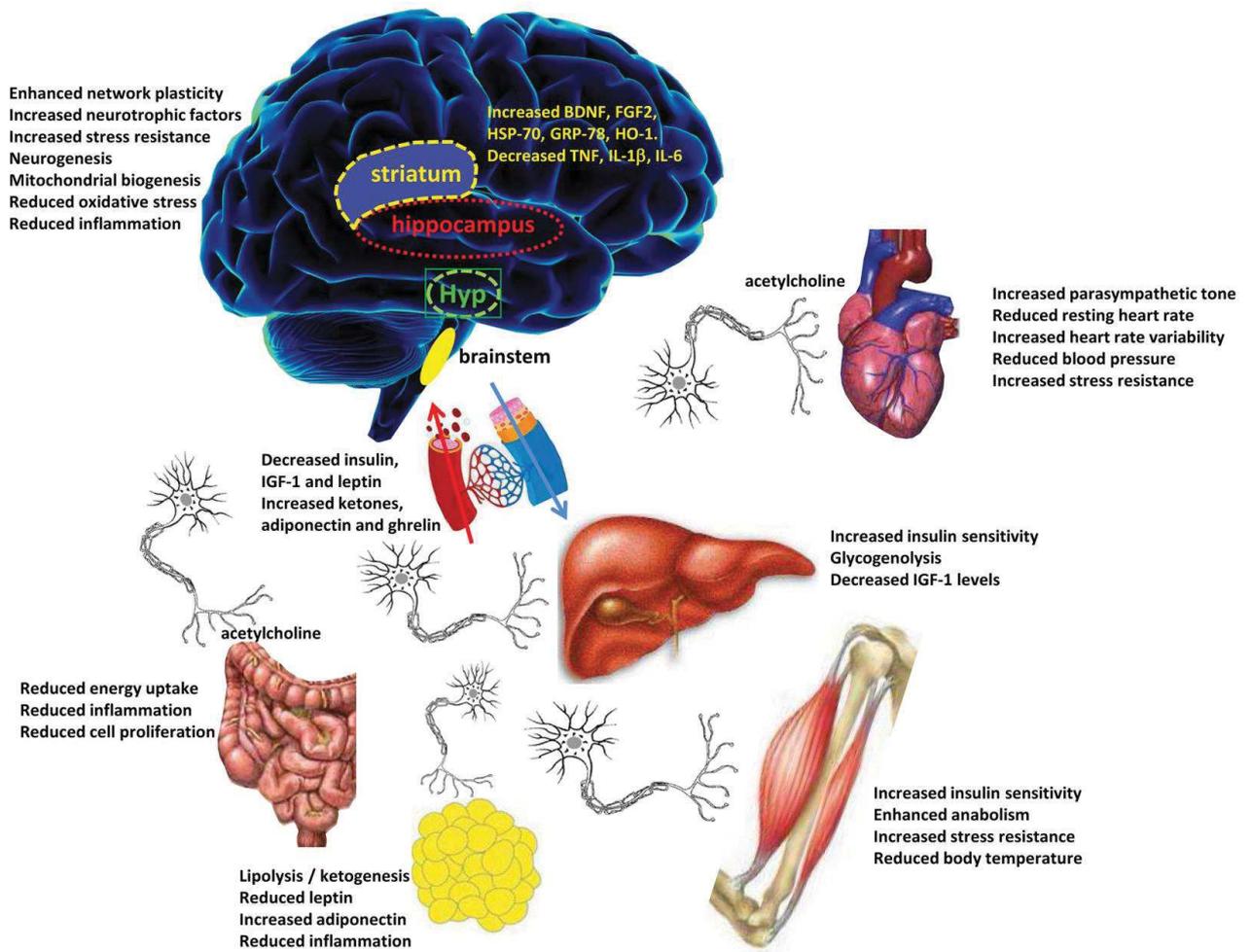
Cette activation neuro-endocrine induit donc une augmentation des taux sanguins et urinaires de catécholamines et de cortisol. On peut donc raisonnablement supposer un léger effet anti-inflammatoire initial. Cependant lors de jeûne prolongé (plus de 8 jours) on constate une baisse de niveau adrénérurgique.

Plusieurs mécanismes neuro-biologiques induits par le jeûne prolongé pourrait expliquer son effet sur les douleurs chroniques.

- Neurotransmetteurs : la synthèse et la disponibilité de la sérotonine et du tryptophane sont augmentées lors du jeûne.
- La synthèse augmentée d'opioïdes endogènes
- La synthèse de facteurs neurotrophiques : augmentation de la synthèse de BDNF (Brain Derived Neuro Factors). Celui-ci joue un rôle dans les capacités d'apprentissage et de mémorisation, et agit contre le stress oxydatif des cellules.
- Activation de mécanismes de résistance cellulaire au stress, résultant en l'expression de gènes codant pour des protéines favorisant la synthèse et la plasticité neuronale
- Protection neuronale par les corps cétoniques

Illustration des effets neuro-endocrines du jeûne intermittent issue de l'article de Longo et Mattson : *Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications*

Figure 2 Pivotal roles of the nervous and endocrine systems as mediators of adaptive responses



Du point de vue de l'évolution, les sensations de bien-être et d'éveil ressenties lors du jeûne, pourrait représenter un avantage adaptatif utile à la survie. Celles-ci permettraient de supporter le manque et de stimuler la recherche de nourriture.

2.2.6 Littérature jeûne et douleurs chroniques

Pour les promoteurs du jeûne dit thérapeutique, celui-ci peut être utilisé dans de nombreuses indications sous supervision médicale. Les pathologies étudiées sont nombreuses et diverses :

maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle essentielle), rhumatismales, neurologiques (SEP, Parkinson), digestives (MICI). La liste n'est pas exhaustive.

L'indication du jeûne nous intéressant dans ce travail étant les syndromes douloureux, nous allons détailler quelques études pertinentes pour notre sujet.

2.2.6.1 Etudes animales

- Une étude publiée en 2003 (37) a étudié la réponse douloureuse chez des souris divisées en 2 groupes. Un groupe était nourri ad libitum (à volonté, à satiété), l'autre soumis au régime ADF, soit un jeûne intermittent. Cette alimentation s'est poursuivie pendant 3 mois avant de tester leur sensibilité à des stimuli douloureux viscéraux et thermiques. Les souris jeûneuses ont montré une sensibilité moindre à la douleur. Les analyses pharmacologiques tendent à expliquer cette analgésie par un changement dans le système endogène opioïde kappa. Il y avait plus de récepteurs opioïdes kappa dans la moëlle épinière de ces souris. D'autres marqueurs ayant un rôle dans la régulation de la réponse douloureuse étaient également modifiés.
- Une autre étude conduite sur modèle murin publiée en 2005 (38) a étudié cette fois-ci l'effet d'une restriction calorique (60% des apports normaux) prolongée sur des souris « pré-sénescences ». Celles-ci présentaient une hypoalgésie aux stimuli douloureux. Dans ce contexte de sous-alimentation prolongée, le message anti-nociceptif généré permettrait d'encourager la recherche de nourriture, même en situation dangereuse.

2.2.6.2 Etudes chez l'homme

- Controlled trial of fasting and one-year vegetarian diet in rheumatoid arthritis

Des travaux publiés dans le Lancet en 1991 par Kjeldsen-Kragh (39) ont étudié l'effet du jeûne sur 53 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde par un essai contrôlé randomisé, en simple aveugle.

C'est la seule étude à notre connaissance avec cette méthodologie. Tous les patients prenaient également un traitement médicamenteux. La période de jeûne était suivie d'une alimentation végétarienne. Le jeûne pratiqué était de type « Büchinger » sur une période de 7 à 10 jours dans un établissement de santé. Le groupe contrôle résidait également en établissement mais bénéficiait d'un apport calorique quotidien normal. Après 4 semaines, les patients du groupe jeûne présentaient une amélioration significative de leur état, en termes d'articulations gonflées, douloureuses, de score douloureux et de taux de CRP. L'effet antalgique perdurait après un an de suivi.

- In-Patient Treatment of Fibromyalgia: A Controlled Nonrandomized Comparison of Conventional Medicine versus Integrative Medicine including Fasting Therapy (40)

Cette étude publiée en 2013 a comparé deux stratégies thérapeutiques dans la fibromyalgie. Il s'agit d'une étude contrôlée non randomisée. Un groupe de patients était traité avec un programme de kinésithérapie, balnéothérapie, thérapie cognitivo-comportementale ; le 2^{ème} groupe bénéficiait du même programme mais incluait une période de jeûne pendant leur séjour. L'intervention se déroulait en milieu hospitalier sur 2 semaines. Le suivi a été effectué à 2 semaines (sortie d'hôpital), puis à 12 semaines. Le critère de jugement principal est le score issu du FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). Le groupe jeûneur montrait une

amélioration significative du score FIQ en fin de séjour comparé au groupe contrôle, mais cette différence ne persistait pas 12 semaines après le traitement.

- « Fasting in mood disorders : neurobiology and effectiveness. A review of the literature. » (41)

Cette étude de 2013 a cherché à recenser les effets potentiels du jeûne sur les troubles de l'humeur et les mécanismes sous-jacents identifiés.

92 articles ont été sélectionnés : essais cliniques, études observationnelles, revues et méta-analyses.

Nombreux sont les patients qui décrivent une sensation d'euphorie ressentie pendant leur jeûne. L'amélioration de l'humeur pendant le jeûne pourrait être liée à plusieurs facteurs déjà énoncés plus haut, relatifs aux effets neuro-endocrines du jeûne (synthèse d'opioïdes endogènes, activation du système sérotoninergique, production de corps cétoniques).

L'observation clinique d'une amélioration de l'humeur pendant le jeûne, se fait surtout entre les 2^{ème} et 7^{ème} jours de jeûne. La persistance de ces effets dans le temps n'est pas établie.

- Prolonged Fasting as a Method of Mood Enhancement in Chronic Pain Syndromes: A Review of Clinical Evidence and Mechanisms (28)

Dans cette revue, l'accent est mis sur le jeûne thérapeutique modifié (sur 7 à 21 jours sous surveillance médicale) comme potentielle thérapie complémentaire dans les syndromes douloureux chroniques.

Les mécanismes et interactions régulant la perception de l'humeur et de la douleur durant le jeûne sont résumés dans la figure ci-dessous issue de l'article.

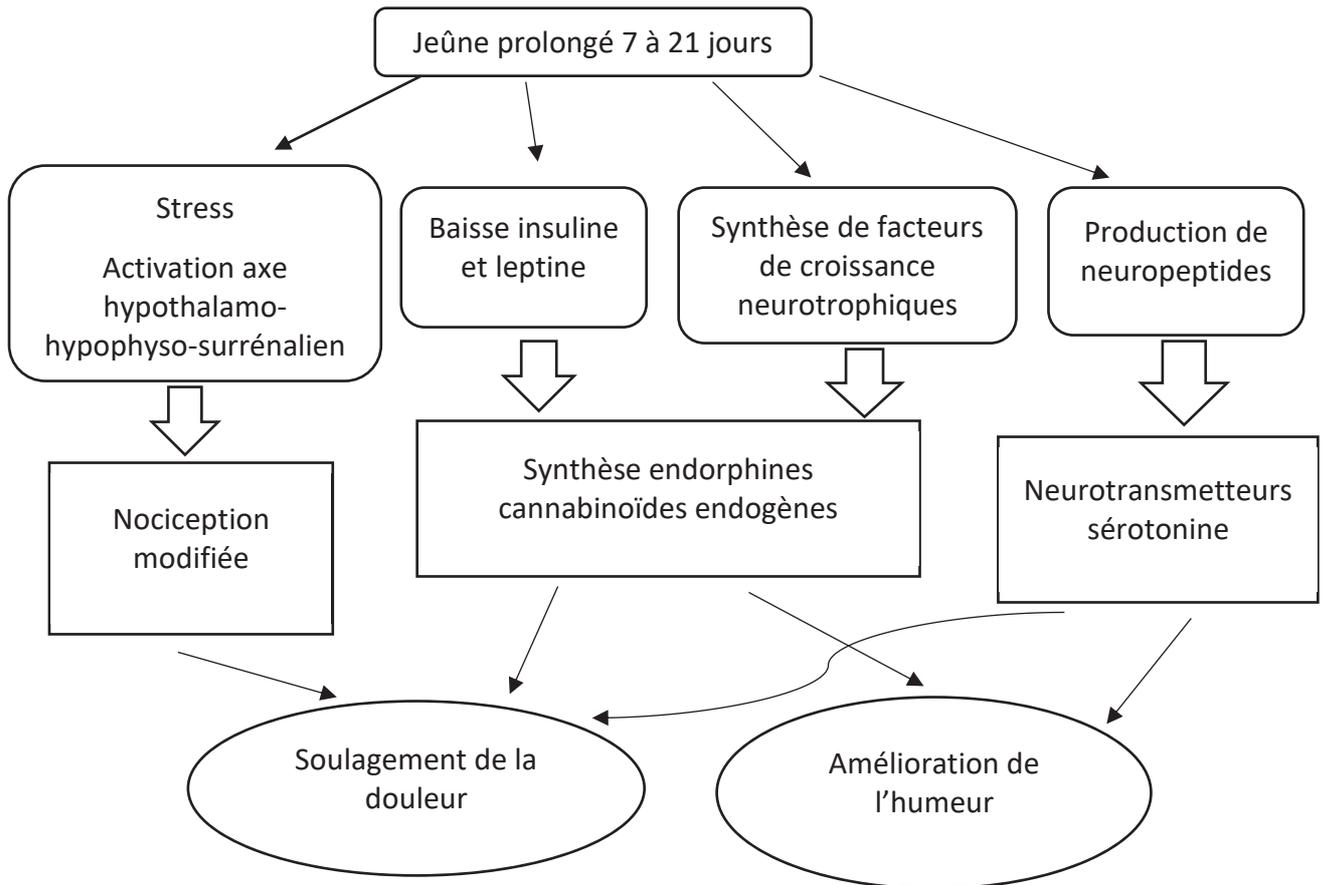


Figure 3 : Mécanismes et interactions régulant l'humeur et la perception de la douleur durant le jeûne(28)

Nous avons donc vu que les douleurs chroniques constituent un problème courant rencontré en soins primaires. De nombreuses approches thérapeutiques existent, notamment non conventionnelles.

Nous avons exposé les différents types de jeûne. Des études récentes en ont exposé les effets moléculaires et physiologiques, pouvant peut-être expliquer les sensations ressenties par les jeûneurs. Des travaux plus anciens existent. Ce sujet est-il connu des médecins généralistes ?

Des patients y ont peut-être déjà recours, sans en informer leur médecin traitant.

Notre travail consiste donc d'abord à s'intéresser aux pratiques actuelles des médecins généralistes dans les douleurs chroniques, puis à tester leur connaissance du jeûne.

III Matériel et méthodes

3.1 Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective de 3 mois (janvier à mars 2019) sur les pratiques des médecins généralistes concernant les douleurs chroniques, et leurs connaissances du jeûne. Un questionnaire en ligne a été créé à cet effet.

Nous avons constitué un questionnaire en 3 parties via l'application Google FORMS.

Le questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de médecins libéraux, avant envoi d'une forme définitive. Cette phase test a permis d'affiner certaines questions et de vérifier sa faisabilité.

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins généralistes ayant une activité libérale
- Médecins généralistes remplaçants thésés ou non

3.2 Recueil des données

Le questionnaire était anonyme et comprenait 15 questions dont 12 étaient à réponse obligatoire. Cf annexe 1.

Il était remplissable en 5 minutes maximum.

Le questionnaire a été diffusé par courriel contenant le lien pour y répondre via plusieurs biais, notamment mon réseau personnel et aux MSU (Maîtres de Stage Universitaires) d'Alsace via ma directrice de thèse. Pour une diffusion nationale, les conseils de l'Ordre des médecins départementaux (CDOM) ainsi que les URPS-ML ont également été sollicités.

Toutes les URPS-ML ont refusé de diffuser mon questionnaire, à l'exception de l'instance de la région Grand-Est.

Certains CDOM ont accepté de diffuser mon questionnaire :

- Via un lien mis sur leur site internet
- Via un courriel à leur mailing-list de médecins généralistes
- Via un lien inséré dans leur newsletter

Le questionnaire est resté actif 3 mois de janvier à mars 2019. Nous avons recueilli 387 réponses.

3.3 Analyse des données

Le questionnaire comprend 3 parties

- Caractéristiques des médecins répondants au questionnaire
- Pratiques actuelles des médecins interrogés concernant les douleurs chroniques, notamment la place des approches complémentaires
- Connaissances sur le jeûne dit « thérapeutique »

Les 2 dernières rubriques comprenaient des rubriques de commentaires libres.

3.4 Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel. Les résultats seront présentés sous forme de graphiques et de tableaux de synthèse des commentaires.

3.5 Revue de la littérature

La recherche bibliographique a été réalisée à partir des bases de données Pubmed, Sudoc (catalogue des thèses) et Cismef.

Les termes recherchés étaient :

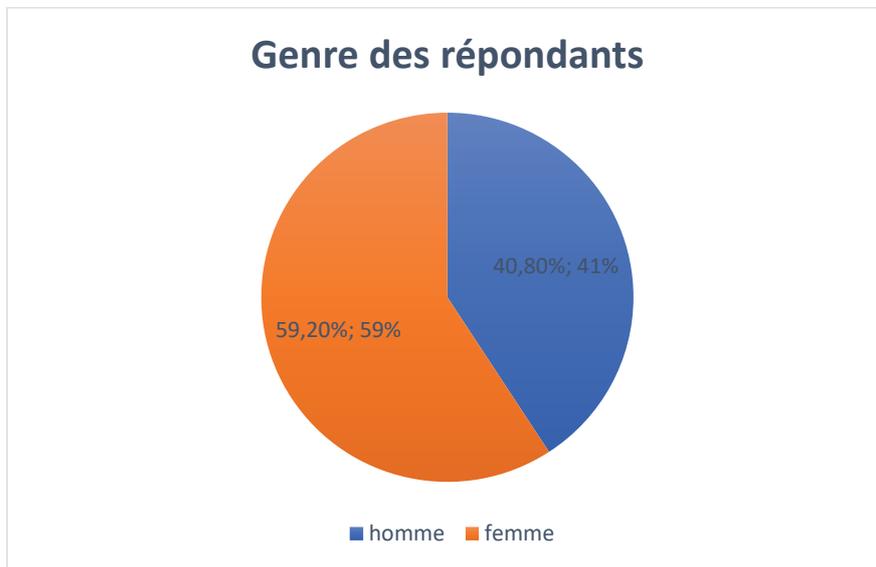
- Fasting (intermittent, therapeutic)
- Molecular effects of fasting
- Chronic pain
- Approches complémentaires
- Jeûne thérapeutique

IV Résultats

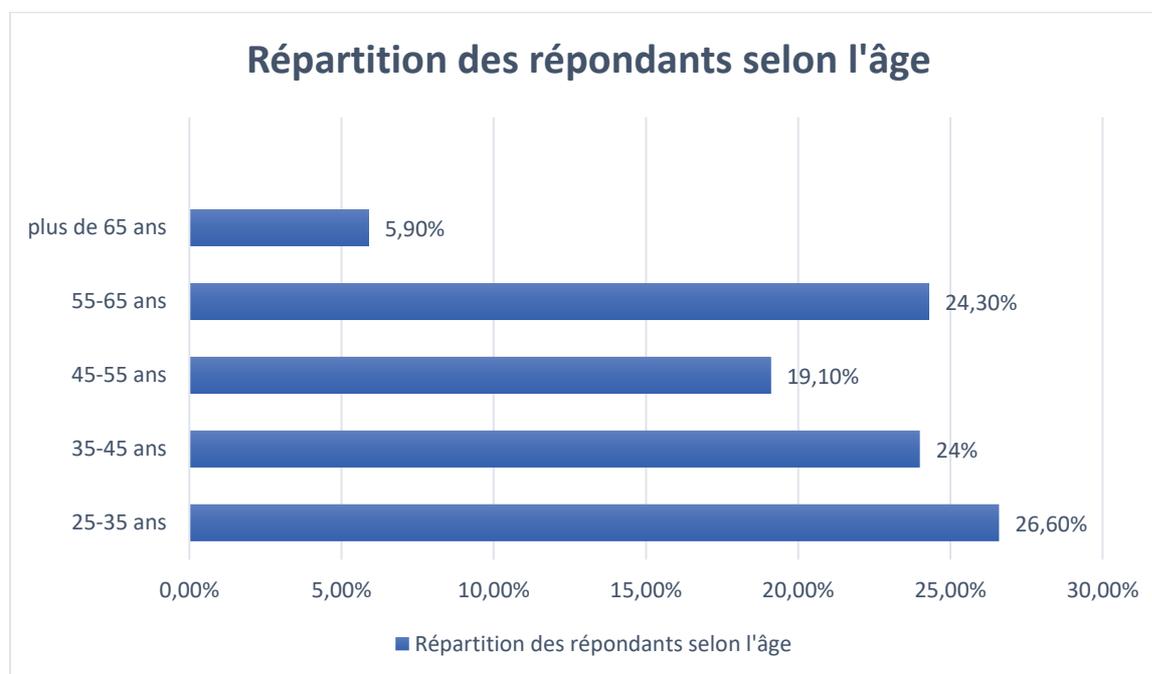
4.1 Caractéristiques démographiques des répondants

Nous avons recueilli 387 réponses, toutes ont pu être exploitées.

Concernant les participants : on comptait 59.2% de femmes (n=229) et 40.8% d'hommes (n=158) soit un sex ratio H/F de 0.69.



Concernant l'âge des répondants : 26.6% (n=103) ont entre 25 et 35 ans ; 24% (n=93) ont entre 35 et 45 ans. 19.1% (n=74) ont entre 45 et 55 ans. 24.3% (n=94) sont âgés de 55 à 65 ans. Enfin, 5.9% (n=23) des répondants avaient plus de 65 ans.



Concernant le département d'exercice :

Les répondants sont issus de 23 départements de France métropolitaine et DOM-TOM.

18.6% des interrogés exercent dans le Hérault (n = 72). 13.2% (n= 51) exercent dans le Bas-Rhin.

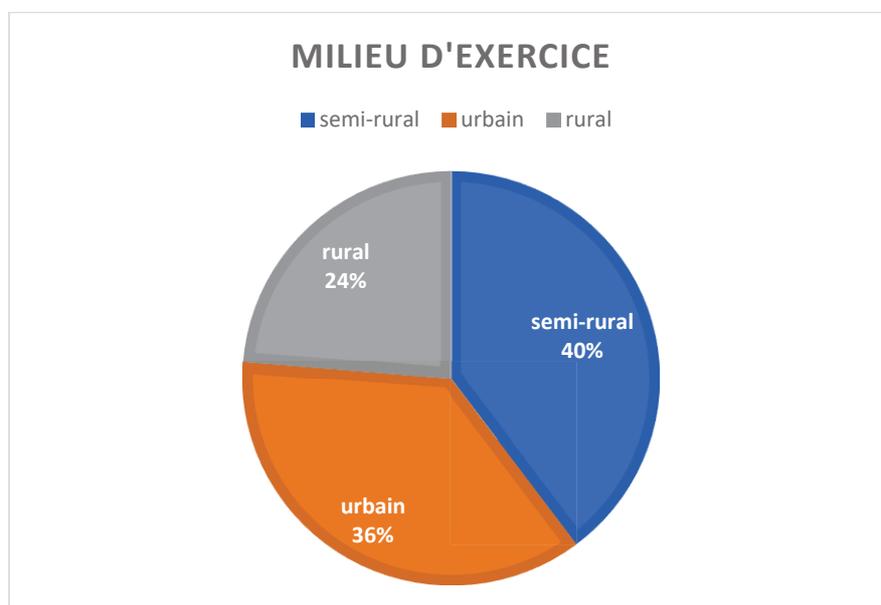
8.5% (n= 33) travaillent dans les Côtes d'Armor. 8% (n= 31) exercent dans les Vosges.

6.9% (n= 27) pratiquent dans l'Aube. 6.5% (N= 25) exercent dans les Hautes-Pyrénées. 5.4% (N=21) des répondants sont issus du Haut-Rhin. 5.4% exercent dans le Lot. 5.4% travaillent en Guadeloupe. 4.9% (N=19) exercent dans l'Aude. 3.4% (N=13) Dordogne. 2.1% (N=8) Creuse ; 2.1% Nièvre. Les participations sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : département d'exercice des médecins interrogés

Départements	Nombre de participants
Aube	27 soit 6.9%
Aude	19 soit 4.9%
Cantal	1
Charente-maritime	1
Cher	1
Côte d'Armor	33 soit 8.5%
Creuse	8 soit 2.1%
Dordogne	13 soit 3.4%
Eure et Loire	1
Hérault	72 soit 18.6%
Isère	2
Lot	21 soit 5,4%
Nièvre	8 soit 2.1%
Pyrénées Atlantique	1
Hautes Pyrénées	25 soit 6.5%
Bas-Rhin	51 soit 13.2%
Haut-Rhin	21 soit 5.4%
Rhône	3
Saône et Loire	1
Vosges	31 soit 8%
Guadeloupe	21 soit 5.4%
Réunion	1
Guyane	3

Concernant le lieu d'exercice : 39.8% (n=154) des participants déclarent exercer en milieu semi-rural. 36.4% (n=141) disent travailler en milieu urbain. Enfin, 23.8% (n=92) déclarent exercer en milieu rural.



4.2 Pratiques actuelles dans la prise en charge des douleurs chroniques

Nous avons demandé aux répondants d'estimer la proportion de consultations concernant les douleurs chroniques qu'ils effectuaient par semaine.

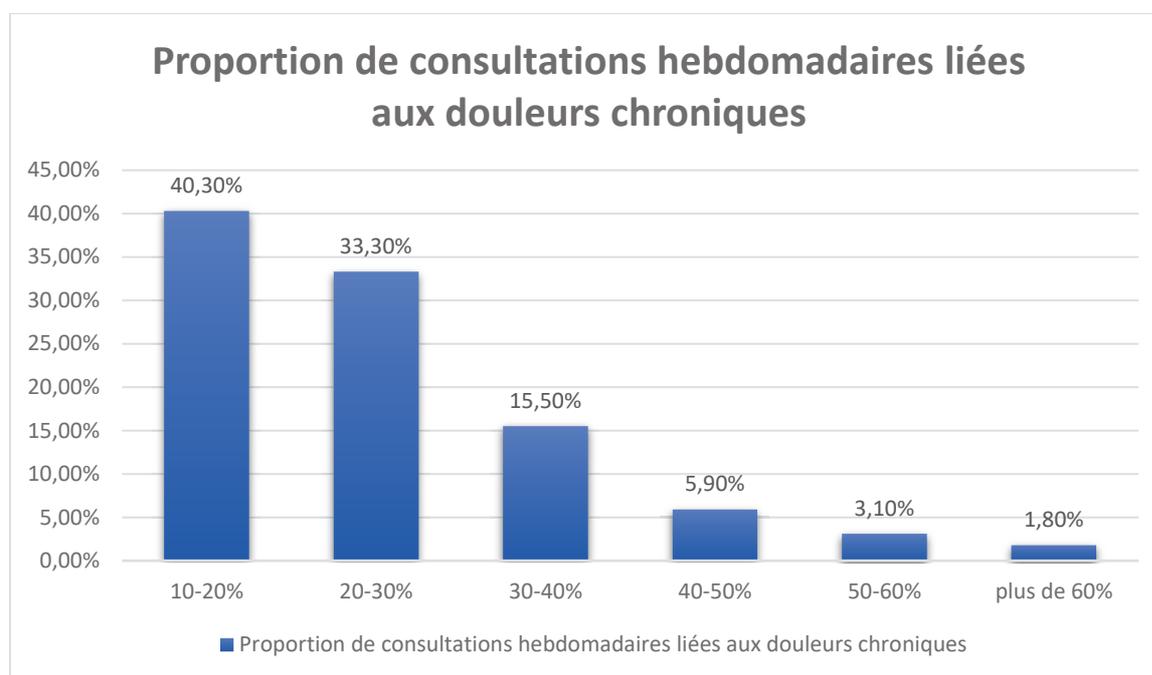
40.3% (n=156) estiment que 10 à 20 % de leurs consultations hebdomadaires se rattachent au motif douleurs chroniques.

33.3% (n=129) estiment cette proportion à 20-30% des consultations.

15.5% (n=60) jugent que 30-40% de leurs consultations sont concernées.

5.9% (n=23) évaluent que ce motif représente 40 à 50% de leurs consultations de la semaine ; pour 3.1% (n=12) il s'agit de 50 à 60% de leurs consultations.

Enfin, 1.8% (n=7) jugent que ce motif représente plus de 60% de leurs consultations hebdomadaires.



Concernant les modalités thérapeutiques proposées par les médecins généralistes pour leurs patients douloureux chroniques, nous avons listé les recours les plus fréquents et les approches complémentaires les plus pratiquées. Nous avons également laissé une case de réponse libre intitulée « autre ». Les participants pouvaient cocher plusieurs réponses.

Le traitement le plus fréquemment proposé est la prise médicamenteuse : 96% des répondants (n= 372).

La kinésithérapie est proposée par 93% des répondants (n= 360).

79.1% des participants (n= 306) proposent le recours à une consultation spécialisée de la douleur.

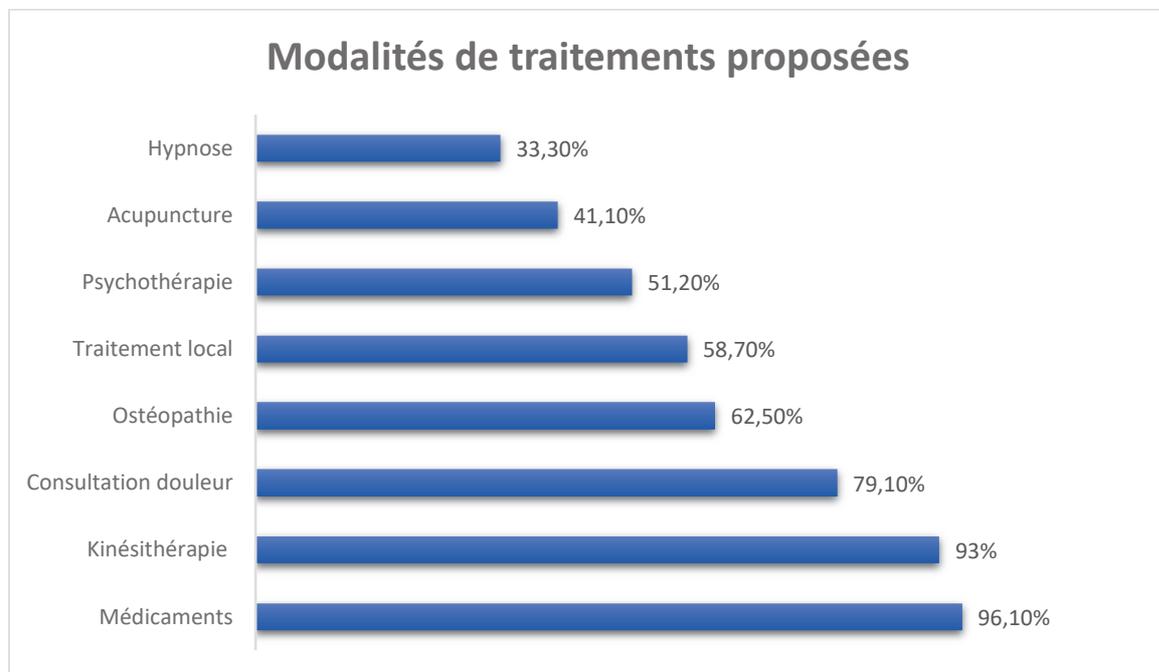
L'ostéopathie est proposée par 62.5% (n=242) des répondants.

Les traitements locaux (infiltrations, mésothérapie) sont cités par 58.7% (n= 227) des répondants.

51.2% (n= 198) des répondants proposent la psychothérapie à leurs patients douloureux chroniques.

L'acupuncture fait aussi partie des traitements proposés, 41.1% (n= 159) des répondants la proposent.

33.3% (n= 129) des participants proposent l'hypnose à leurs patients.



Les réponses libres ont été colligées dans un tableau et classées par catégories. Ces catégories sont celles décrites dans la littérature pour classer les différents types d'approches complémentaires. (20,42)

Les modalités les plus fréquemment proposées en réponse libre étaient

- Les approches psycho-corporelles (n= 19) : sophrologie, méditation, yoga
- Les thérapies non médicamenteuses validées, c'est-à-dire les règles hygiéno-diététiques (n= 21) : nutrition (n= 8) et activité physique (n= 13)
- Les autres approches de la santé : homéopathie (n= 18)

Tableau 3 réponses libres concernant les traitements proposés pour les douleurs chroniques

Modalités thérapeutiques complémentaires	Réponses libres N=83
Approches psycho-corporelles	19 Sophrologie n = 9 Méditation n =7 Yoga n= 3
Thérapies énergétiques	2 Qi-gong n= 1 Médecine énergétique n=1
Thérapies physiques/manuelles	2 Massage shiatsu n=1 Tapis d'acupression n=1
Autres approches de la santé	19 Homéopathie n=18 EMDR n=1
Thérapies biologiques naturelles	4 Phytothérapie n= 3 Aromathérapie n= 1
Thérapeutiques non médicamenteuses validées (RHD règles hygiéno-diététiques)	21 Nutrition n= 8 Micronutrition n= 2 Compléments alimentaires n= 1 Régime sans lactose ni gluten n=1 Hygiène de vie n= 1 Nutrition n= 3 Activité physique n= 13
Recours à un professionnel de santé	4 Chirurgie n= 2 Médecin du travail n= 1 Podologue n= 1
Autres	12 Cure thermale n= 6 Cryothérapie n= 1 TENS n=3 Eveil corporel n=1 Orthèses n= 1

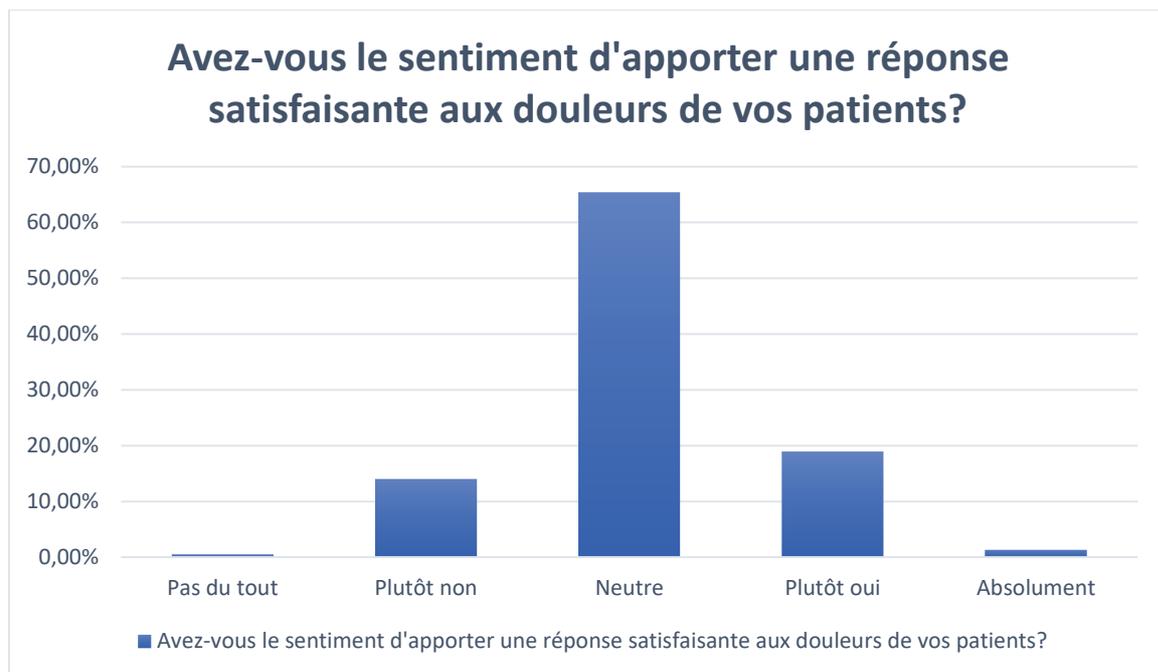
Concernant le sentiment de satisfaction des médecins, dans leur gestion des douleurs chroniques, 65.4% (n=253) des médecins participants ont répondu de façon neutre. C'est-à-dire qu'ils ne se sentent ni satisfaits ni insatisfaits de leurs propositions thérapeutiques.

18.9% (n= 73) se disent plutôt satisfaits de leur façon de gérer les douleurs chroniques.

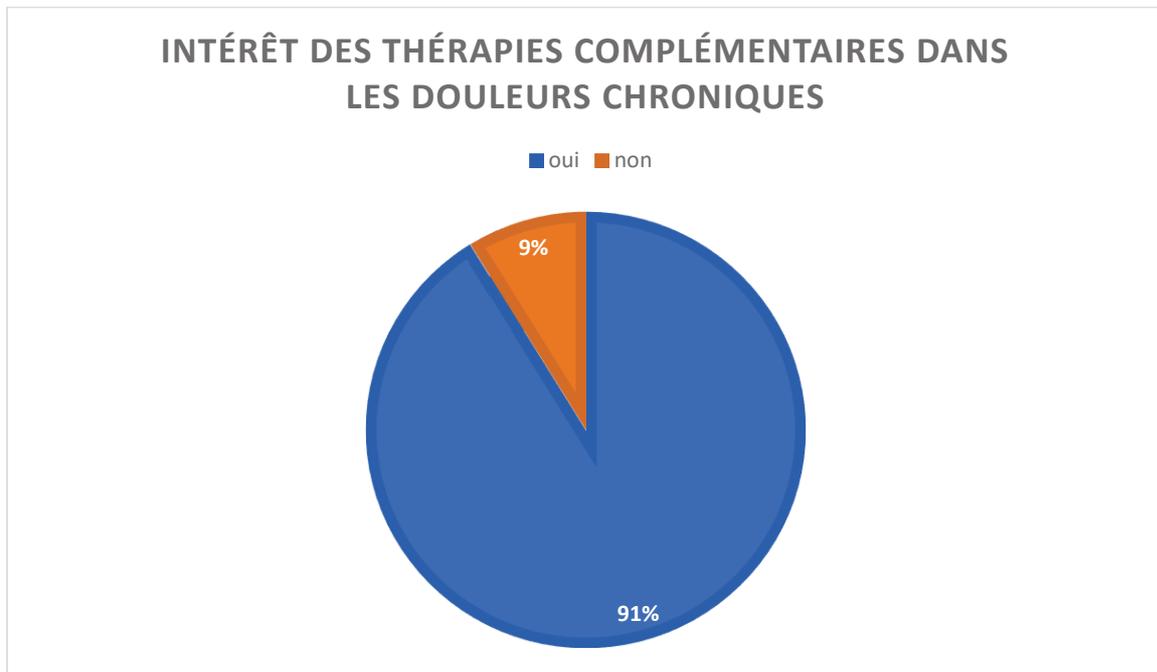
14% (n = 54) se déclarent plutôt non satisfaits de leur réponse apportée aux douleurs chroniques de leurs patients.

1.3% (n = 5) se disent tout à fait satisfaits de leur prise en charge proposée.

0.5% (n= 2) déclarent n'être absolument pas satisfaits de leurs propositions thérapeutiques.



A la question : pensez-vous que les thérapies complémentaires ont un intérêt dans le traitement des douleurs chroniques ? La majorité des répondants 91.2% (n= 353) ont répondu « oui ». Une minorité 8.8% (n= 34) ont répondu ne pas voir l'intérêt des thérapies complémentaires dans cette indication.

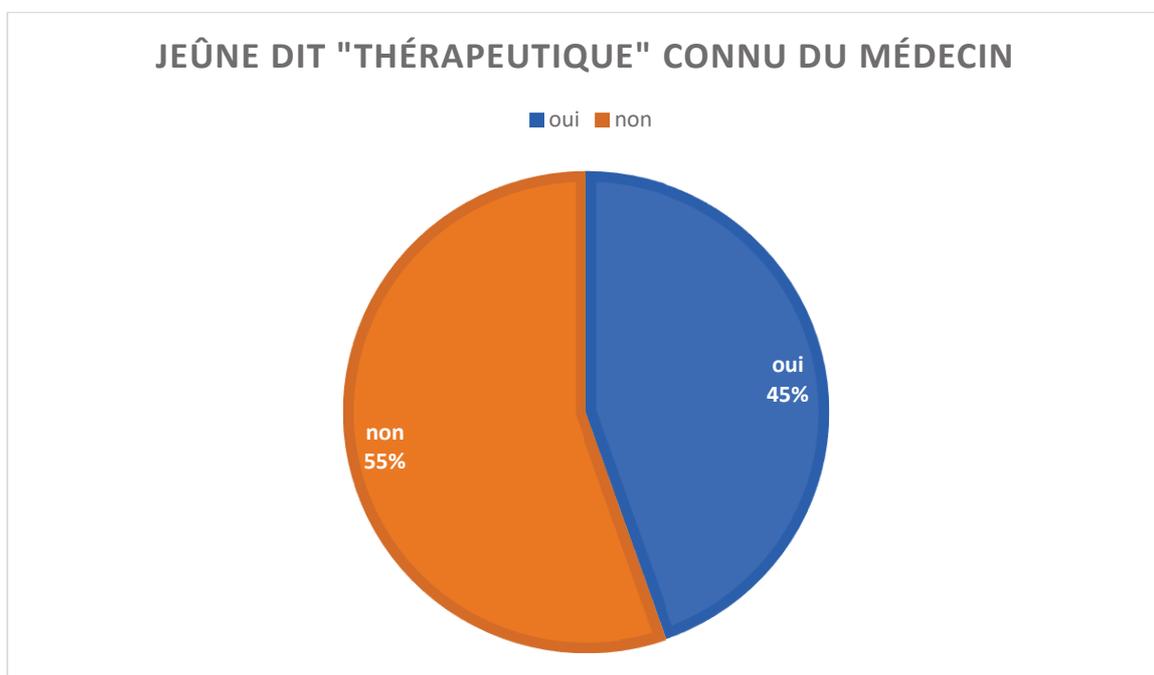


Une question complémentaire était attachée à cette question. Pour les répondants trouvant un intérêt aux thérapies complémentaires, il leur était demandé de citer les indications qui leur paraissaient adaptées. Les réponses libres ont été synthétisées dans un tableau présent en annexe (cf annexe 2). Les participants pouvaient donner plusieurs réponses.

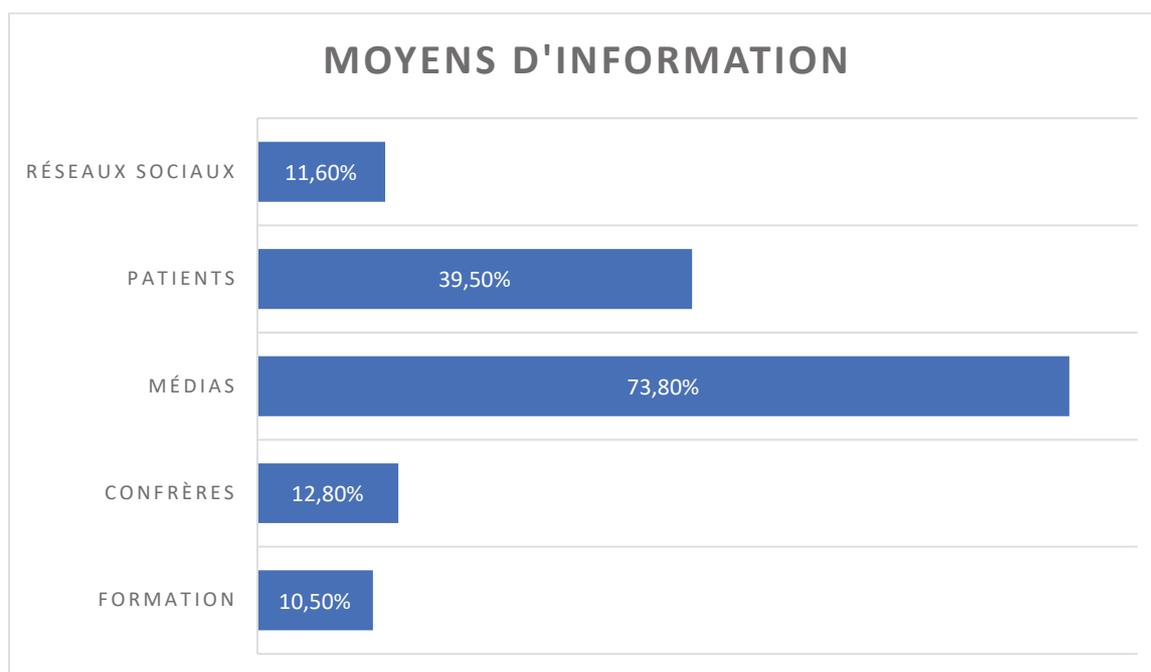
L'indication la plus fréquemment citée était la fibromyalgie, et plus globalement le domaine de la rhumatologie. Venaient ensuite la neurologie et les douleurs sans précisions.

4.3 Connaissances du jeûne

A la question, avez-vous déjà entendu parler du jeûne comme outil thérapeutique, 55.3% des participants ont répondu « non » ; seuls 44.7% des répondants connaissaient ce procédé.



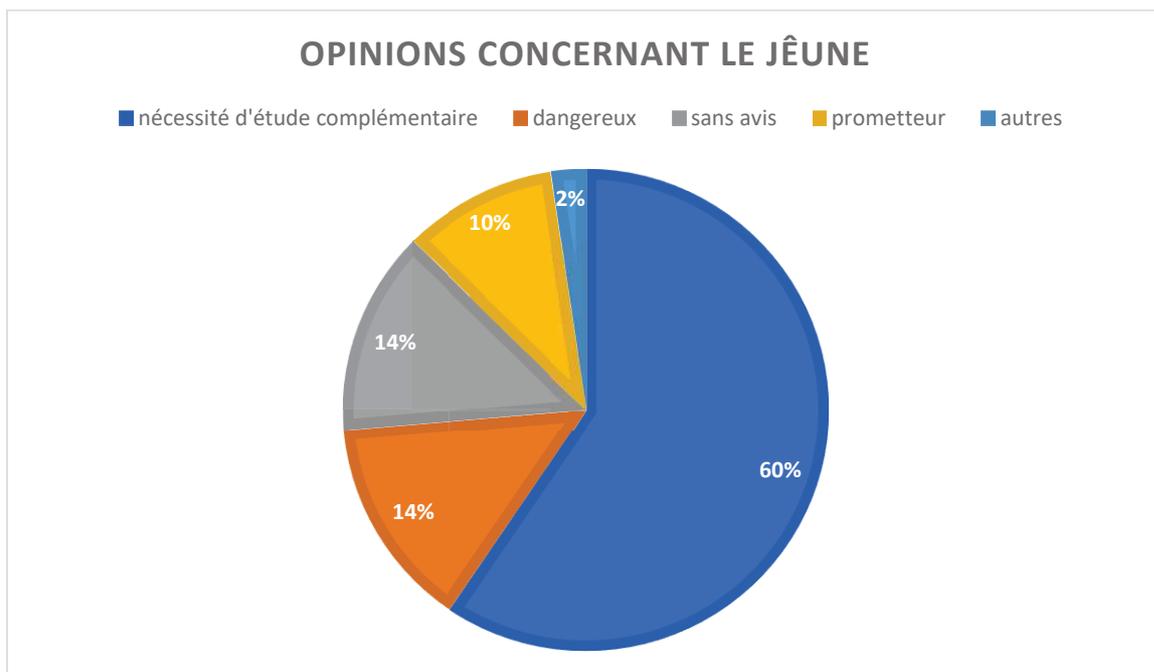
Les médecins informés à propos du jeûne (N=172) avaient plusieurs possibilités de réponses quant à leur moyen d'information. Les principaux moyens cités sont les médias (N=127) soit 73.8% des réponses. Vient ensuite les patients N=68 soit 39.5% des réponses choisies. Les confrères sont cités à 22 reprises soit 12.8% des réponses. 20 répondants ont également cité les réseaux sociaux soit 11.6% des réponses. Enfin la formation a été citée à 18 reprises soit 10.5% des réponses.



A la question, que vous évoque la prescription médicale du jeûne ? 59.4% des participants (N=230) déclarent le procédé intéressant mais nécessitant des études complémentaires. 14.2% (N=55) pensent le procédé inintéressant voire dangereux. 13.7% (N=53) ne se prononcent pas. 10.3% (N=40) trouvent le jeûne intéressant et prometteur. Enfin, 9 réponses « autres » sont citées dans le tableau ci-joint.

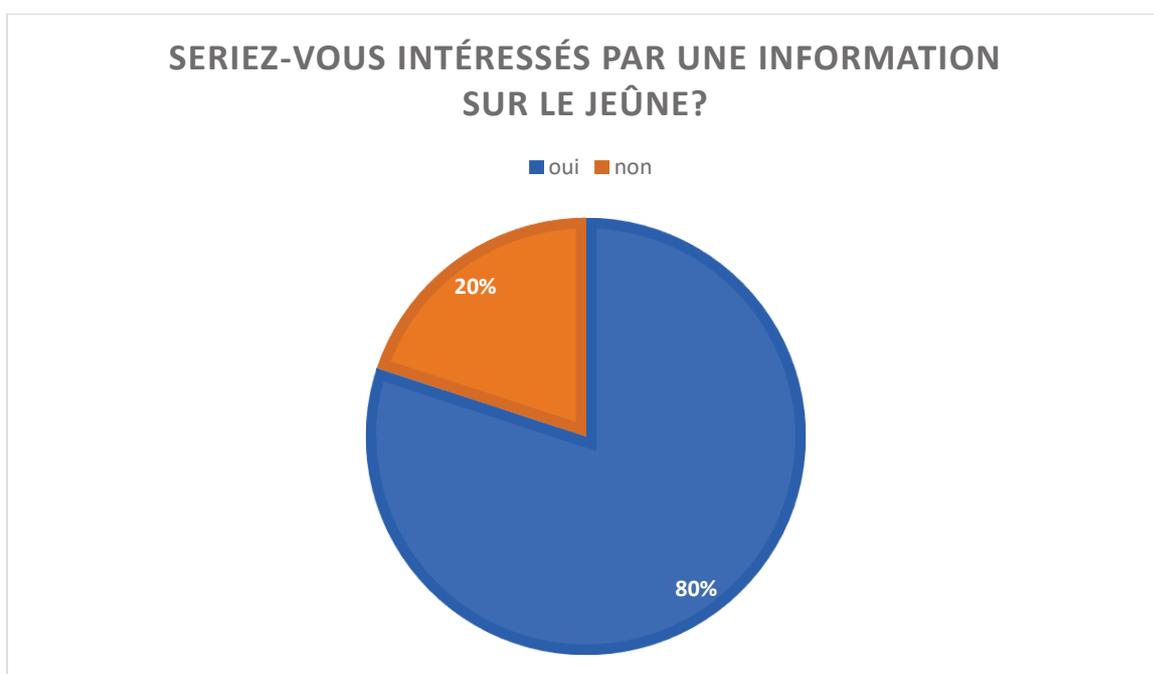
Que vous évoque la prescription du jeûne ?	9 réponses « autres »
Médicalisation excessive sociétale	1
Farfelu, bizarre	3
Impossible en libéral	1
Diète pendant gastro, c'est bien	1
Intéressant en fonction de l'adhésion du patient	1
Intéressant dans une approche globale	1
Tout dépend du type de patient	1

Tableau 4 : réponses classées "Autre" à la question, que vous évoque la prescription du jeûne?



Seriez-vous intéressés par une information sur le jeûne ?

80.1% (N=310) des participants à l'étude déclarent être intéressés par une information concernant le jeûne ; 19.9% (N=77) ne le sont pas.



A la question : si vous bénéficiiez d'une formation, seriez-vous prêts à recommander, proposer le jeûne à vos patients ? Les réponses se distribuent de la façon suivante. 34.1% (N=132) ne se prononcent pas. 20.4% (N=79) se disent plutôt prêts à le recommander. 18.9% (N=73) se déclarent plutôt opposés à cette prescription. 15% (N=58) se disent tout à fait prêts à recommander le jeûne. Enfin, 11.6% (45) des répondants déclarent n'être absolument pas prêts à recommander cette pratique.



Commentaires libres

96 commentaires libres ont été rédigés par les participants 24.8%. Les thèmes principaux des réponses ont été reportés dans le document disponible en annexe.

Les médecins interrogés ont repris en grande partie les réponses proposées dans la question sur leur opinion du jeûne.

31 commentaires insistaient sur la nécessité d'études sur le jeûne et l'évaluation de la balance bénéfice/risque.

10 commentaires pointaient le manque de preuves concernant le jeûne, voire le danger qu'il représente.

13 répondants exprimaient leur absence d'avis sur la question, souvent par inexpérience.

12 réponses indiquaient un intérêt pour le jeûne, dont 4 rapportaient avoir eu une expérience personnelle du jeûne.

7 réponses insistaient sur le caractère patient-dépendant du jeûne, qu'il ne pourrait pas être proposé à tous. 4 commentaires rappelaient la nécessité d'encadrement d'une telle pratique.

6 remarques portaient sur la méthodologie (du questionnaire et des études sur le jeûne).

193 participants souhaitent être informés de la suite du travail ; soit 49.8% des participants.

V Discussion

5.1 Discussion sur la méthode de l'étude : forces et limites du travail engagé

5.1.1 Forces du travail

Le questionnaire est court ce qui a facilité son remplissage et favorisé un nombre de répondants suffisant.

Originalité du sujet : les travaux francophones concernant le jeûne sont récents et sont pour la plupart des revues de la littérature (thèses d'exercice ou rapports de sociétés savantes) (30,43,44,44–46). Il n'y avait pas encore eu d'étude par questionnaire à ce sujet.

5.1.2 Limites du travail

Type d'étude : il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive ; donc de faible niveau de preuve, grade C d'après la HAS (Haute Autorité de Santé).(47)

Population : 387 médecins généralistes libéraux ont participé, soit 0.44% des médecins généralistes en exercice, d'après l'atlas démographique publié par le CNOM en 2018.(48) Ce qui est peu. Par ailleurs ce pourcentage est à discuter, étant donné que les participants visés étaient des médecins généralistes libéraux remplaçants ou installés. Or les chiffres du CNOM ne font pas la distinction entre exercice libéral et salarié, et n'incluent pas les remplaçants non thésés. Concernant le nombre de médecins généralistes libéraux, la CNAM recense 48 806 praticiens sur la France entière en 2017 (d'après le fichier AMOS Assurance Maladie Offre de Soins) (49). Ce chiffre n'inclut pas non plus les remplaçants de médecine générale non thésés.

En se basant sur ce dernier chiffre, on peut évaluer le taux de participation à 0.8% des MG libéraux.

Ce faible taux de répondants est en partie expliqué par le refus de diffusion du questionnaire.

De nombreuses instances ont refusé la diffusion de mon questionnaire pour plusieurs motifs.

Il s'agissait principalement de demandes trop nombreuses de ce type, par conséquent les CDOM et URPS privilégiant la diffusion de questionnaires issus des étudiants de leur zone géographique. Il nous a aussi été répondu que les CDOM ne disposaient pas de mailing-list, voire que cela ne serait pas en conformité avec la RGPD (Règlement général sur la protection des données). Nous avons également essuyé un refus en raison du thème même du travail, arguant qu'il s'agirait de faire la promotion de techniques non éprouvées. Nous y reviendrons plus loin dans la discussion.

Biais de sélection : la diffusion du questionnaire a été hétérogène. Par mailing-lists des CDOM ou personnelle, mise en ligne sur les sites du CDOM, envoi d'une newsletter.

L'échantillonnage est imprécis. Les répondants visés étaient les médecins généralistes libéraux, cependant vu les modalités de diffusion, il est possible que des médecins ayant une activité salariée aient pu répondre.

Par ailleurs, le questionnaire étant rempli sur la base du volontariat, les répondants étaient des personnes intéressées par le travail.

Biais lié aux questions ouvertes : l'exploitation des commentaires libres a été parfois ardue et subjective, du fait de leur nature même.

5.2 Discussion des résultats de l'étude

5.2.1 Population

59% de notre échantillon est féminin, cette proportion est beaucoup plus élevée que les chiffres nationaux. D'après l'atlas du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), les femmes représentent 48.2% des médecins généralistes en activité régulière.

Ce résultat peut aussi s'expliquer par la part importante de jeunes répondants. Les 25-35 ans représentent 26.6% de notre échantillon ; et les 35-45 ans, 24%. Or en France, les moins de 40 ans représentent 23% des MG en activité.(48)

La tendance est connue depuis maintenant plusieurs années, la profession médicale se féminise. Chez les moins de 40 ans, 60% des inscrits sont des femmes.

Les participants sont issus de 23 départements différents. Les départements les plus représentés sont l'Hérault, le Bas-Rhin, les Vosges et les Côtes-d'Armor. La part de Bas-Rhinois peut aisément s'expliquer par la participation des MSU et remplaçants qui ont été contactés. Les CDOM de l'Hérault et des Vosges ont le plus précocement accepté la diffusion de mon questionnaire. Par ailleurs, l'Hérault avait une mailing-list de 1018 médecins généralistes, ce qui peut aussi expliquer une telle participation en proportion.

La majeure partie des médecins interrogés pratique en secteur urbain ou semi-rural. Cela peut tenir aux caractéristiques d'installation des médecins des départements impliqués. Cette caractéristique géographique peut peut-être expliquer la diversité des réponses données dans la section « proposition thérapeutique », comme nous allons le voir plus loin.

5.2.2 Douleurs chroniques

Le motif de consultation « douleur chronique » est fréquent. 40% des médecins interrogés estiment qu'il constitue 10 à 20% de leurs consultations hebdomadaires. Nous avons précisé dans l'intitulé de la question « même si ce n'est pas le seul motif invoqué ». L'étude ECOGEN a en effet relevé qu'une consultation comporte en moyenne 2.6 motifs de recours.(50)

Comme attendu, les thérapeutiques les plus fréquemment proposées étaient les médicaments et la kinésithérapie. La prescription en est possible par le médecin généraliste et remboursée par les caisses de sécurité sociale. Le recours aux centres spécialisés dans la douleur arrive également en bonne place. La mention de la psychothérapie est logique lorsqu'on se rappelle les chiffres cités de prévalence de troubles anxio-dépressifs chez les patients douloureux chroniques. Il n'est pas certain que ceux-ci bénéficient effectivement d'une prise en charge psychologique spécialisée, du fait du coût qu'elle représente (non pris en charge par la sécurité sociale).

La grande diversité des approches proposées en commentaire libre est intéressante.

Cette diversité peut trouver son explication dans le type de territoire d'exercice des répondants. Il est en effet plus aisé de recourir à un acupuncteur ou à un ostéopathe « en ville » qu'en « campagne ».

Cette diversité s'explique aussi par la pléthore d'approches complémentaires existantes. A titre d'exemple, sur toute la France, 1017 omnipraticiens ont déclaré une activité de généraliste et d'acupuncture (49). 1132 ont déclaré une activité conjointe de généraliste et homéopathe. Début janvier 2019, le fichier ADELI comporte 31574 porteurs du titre d'ostéopathe.(51)

L'acupuncture et l'ostéopathie étaient donc parmi les approches complémentaires les plus citées, car parmi les plus disponibles. Par ailleurs l'homéopathie et l'acupuncture font partie des MEP médecine d'exercice particulier reconnues par le CNOM.

Parmi les réponses libres, les AC les plus fréquemment citées étaient les thérapeutiques non médicamenteuses validées, mieux connues sous le terme de « règles hygiéno-diététiques » RHD.

Celles-ci comprennent les interventions nutritionnelles et l'activité physique.

Cependant, l'homéopathie vient juste derrière ainsi que les approches psycho-corporelles (sophrologie, méditation, yoga). Ainsi les RHD semblent être bien intégrées comme des AC valides mais finalement tout autant que d'autres AC bien moins validées scientifiquement. Certaines de ces approches complémentaires sont enseignées en faculté et pratiquées en hospitalier.

Cette diversité d'AC peut expliquer la grande proportion de médecins interrogés qui disent trouver un intérêt aux AC dans les douleurs chroniques, plus de 90%.

Ce résultat peut aussi s'expliquer par l'insatisfaction relative ressentie par les MG dans leur prise en charge des douleurs chroniques. 65% des médecins interrogés se disent ni satisfaits, ni insatisfaits des prises en charge proposées à leurs patients douloureux chroniques. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes réalisée en 2014 (52) permet d'argumenter les difficultés rencontrées avec les patients douloureux chroniques. Les difficultés d'évaluation de la douleur liée à son caractère et à un manque de formation étaient mentionnées. L'observance incomplète des prescriptions antalgiques est aussi un problème récurrent. Les médecins interrogés exprimaient leur frustration face à ces situations leur apparaissant « insolubles » et au manque de communication avec les spécialistes contactés.

Nous avons ensuite interrogé les participants sur les indications pour lesquelles les AC pouvaient présenter un intérêt.

Les indications rhumatologiques étaient les plus fréquemment mentionnées, suivies par des indications neurologiques.

La recherche actuelle concernant les douleurs chroniques tend à montrer qu'il s'agit bien d'une entité à part entière qui ne peut être abordée dans sa globalité qu'avec un angle bio-psycho-social (7,10). Or les thérapeutiques validées actuellement proposées sont basées sur le modèle de l'EBM (Evidence Based Medicine), et ciblent souvent un substrat organique précis. Elles ne répondent donc que partiellement à la problématique posée. On comprend pourquoi celles-ci ne soulagent que partiellement ces douleurs. Les douleurs chroniques nécessitent une prise en charge globale du patient, prise en charge chronophage et difficile à l'heure actuelle par le médecin généraliste au vu de la demande en soins actuelle et de la tarification à l'acte. Ce type de stratégie (pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle) existe en CETD mais les listes d'attente sont longues.

Dans ce contexte, nous pouvons expliquer que les médecins citent les douleurs chroniques comme étant une indication d'intérêt des AC, devant l'impasse qu'elles rencontrent avec des thérapeutiques « standard ».

L'une des pathologies les plus nommées était la fibromyalgie. Cette entité nosologique représente un défi à la médecine actuelle tant par sa définition, sa physio-pathologie sous-jacente, que par les traitements proposés (53). La douleur chronique est le symptôme principal, mal soulagée par les thérapeutiques médicamenteuses. Cet échec est source de souffrance pour le patient, d'insatisfaction et de frustration pour le médecin (54). La

prévalence de la fibromyalgie est évaluée entre 1.4 et 2.2% de la population générale, ce qui peut expliquer qu'elle ait été si souvent mentionnée. (55)

5.2.3 Jeûne

Une courte majorité des médecins interrogés (55%) déclarent ne pas connaître le jeûne dit thérapeutique. Ce résultat influence les résultats des questions suivantes comme nous le verrons.

Les répondants familiers du concept, en ont majoritairement entendu parler via les médias. Dr Orioli montre bien dans sa thèse (44) l'intérêt grandissant du grand public et des différents médias pour le sujet depuis la diffusion du documentaire de Thierry de Lestrade et la publication du livre associé. Ce film documentaire détaille l'histoire du jeûne et les recherches sur le sujet, notamment les plus récentes de Valter Longo sur le cancer, qui ont fait couler beaucoup d'encre.

La deuxième source principale d'information était les patients, on ne peut nier leur intérêt pour ce sujet.

Concernant les opinions à propos du jeûne, 60% des participants pensent que le sujet nécessite des études ultérieures avant de conclure à un intérêt du jeûne. Le rapport sur le jeûne de 2014 de l'Inserm concluait que les études actuelles ne permettent pas d'affirmer un bénéfice quelconque du jeûne par faiblesse méthodologique.

L'EBM, la preuve par le concept, est une notion-clé dans notre formation médicale. C'est-à-dire que les thérapeutiques proposées aux patients sont issues d'une médecine « basée sur les preuves ». Autrement dit, les interventions proposées doivent être validées par des études en double-aveugle, comprenant des effectifs importants de patients, répartis de façon randomisée, de forte puissance statistique.

Or le jeûne par sa nature même, comme intervention non médicamenteuse (INM) ne peut être évalué dans ces canons. C'est ce que nous allons détailler plus avant.

La majorité des participants (80%) sont curieux et souhaiteraient une information à propos du jeûne dit thérapeutique. Des études futures sont d'autant plus nécessaires.

La dernière question du formulaire « Si vous étiez formés, seriez-vous prêts à recommander ce procédé, ou à le proposer à vos patients (en l'absence de contre-indication) ? » est volontairement provocatrice. Les réponses étaient forcément biaisées puisque même les répondants ignorant tout du jeûne devaient y répondre. Cependant une réponse neutre pouvait être choisie. C'était le cas pour un tiers des participants. Les deux derniers tiers se distribuaient entre des médecins plutôt opposés à cette recommandation et d'autres prêts à le prescrire.

En commentaire libre, de nombreux répondants mettaient l'accent sur le caractère encore à démontrer du jeûne, voire sur son caractère dangereux ou farfelu (cf Annexe 3).

Plusieurs AC sont proposées actuellement en formations en faculté et sont pratiquées par des professionnels de santé en libéral ou en hospitalier. Je pense notamment à l'acupuncture ou à l'hypnose. Elles ont toutes deux fait l'objet de rapports de l'Inserm sur leur efficacité. (56)
(57)

Or elles n'ont pas prouvé leur efficacité dans des études type « gold standard » (essai contrôlé randomisé versus placebo). Leur efficacité déclarée repose actuellement sur des observations et les effectifs des études ne sont pas toujours contrôlés. L'acupuncture a par exemple prouvé une efficacité versus non-intervention, dans des indications telles que les douleurs chroniques ou les nausées. Cet effet n'a pas été démontré vs « placebo » (piqûres aléatoires).

Ce qui pose la question : doit-on appliquer les mêmes méthodes d'évaluation pour toutes les options thérapeutiques ?

L'essai contrôlé randomisé est une méthode difficilement applicable à l'évaluation d'intervention non médicamenteuse. Or le type d'INM peut être très différent d'un patient à l'autre, même pour la même indication. La plupart des AC reposent sur une adaptation de leur intervention en fonction de chaque patient. Une randomisation de population serait donc très difficile.

On peut distinguer schématiquement, grossièrement les courants de recherche : baser des remèdes sur la compréhension de la physio-pathologie sous-jacente, afin d'identifier des cibles thérapeutiques. Développer ensuite des molécules visant ces cibles. Puis évaluer leur effet.

Il est aussi possible d'évaluer une intervention thérapeutique sur des critères observationnels, empiriques, sans forcément en comprendre le fonctionnement précis sous-jacent.

Doit-on systématiquement obtenir des résultats du premier procédé pour proposer une thérapeutique ou se satisfaire de la 2^{ème} option tant qu'il y a une balance bénéfice/risque satisfaisante ?

Je pense que les médecins doivent aujourd'hui pratiquer cette posture mentale épuisante mais nécessaire qui est le doute. Garder une attitude ouverte à la discussion sans cautionner tout et n'importe quoi, ni rejeter un concept car trop culturellement éloigné. Bref, adopter une attitude de scientifique sans se laisser biaiser par ses préjugés.

5.3 Limites du jeûne

5.3.1 Méthodologie des études sur le jeûne

Le « gold-standard » des études scientifiques pour l'évaluation de l'effet d'une intervention, est une étude contrôlée randomisée, multicentrique, pratiquée en double-aveugle, contre placebo. C'est la méthode qui permet d'obtenir le meilleur niveau de preuve.(47) Or les interventions non médicamenteuses sont difficiles à évaluer dans ce canon. Le jeûne en fait partie.

Les études sur le sujet comportent plusieurs biais que nous allons détailler.

Premièrement, les résultats encourageants obtenus sur des modèles animaux ne sont pas systématiquement transposables à l'humain même si les hypothèses sont séduisantes.

Mais ces résultats peuvent orienter les pistes de recherches futures.

De plus, la douleur étant un phénomène subjectif comme nous l'avons dit, son évaluation est tout aussi problématique et discutable chez l'animal.

Les études sur l'Homme manquent de puissance, elles comportent des cohortes d'effectifs réduits de patients.

Dans les travaux publiés à ce jour, le jeûne est rarement la seule intervention menée sur les sujets : y sont souvent adjoints de la kinésithérapie, des groupes de soutien, de la psychothérapie. Le jeûne n'étant pas la seule intervention, il existe un biais de confusion (à moins que l'étude ne comporte un bras contrôle).

Ensuite, ces études sont forcément menées en simple-aveugle, le patient ne pouvant ignorer qu'il jeûne ou non. De plus la randomisation est peu aisée, les patients tirés au sort peuvent

être plus ou moins motivés à jeûner, ce qui altèrera leur ressenti de l'intervention (en sous-estimant ou sur-estimant l'effet). Le nombre de perdus de vue peut être important.

Il existe plusieurs définitions et modalités du jeûne comme nous l'avons vu ; le jeûne pratiqué par les participants peut donc être différent selon les études, ce qui pose le problème de la reproductibilité et de la comparaison des résultats.

Le critère principal de jugement de ces études est souvent une « patient-based outcome measure », soit une évaluation faite par le patient lui-même, remis ensuite à l'évaluateur. En elle-même cette évaluation est forcément subjective. Cependant, si l'outil utilisé est correctement choisi en fonction de la pathologie étudiée, les résultats peuvent s'avérer pertinents. (58)

5.3.2 Dérives sectaires

Nous avons vu que nombre de Français recourent à des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT), cependant toutes ne comportent pas de dérives sectaires.

Il existe peu de chiffres précis concernant la pratique du jeûne en France. Le rapport du réseau NACRe (réseau National Alimentation Cancer Recherche) cite un nombre de jeûneurs estimés à 5000 par an dans notre pays. (59)

Je cite ici la Miviludes (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires) concernant les dérives sectaires : « La dérive thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée [...] Il y a un endoctrinement, une sujétion psychologique qui le conduit petit à petit à rompre avec la médecine, puis avec sa famille et son environnement. »

Des écoles de jeûne ou de mono-diète, prônant des déséquilibres alimentaires peuvent induire des dérives sectaires, nous citons les exemples suivants, répertoriés par la Miviludes.

(60)

Le respirianisme : pratique de jeûne total au bout d'un processus de 21 jours, au terme duquel il serait possible de se nourrir d'air et de lumière...

L'instinctothérapie : consommation exclusive d'aliments crus sélectionnés par leur odeur

Notons que de nombreuses dérives sectaires ciblent les patients atteints de cancer.

5.4 Perspectives

La nécessité de travaux scientifiques ultérieurs sur le jeûne est clairement apparue au cours de notre étude, et a déjà été soulignée par d'autres travaux. (61) Mais comment, au vu des limites méthodologiques des travaux actuels ?

Un rapport de la HAS ouvre des pistes quant aux études à venir : rapport sur le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.(62) Cet écrit rappelle la symbolique forte associée à la prescription médicamenteuse et la difficulté qui en découle de prescrire des INM, même validées scientifiquement. Ce rapport propose des pistes d'amélioration :

« Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par la production de données scientifiques sur l'efficacité comparative des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses par le biais de financements publics dans le cadre d'essais cliniques et en population réelle, au sein de laboratoires de recherche et de structures d'observation des pratiques.

Des travaux méthodologiques doivent être entrepris pour définir les standards de l'évaluation comparative des thérapeutiques non médicamenteuses. L'objectif est d'adapter les méthodes en fonction de la pluralité des approches et des options théoriques. »

Ce rapport est à rapprocher des conclusions du rapport de l'INSERM(3), qui préconise un travail méthodologique avant de pouvoir monter d'autres études sur le jeûne.

Dans une optique plus globale d'étude des AC, la création d'un Observatoire des Médecines Non Conventionnelles (OMNC) en 2014 à Nice, est une initiative intéressante (63). Affilié à la faculté de médecine de l'université de Nice Sophia Antipolis, celui-ci vise à promouvoir l'étude rigoureuse et indépendante de PNCVAT, ainsi que leur enseignement en faculté pour celles qui montreraient un intérêt.

Dans l'intérêt des patients, il serait souhaitable d'aller vers une médecine intégrative, c'est-à-dire combinant la médecine allopathique et approches complémentaires présentant des données probantes. La médecine intégrative se définit comme suit : « médecine axée sur la guérison, qui tient compte de la personne dans son ensemble (corps, esprit et âme), 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. »(64)

Cette alliance permettrait une prise en charge à la fois plus globale et personnalisée du patient. C'est une démarche souhaitée des patients, qui comme nous l'avons vu recourent déjà aux AC, sans pour autant dédaigner leur médecin traitant.

VI Conclusion

Les douleurs chroniques constituent un problème de santé publique, tant par le nombre de patients concernés, que par l'impasse thérapeutique qu'elles rencontrent.

Les médecins interrogés dans notre travail se montrent pour la plupart peu satisfaits des prises en charge proposées à leurs patients douloureux.

Notre étude a montré l'étendue de l'arsenal thérapeutique antalgique connu des médecins. Les procédés cités comprennent de nombreuses modalités de thérapies non médicamenteuses, et les approches complémentaires. Le jeûne appartient aujourd'hui à cette dernière catégorie.

Le jeûne est une pratique millénaire et plurielle. Il est retrouvé dans de nombreuses religions, mais faisait également partie de la pratique médicale antique et postérieure.

Le jeûne dit thérapeutique bénéficie dernièrement d'un regain d'intérêt, notamment dans la recherche médicale fondamentale sur le vieillissement et le cancer.

In vivo, il a aussi été étudié chez des patients souffrant de pathologies douloureuses chroniques ; comme la fibromyalgie ou la polyarthrite rhumatoïde.

Le jeûne, tel qu'il a été pratiqué dans les études citées, semble présenter un intérêt comme thérapie complémentaire pour les patients douloureux chroniques.

Les résultats empiriques et biologiques bien qu'encourageants, sont peu nombreux et souffrent de la méthodologie des études menées.

Plus de la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas le procédé du jeûne comme l'a montré notre travail. Pour les autres, ils ont été informés en majorité par les médias et

Internet. Beaucoup restent méfiants à l'égard de cette méthode et demandent des études complémentaires.

Des études ultérieures avec des méthodologies innovantes et rigoureuses seront donc nécessaires afin d'évaluer le réel apport thérapeutique et la faisabilité du jeûne comme traitement.

Notre avons constaté que les médecins interrogés sont dans leur majorité ouverts aux approches complémentaires.

La demande des patients pour une approche globale et personnalisée de leur santé est croissante. Cela en amène beaucoup à recourir aux AC, le plus souvent sans en informer leur médecin. Peu de chiffres sont disponibles concernant les jeûneurs français, mais cette pratique tend à se populariser, encadrée ou non.

Il me semble de notre devoir de médecins d'acquérir les connaissances sur ce procédé, afin de délivrer une information loyale, claire et appropriée à nos patients.

Il sera surtout important de pouvoir en parler de façon informée et dépassionnée.

Car, les patients qui le souhaitent recourront à ce procédé, quoi qu'en pense leur médecin.

VU

Strasbourg, le

04.08.2012

Le président du Jury de Thèse

Professeur Emmanuel ANDRES

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste de la médecine interne
Professeur d'Université - Médecin Hospitalier
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Clinique Médicale B
67 10 7456 5

VU et approuvé

Strasbourg, le 04 SEP, 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg



Professeur Jean Sibilia

VII Liste des abréviations et acronymes

AC : approches complémentaires

BDNF : brain derived neurotrophic factor

CETD : centre d'étude et de traitement de la douleur

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNRTL : centre national de ressources textuelles et lexicales

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EBM : evidence based medicine

FIQ : fibromyalgia impact questionnaire

HAS : haute autorité de santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IGF-I : Insulin Growth Factor 1

INM : Intervention non médicamenteuse

Miviludes : mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

OMNC : Observatoire des Médecines Non Conventionnelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNCVAT : pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique

RHD : règles hygiéno-diététiques

SFETD : société française d'étude et de traitement de la douleur

SNC : système nerveux central

URPS-ML : Union représentative des Professionnels de Santé – Médecins libéraux

VIII Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour, mon travail porte sur les modalités de prise en charge des douleurs chroniques par les médecins généralistes et leurs connaissances du jeûne. Les répondants visés sont des médecins généralistes installés, ayant une pratique libérale, et les remplaçants, thésés ou non, exerçant depuis plus d'un an.

Le questionnaire ne prendra que 5 minutes à remplir.

Si les conclusions de mon travail sont susceptibles de vous intéresser, vous pouvez laisser vos coordonnées courriel en fin de formulaire afin de recevoir les informations.

Merci pour votre participation!

- Caractéristiques des participants :
 - Age
 - Sexe
 - Département d'exercice
 - Milieu d'exercice

Partie Douleurs chroniques

- Nous allons maintenant nous intéresser aux modalités de traitement des douleurs chroniques. Pour rappel, la douleur chronique est définie comme une douleur évoluant depuis plus de 3 mois, présentant une réponse insuffisante aux traitements et induisant une détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles. (définition de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur)

La douleur chronique est un motif récurrent de consultation.

Combien de consultations se rattachant à ce motif estimez-vous réaliser par semaine ?

- Réponse par fourchettes chiffrées
- Que proposez-vous/prescrivez-vous comme modalités thérapeutiques ? Plusieurs réponses au choix
- Médicamenteuse
- Manuelle : kinésithérapie
- Ostéopathie
- Traitements locaux : infiltrations, mésothérapie
- Acupuncture
- Hypnose
- Psychothérapie
- Recours aux centres de référence de la douleur
- Autres : libre
- Avez-vous le sentiment d'apporter une réponse satisfaisante aux patients ?
- Proposition de réponse graduée à 5 points : absolument/plutôt oui/sans avis/plutôt non/pas du tout
- Pensez-vous que les thérapies complémentaires ont un intérêt dans la prise en charge des douleurs chroniques ? oui/non
- Si oui, dans quelles indications ? réponses libres

Partie Jeûne

Intéressons-nous maintenant à la notion de jeûne : au sens littéral du terme il s'agit de l'acte conscient de s'abstenir de nourriture. Nous nous intéressons ici à l'apport réduit en calories

sur une période donnée. En sont exclus les jeûnes stricts (ni eau ni nourriture), l'inédie et les grèves de la faim.

- Avez-vous déjà entendu parler du jeûne comme outil thérapeutique ? réponse binaire oui/non
- Si oui, par quel biais ? Plusieurs réponses au choix
Formation, médias, confrères, patients, réseaux sociaux
- Que vous évoque la prescription médicale du jeûne ?
 - Inintéressant voire dangereux
 - Intéressant mais cela nécessiterait des études complémentaires
 - Intéressant et prometteur
 - Autre
- Seriez-vous intéressé par une information sur le sujet ? oui/non
- Seriez-vous prêt à recommander ce procédé ou à le proposer à vos patients ? réponse graduée à 5 points comme précédemment
- Commentaires libres
- Proposition de laisser une adresse courriel pour suivre les résultats de mon travail, si souhaité.

Annexe 2 : réponses libres, indications d'intérêt des approches complémentaires

Rhumatologie N = 270	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéo-articulaire/ troubles musculosquelettiques n = 40 - FIBROMYALGIE n = 90 - Lombalgie n = 38 - Arthrose n = 34 - Rachialgies n = 15 - Cervicalgies n = 4 - Arthralgies n = 13 - Névralgie n = 2 - Névralgie cervico-brachiale n = 2 - Sciatique / sciatalgie n = 3 - Tendinopathies n = 5 - Pathologie de la coiffe/épaule n = 3 - Syndrome douloureux régional complexe n = 6 - Rhumatisme inflammatoire chronique n = 7 - Polyarthrite rhumatoïde n = 6 - Spondylarthropathie n = 1 - Lupus n = 1
Neurologie N = 64	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs neuropathiques n = 34 - Céphalées n = 21 dont migraines 11 ; céphalées de tension 8 ; algie vasculaire de la face 1 ; névralgie du trijumeau 1 - « neurologie » n = 3 - Douleurs de désafférentation n = 2 - Douleurs post-zostériennes n = 2 - Sclérose en plaques n = 1 - Trouble neuro-dégénératif n = 1
« toutes » N = 88	<ul style="list-style-type: none"> - Toute douleur chronique n = 45, dont 7 « douleur rebelle aux traitements habituels bien conduits » - Toute indication n = 35, dont 6 « en complément » - Toute douleur n = 8
Oncologie N = 24	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur cancéreuse n = 24
Psychiatrie N = 33	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome dépressif n = 11 - Troubles psychosomatiques n = 11 - Trouble anxieux n = 3 - Douleur fonctionnelle n = 3 - Retentissement psychologique n = 3 - « psychiatrie » n = 1 - Prise en charge psycho-sociale n = 1
Addictologie N = 2	<ul style="list-style-type: none"> - Sevrage aux opiacés n = 1 - Sevrage tabagique n = 1
Pathologie abdominale N = 21	<ul style="list-style-type: none"> - Colopathie fonctionnelle n = 10 - « digestif » n = 8 - Maladie inflammatoire chronique intestinale n = 1 - Endométriose n = 1 - Cystite interstitielle n = 1

iatrogénie N = 4	<ul style="list-style-type: none">- Séquelles post-chirurgicales n = 3- Effet secondaire d'un traitement n = 1
Soins palliatifs	N = 1
Autres N = 9	<ul style="list-style-type: none">- Pathologie inflammatoire n = 7- Douleur artérioveineuse n = 1- Trouble métabolique n = 1

Annexe 3 : Commentaires libres classés par thèmes

Opinion du jeûne dubitative, ou vu comme un danger

- J'ai entendu dire que les résultats prometteurs avaient finalement été désavoués
- Il ne me semble pas avoir prouvé un rapport bénéfice risque favorable pour l'instant
- Pas de recul donc pas d'intérêt actuel
- La médecine n'est pas, heureusement, toute puissante, l'accepter ne justifie pas tout et n'importe quoi... Les effets placebo existent un peu partout... et les dérives sectaires ne sont jamais loin...
- Les études sérieuses sont encore insuffisantes et le jeûne n'est pas encore assez bien admis en France (contrairement à l'Allemagne) pour pouvoir le proposer de manière sérieuse aux patients.
- Présenté comme ça, sans aucune info ni support scientifique ça a l'air d'une blague... il faudrait déjà avoir des infos plus précises avant de pouvoir répondre aux questions concernant ce qu'on en pense et si on envisagerait de la proposer... Une telle méthode demande d'être soi-même vraiment convaincu avant d'envisager de le proposer à des patients et de les convaincre d'adhérer à 1 projet qui leur demandera des sacrifices et des modifications radicales
- Pour l'instant les études que j'ai lues sur le sujet ne sont pas probantes et montrent même un certain danger.
- Aucune étude n'a prouvé l'efficacité du jeûne thérapeutique et surtout n'en a défini les modalités. Il semblerait qu'un jeûne quotidien de 12h serait éventuellement intéressant dans la régulation de l'inflammation et qu'un jeûne plus long n'a jamais

montré de bénéfice. Par ailleurs ces techniques sont préconisées par des charlatans dangereux.

- Pas sûr qu'une fois formé je mette en pratique.
 - L'adhérence à ce procédé risque d'être difficile. Nécessité d'informer le patient ++.
- Charlatanisme; aucun intérêt démontré dans les études sérieuses

Remarques sur la méthodologie

- J'ai mis 3 à cette dernière question mais inapproprié. Je ne peux pas répondre à ça sans information de la pratique et ses résultats. Et je ne peux pas valider le questionnaire sans répondre à la question...
- Les échelles de Likert à 5 niveaux encouragent les réponses médianes ; inintéressant, voire dangereux => 2 réponses différentes sur 1 seule case à cocher
- Ce sera difficile de faire des études en double aveugle ! Je m'intéresse aussi aux soins par l'alimentation type Kousmine. Par ailleurs, j'ai entendu parler du jeûne pour "booster" l'efficacité des chimio anticancéreuses.
- Comment répondre ci-dessus tant qu'on ne sait pas quelle est la base scientifique ?
- C'est tout comme questions ?
- Question biaisée. Si j'étais formée, je pourrais savoir si le jeûne a un intérêt, et donc le recommander ou non. Par exemple, mon DU d'homéopathie m'a amenée à ... ne pas en prescrire, en connaissance de cause.

Intérêt pour le jeûne

- En période de ramadan nous constatons moins de plainte algique
- Le jeûne a très probablement des effets bénéfiques ; sa mise en place fera appel à une adhésion importante du patient

- Les jeûnes de 24 heures ont, je crois, déjà fait la preuve de leur efficacité, dans la prise en charge des maladies métaboliques.
- Je pense que cela doit aider par contre une volonté de fer pour le réaliser
- C'est un sujet innovant dans le domaine de la prise en charge des douleurs qui ouvrent une autre perspective. Une alternative intéressante.
- Une proposition thérapeutique de 3ème ou 4ème ligne, mais pourquoi pas. À mon avis cette proposition est surtout spécialisée : consultation douleur.
- Je cherche des informations ou des centres de référence depuis plusieurs années, mais ça paraît très peu développé en France.
- J'ai vu un reportage sur Arte qui m'avait bcp intéressée il y a qq années : sur des "cliniques du jeûne", en Allemagne je crois. Je me souviens de la prise en charge de l'arthrose notamment par le jeûne.

Expérience du jeûne

- J'utilise déjà le jeûne pour moi et pour certains patients à visée métabolique
- Je jeûne moi-même (3 expériences, 5 à 7 jours) pour expérimenter et me former ainsi
- Je suis formé et connais bien le sujet. Mais il très difficile de changer la culture de la nourriture de la gastronomie de l'abondance ; la quantité la qualité la fréquence la variété des aliments sont promesses de santé. La frugalité la simplicité la modestie dans le manger ne sont pas des valeurs cultivées dans notre société d'abondance et de richesses je vois assez mal un espace matériel (type restaurant ou nous pourrions jeûner) au cœur d'un supermarché. La décroissance n'est pas encore à la mode mais vous avez raison il faut innover et avancer

- J'ai moi-même testé un jeûne de 5 jours pour me faire une idée et ai été très surprise positivement, je conseille facilement les jeûnes courts : allonger période de jeûne soir nuit matin et éventuellement une journée par semaine...

Pas d'avis, ne connaît pas

- Jamais entendu parler ou lu qqch à ce sujet concernant des indications médicales !
Entendu pour faire un Wash out dans cadre régime dissocié ou à tendance écolo, vegan
- Je ne connais pas. Difficile de répondre ...
- Difficile de se faire un avis avant d'être formé. Expériences de personnes qui pratiquent le jeûne par leur propre volonté mais pas sur prescription médicale
- Vous partez du principe que c'est peut-être bénéfique, mais moi je ne sais pas
- Je ne peux me prononcer sans être informée sur cette pratique
- Je ne sais pas. N'ayant aucune idée des protocoles, des contre-indications et des indications, je n'ai pas d'opinion précise.
- La réponse définitive mérite réflexion
- Je ne pourrai répondre à la question précédente qu'après avoir été (in)formée
- Je ne connais pas du tout cette thérapeutique
- Ne sait pas - pas physiologique
- Difficile de se prononcer comme je ne connais pas ce sujet
- Pas de connaissance et pas d'avis actuellement
- Difficile de répondre sur un sujet totalement inconnu

Pratique patient-dépendante

- Avec l'accord du patient
- Cela dépend beaucoup des patients

- Quelles sont les indications/contre-indications - les EI potentiels me semblent limiter assez fortement le champ des patients à qui je pourrais évoquer voire proposer une telle thérapeutique.
- Il faut savoir à qui on s'adresse
- Oui mais en fonction du patient, si on est sûr qu'il soit suffisamment appliqué pour qu'il ne se trompe pas sur les modalités et que cela ne devienne pas dangereux pour lui.
- Ne pourrait être proposé à tous les patients, la compréhension de l'indication étant nécessaire voire indispensable
- Je ne propose pas à priori mais j'accompagne si le patient est engagé

Encadrement nécessaire

- Cette pratique nécessite un bon encadrement
- à encadrer strictement
- Il faudrait une sensibilisation médiatique diffuse, car les patients prendront leur médecin pour un marginal, et n'écouteront pas vraiment
- à condition d'avoir des professionnels dans le secteur l'encadrant correctement

Avis réservé selon les études sur le sujet

- Il est difficile de répondre à cette question sans connaître le résultat des études... mais à priori toute alternative a une prise médicamenteuse m'intéresse.
- Il faudrait des preuves scientifiques d'efficacité et un rapport bénéfice risque favorable
- Sous réserve d'argumentations scientifiques valables...
- à voir selon l'intérêt que l'on peut en attendre

- Je le recommanderais s'il a prouvé son efficacité et qu'il est sans danger. Je suis hypnothérapeute en plus d'être médecin généraliste donc peut-être plus ouverte sur les possibilités paramédicales
- J'attends d'avoir des preuves sur les "bienfaits" du jeûne
- Après études fiables et prolongées.
- A voir, en fonction de la validation scientifique de cet outil
- Oui si intérêt démontré
- Sans connaître cette pratique il est difficile de répondre à cette question. J'aimerais voir les études faites sur le sujet
- Je n'ai pas eu l'occasion de lire d'études scientifiques sur le sujet du jeûne thérapeutique, mais à suivre...
- En attente d'étude d'évaluation
- Si des indications sont posées par l'HAS, avec protocoles bien définis.
- Tout dépend de l'évaluation scientifique d'une telle prise en charge
- Oui si efficacité prouvée et non dangereux
- Tout dépend de si un bénéfice est prouvé et de l'évaluation des risques pour un patient donné
- À condition d'avoir des preuves rationnelles d'efficacité
- Si efficacité confirmée par étude scientifique
- Je le prescrirai si je vois des études qui montrent une efficacité. Il est difficile de faire prendre des risques avec les patients en jeûnant, et de leur faire perdre du poids. Reste à voir les indications.
- Cela dépendra des résultats des études car j'ai lu qu'en oncologie il n'y avait pas d'avantage

- si, à l'issue de cette formation, l'utilité et les indications me paraissent confirmées et scientifiquement établies.
- Uniquement Si l'efficacité est prouvée
- Si des études confirment l'efficacité et dans des cas précis.
- Avec une information éclairée loyale et étayée scientifiquement
- Cela dépend des études sur le sujet
- Si sérieux des études + possibilité de pratiquer sans perdre trop de temps de consultation oui pourquoi pas
- Tout dépend des résultats des études bénéfices effets indésirables
- Si et seulement si les études ont prouvé une efficacité
- Selon l'information reçue
- Pourquoi pas, si le résultat des études est probant
- Le jeûne en tant que thérapie est assez bluffant...en attendant plus de recul et d'études.

Autres

- La douleur chronique doit être prise en charge par un psychothérapeute. C'est le point le plus important et le plus négligé. Dommage
- Découvert via une émission d'Arte, très intéressante
- Régime cétogène dans l'obésité rebelle, l'épilepsie résistante ou la maladie d'Alzheimer
- Sujet intéressant
- L'information à savoir qui biaise mes réponses : je me renseigne beaucoup sur le jeûne et compte tenter prochainement l'expérience à titre personnel ... Autre info quand je

dis que je propose "acupuncture, hypnose, psychothérapie" ce n'est pas moi qui y suis formée mais c'est une piste que "j'ouvre", si les patients sont tentés je les y encourage, sinon je n'insiste pas.

- C'est pas dans la douleur chronique que je le prescrirai en 1er !
- Beaucoup de travail déjà en tant que généraliste de campagne donc peur que cela soit trop chronophage
- Je le fais déjà c'est aux patients de trouver un lieu pour le faire
- Jean Patrick chauvin, médecin des actes propose des séjours jeûnes accompagnés
- Une prescription de jeûne doit s'intégrer dans une importante diffusion de l'information notamment par les médias, pour être bien acceptée et suivie
- Si les patients commençaient déjà par manger "normalement"
- Je veux bien découvrir
- qu'est-ce que l'inédie??? est-ce de l'inédit ? quel dommage de ne pas faire appel aux expériences intéressantes en Allemagne et en Russie, aux USA aussi

IX Bibliographie

1. De Lestrade T. Le jeûne : une nouvelle thérapie? Arte; 2011.
2. Longo VD, Mattson MP. Fasting: Molecular Mechanisms and Clinical Applications. *Cell Metab.* 4 févr 2014;19(2):181-92.
3. Gueguen J, Dufaure I, Barry C, Falissard B. évaluation de l'efficacité de la pratique du jeûne comme pratique à visée préventive ou thérapeutique. Paris: Inserm; 2014 janv.
4. Les lieux de stages de la FFJR [Internet]. Fédération française de Jeûne et Randonnée. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ffjr.com/liste-des-lieux/>
5. Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. /data/revues/16245687/v15i3/S1624568714000717/ [Internet]. 13 juin 2014 [cité 20 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/901707>
6. SFETD. Livre blanc de la douleur 2017. État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. livre_blanc-2017-10-24.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf
7. Yang S, Chang MC. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci.* 26 juin 2019;20(13):3130.
8. Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosom Med.* avr 2015;77(3):333-41.
9. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 juin 2014;15(3):98-105.
10. Simonnet G, Laurent B, Le Breton D. L'Homme douloureux. Odile Jacob; 2018.
11. DREES. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. esp2011_41_douleurs_obj32.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_41_douleurs_obj32.pdf
12. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé Paris : HAS, décembre 2008. douleur_chronique_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
13. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain Lond Engl.* mai 2006;10(4):287-333.

14. Chenaf C, Delorme J, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prevalence of chronic pain with or without neuropathic characteristics in France using the capture-recapture method: a population-based study. *Pain*. nov 2018;159(11):2394-402.
15. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. févr 2010;24(1):101-8.
16. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament; 2014 juin.
17. Fatio MM. Pain management program une nouvelle référence pour la médecine physique réadaptation. /data/revues/16245687/v17i2/S1624568716300397/ [Internet]. 5 mai 2016 [cité 15 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1052661>
18. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. MEDECINE : Définition de MEDECINE [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/medecine>
19. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. SCIENCE : Définition de SCIENCE [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/science>
20. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Médecines complémentaires à l'AP-HP. mars 2012 Rapport-Méd-Compl-à-lAP-HP.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://pitieusalpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/134/files/2014/04/Rapport-M%C3%A9d-Compl-%C3%A0-lAP-HP.pdf>
21. Roudier A. Recours aux approches complémentaires en médecine: revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
22. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update: CAM use by general population. *Int J Clin Pract*. oct 2012;66(10):924-39.
23. Ait M'Hammed M. Les médecines « douces », des thérapeutiques en plein essor: évaluation du recours aux médecines « douces » en médecine générale, dans le département de l'Oise, Picardie. 2013.
24. Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon: étude quantitative auprès de patients et de médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
25. Girard C, Bolot A-L, Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie. La place des médecines complémentaires et alternatives dans la prise en charge de la douleur chronique. 2016.
26. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Dubouisset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.

27. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. JEÛNE : Définition de JEÛNE [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/je%C3%BBne>
28. Michalsen A. Prolonged Fasting as a Method of Mood Enhancement in Chronic Pain Syndromes: A Review of Clinical Evidence and Mechanisms. *Curr Pain Headache Rep.* avr 2010;14(2):80-7.
29. Cardenas D. La nutrition en médecine: approche épistémologique, problèmes éthiques et cas cliniques. Université de Franche-Comté. 2016
30. Lemar J. L'appellation "jeûne thérapeutique" est-elle fondée ou usurpée ? : éléments de réponse d'après une revue de bibliographie chez l'animal et chez l'homme. [Faculté de Médecine Grenoble]: Joseph Fourier Grenoble; 2011.
31. Wilhelmi de Toledo F. L'art de jeûner. Editions Jouvence; 2015.
32. Noyé J-C. Le grand livre du jeûne. Paris: Albin Michel; 2007. 349 p.
33. Kerndt PR, Naughton JL, Driscoll CE, Loxterkamp DA. Fasting: The History, Pathophysiology and Complications. *West J Med.* nov 1982;137(5):379-99.
34. Cahill GF. Starvation in man. *Clin Endocrinol Metab.* juill 1976;5(2):397-415.
35. Cahill GF. Starvation in Man. *N Engl J Med.* 19 mars 1970;282(12):668-75.
36. Mottet C, Sierro S. Symposium de Gastro-entérologie. Lausanne, février 2016. Y a-t-il des effets bénéfiques à faire un jeûne? - [glg_symposium_gastro-enterologiemici_fev2016_mottet.pdf](http://www.chuv.ch/gastro-hepato/glg_symposium_gastro-enterologiemici_fev2016_mottet.pdf) [Internet]. [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: http://www.chuv.ch/gastro-hepato/glg_symposium_gastro-enterologiemici_fev2016_mottet.pdf
37. De los Santos-Arteaga M, Sierra-Domínguez SA, Fontanella GH, Delgado-García JM, Carrión AM. Analgesia induced by dietary restriction is mediated by the kappa-opioid system. *J Neurosci Off J Soc Neurosci.* 3 déc 2003;23(35):11120-6.
38. Hargraves WA, Hentall ID. Analgesic effects of dietary caloric restriction in adult mice. *Pain.* avr 2005;114(3):455-61.
39. Kjeldsen-Kragh J, Borchgrevink CF, Laerum E, Haugen M, Eek M, Frre O, et al. Controlled trial of fasting and one-year vegetarian diet in rheumatoid arthritis. *The Lancet.* oct 1991;338(8772):899-902.
40. Michalsen A, Li C, Kaiser K, Lüdtke R, Meier L, Stange R, et al. In-Patient Treatment of Fibromyalgia: A Controlled Nonrandomized Comparison of Conventional Medicine versus Integrative Medicine including Fasting Therapy. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM.* 2013;2013:908610.
41. Fond G, Macgregor A, Leboyer M, Michalsen A. Fasting in mood disorders: neurobiology and effectiveness. A review of the literature. *Psychiatry Res.* janv 2013;209(3):253-8.

42. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
43. Kizilian P. Le jeûne thérapeutique, une nouvelle thérapie ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
44. Orioli C. Perspectives de l'utilisation d'un jeûne intermittent préventif dans l'avènement des pathologies chroniques rencontrées au cabinet du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
45. Popot L, Chevalier S. Quelle réponse le médecin généraliste peut-il apporter aux patients sur l'intérêt d'un jeûne court avant une chimiothérapie antinéoplasique? Revue systématique de la littérature [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1829/>
46. Lacaille M. Le jeûne: une nouvelle voie thérapeutique [Thèse d'exercice]. [2015, France]: Université de Montpellier. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques; 2017.
47. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuves et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux. Paris : HAS; Avril 2013 [etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf) [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
48. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Synthèse de l'activité régulière. [cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf) [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
49. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Mode d'exercice des médecins 2017. CNAM; 2017. fichier excel disponible au téléchargement sur <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/mode-d-exercice.php>
50. Letrilliart. ECOGEN : Etude des Eléments de CONsultation en médecine GENérale. 2014. (114):148-57.
51. Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes Exclusifs. Expertise judiciaire, Ostéopathie et Démographie janvier 2019 | CEJOE [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://cejoe.org/demographie-janvier-2019/>
52. Bourdin B. Difficultés de prise en charge des patients douloureux chroniques par les médecins généralistes: étude qualitative auprès de médecins du Loir-et-Cher et de l'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014.
53. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. JAMA. 16 avr 2014;311(15):1547-55.
54. Lafargue D. Les représentations et la prise en charge des patients atteints de fibromyalgie en médecine générale. 3 oct 2017 [cité 15 sept 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01779528>

55. Haute Autorité de Santé. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation. Paris : HAS, juillet 2010. [syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf) [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
56. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. :213.
57. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. :212.
58. Fitzpatrick, Davey, Buxton, Jones. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* [Internet]. 1998 [cité 24 sept 2019];2(14). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta2140>
59. Institut National de Recherche Agronomique. Rapport du réseau National Alimentation Cancer Recherche NACRe. Jeûne, régimes restrictifs et cancer : revue systématique des données scientifiques et analyse socio-anthropologique sur la place du jeûne en France. [Rapport+NACRe-Jeune-regimes-restrictifs-cancer_2017_2018.02.06.pdf](https://www6.inra.fr/nacre/content/download/5448/46454/version/4/file/Rapport+NACRe-Jeune-regimes-restrictifs-cancer_2017_2018.02.06.pdf) [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: https://www6.inra.fr/nacre/content/download/5448/46454/version/4/file/Rapport+NACRe-Jeune-regimes-restrictifs-cancer_2017_2018.02.06.pdf
60. Miviludes mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Quelles sont les méthodes les plus répandues ? | Miviludes [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/les-d%C3%A9rives-sectaires-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9/quell>
61. Horne BD, Muhlestein JB, Anderson JL. Health effects of intermittent fasting: hormesis or harm? A systematic review. *Am J Clin Nutr*. 8 janv 2015;102(2):464-70.
62. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Rapport d'orientation. Paris : HAS, avril 2011. [developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf) [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
63. Observatoire des Médecines Non Conventionnelles. Accueil [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <http://omnc.unice.fr/>
64. Willms L, St-Pierre-Hansen N. S'harmoniser. *Can Fam Physician*. août 2008;54(8):1093-5.

X Résumé

Introduction : les douleurs chroniques sont fréquemment rencontrées en soins primaires. Leur prise en charge peut être difficile. Le recours aux approches complémentaires dans ce contexte est fréquent. Le jeûne dit thérapeutique connaît un regain de popularité, y compris dans cette indication. Cependant, est-ce efficace ? Ce procédé est-il connu des médecins ? L'objectif de notre étude est de présenter les pratiques actuelles des médecins généralistes dans les douleurs chroniques, d'une part. D'autre part, d'évaluer leurs connaissances du jeûne.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude descriptive prospective, avec un recueil de données effectué sur 3 mois. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne. Le questionnaire est adressé aux médecins généralistes remplaçants et installés. Il a été diffusé via les CDOM et aux MSU d'Alsace.

Résultats : 387 médecins généralistes ont répondu, de 23 départements différents. 40.3% des répondants estiment que 10 à 20% de leurs consultations hebdomadaires se rattachent au motif douleurs chroniques. 65.4% des participants déclaraient n'être ni satisfaits ni insatisfaits de la prise en charge des douleurs chroniques proposée à leurs patients. 91.2% des médecins interrogés déclarent voir un intérêt des thérapies complémentaires dans l'indication des douleurs chroniques. Seulement 44.7% des répondants connaissaient le jeûne dit thérapeutique. Parmi eux, le moyen d'information principal étaient les médias grand public. 60% des participants sont dubitatifs face à ce procédé et considèrent qu'il nécessite des études complémentaires. 80.1% se disent intéressés par une formation sur le sujet.

Conclusion : la prise en charge des patients douloureux chroniques est insatisfaisante. L'étude montre que les approches complémentaires sont déjà proposées par les médecins et qu'ils n'y sont pas opposés. Le jeûne, d'après la littérature récente, semble montrer des résultats d'intérêt dans certaines indications. Il est peu connu des médecins d'après notre travail. Les études et les résultats probants manquent afin de pouvoir affirmer l'intérêt de cette pratique actuellement. Elles seront pourtant nécessaires, étant donné que des patients y auront recours, quoi qu'en pense leur médecin traitant.

Rubrique de classement : thèse de médecine générale

Mots-clés : douleurs chronique, jeûne, médecins généralistes, approches complémentaires

Président de Jury : Professeur Emmanuel Andres

Assesseurs : Professeur Nathalie Jeandidier

Professeur Eric Salvat

Docteur Christelle Sordet

Adresse de l'auteur : astrid.marianne.morel@gmail.com

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : MORELPrénom : ASTRID

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que
j'encours en cas de déclaration erronée ou
incomplète -*

Signature originale :

A Strasbourg, le 4/09/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.