

REDUCTION DES TRAITEMENTS PER OS PAR L'APPORT DE MESOTHERAPIE ANTALGIQUE AU CABINET DU MEDECIN GENERALISTE

Dr Elen Elizabeth LALLEMAND

MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Justification et objectifs de l'étude:

Aujourd'hui, la mésothérapie est une thérapeutique alternative antalgique fréquemment utilisée dans la pratique quotidienne au cabinet de Médecine Générale particulièrement pour les pathologies ostéo-articulaires et en traumatologie du sport.

On constate que la mésothérapie a permis d'éviter les effets indésirables secondaires d'une prise trop fréquente d'AINS et de cortisone. Certains médecins ont même trouvé que la mésothérapie a de meilleurs résultats que la prescription de traitements par voie orale avec une tolérance excellente et un moindre coût. Pourtant il n'est pas si évident que la mésothérapie diminue les prescriptions d'antalgiques per os puisqu'aucune étude n'a permis de le démontrer de manière significative, en particulier aux cabinets des médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude est de montrer que les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie ont réduit leurs prescriptions d'antalgiques per os par rapport à un groupe témoin de médecins généralistes non mésothérapeutes, pour le traitement de pathologies identiques. Nous souhaitons observer les pratiques des mésothérapeutes i.e. leur mode de prescription et leur efficacité sur la douleur puis les comparer aux non mésothérapeutes. Dans un second temps, il s'agit d'évaluer, du point de vue des patients, la prescription reçue, l'éventuelle automédication et l'efficacité du traitement en termes de douleur et de satisfaction globale. La comparaison de l'interprétation des résultats obtenus par la mésothérapie, entre les médecins généralistes mésothérapeutes et les patients, permettra de révéler toute discordance sur l'appréciation de l'efficacité des traitements.

Il s'agit d'une étude prospective, comparative, en intention de traiter, contrôlée qui repose sur trois questionnaires d'opinion. Cette méthode d'évaluation est considérée comme simple d'utilisation et rapide à remplir à la fois par les trois populations concernées.

L'étude s'est déroulée de novembre 2009 à février 2010, elle a été menée à Paris lors du 7ème Congrès de la Société Française de Mésothérapie – SFM –, à Reims et en Champagne-Ardenne.

- Trois populations étudiées.

Avec l'accord du Président de la SFM, Monsieur le Docteur Laurens, nous avons démarché les médecins généralistes mésothérapeutes, membres ou non de la Société Française de Mésothérapie, présents lors du 7^{ème} congrès national de la SFM. Nous avons profité de ce rassemblement, réunissant un grand nombre de mésothérapeutes français, qui nous a facilité la collecte des questionnaires. Ce congrès, fort de 150 participants, nous a permis de recueillir 73 réponses.

Le groupe témoin, en simple aveugle, est constitué de médecins généralistes non mésothérapeutes, exerçant en Champagne-Ardenne. Pour obtenir un maximum de réponses rapidement avec un moindre coût, l'option d'envoyer le questionnaire par courrier n'a pas été retenue. Nous avons donc réalisé un site internet permettant de le remplir en ligne sur le site suivant <http://somonlaurent.perso.sfr.fr/>. Suite au refus du Conseil de l'Ordre, nous avons donc demandé aux différentes FMC de Champagne (FEDARFORMEC, Union Aubeoise de FMC, FMC Sud-Marne et autres) d'envoyer le lien aux mailing lists. Ainsi environ 400 médecins ont été contactés sur leur boîte mail. Seuls 36 questionnaires ont été remplis. Le faible taux de participation est expliqué par la méthode employée et la période durant laquelle s'est déroulée l'étude.

Le dernier groupe est composé de patients soignés par la mésothérapie. Un cabinet rémois de médecine générale composé de quatre médecins, pratiquant tous la mésothérapie, a accepté de participer à l'étude en diffusant le questionnaire à ses patients. Les données concernant ces quatre médecins seront données agrégées afin de préserver leur anonymat. Ces derniers sont comparés au groupe de mésothérapeutes.

Le groupe patient est donc constitué par leur patientelle ayant bénéficié de mésothérapie durant la période comprise entre fin décembre 2009 et début février 2010. Le questionnaire a été déposé en salle d'attente. Les consignes sont affichées dans le cabinet et la salle d'attente. Il n'est pas rempli lors de la consultation pour préserver l'anonymat du patient et éviter toute influence médicale. Le questionnaire est ensuite remis au secrétariat. Sur cette période, 59 questionnaires ont été récupérés.

- Les critères d'inclusion et d'exclusion:

Les critères d'inclusion de la population mésothérapeute sont ouverts en intégrant, hommes, femmes, français ou étranger, médecin généraliste mésothérapeute, en activité, membre ou non de la SFM, pratiquant la mésothérapie antalgique. Les critères d'exclusion sont l'activité de mésothérapie esthétique exclusive, l'exercice d'autres spécialités que la médecine générale, la non adhésion à l'étude et des aberrations ou des questionnaires incomplets.

Quant au groupe témoin, les critères d'inclusion acceptent hommes, femmes, en activité, exerçant la médecine générale en Champagne-Ardenne. Les critères d'exclusion sont l'activité de mésothérapeute, les questionnaires trop incomplets ou des aberrations évidentes. Les critères d'inclusion de la population de patients sont les suivants: hommes, femmes, tout âge, ayant bénéficié ou bénéficiant d'un traitement de mésothérapie contre la douleur. Les critères d'exclusion sont la consultation pour de la mésothérapie esthétique uniquement, des questionnaires incomplets notamment au niveau des traitements et des pathologies concernées.

- Les questionnaires:

Le questionnaire médecin généraliste mésothérapeute s'articule autour de trois interrogations, détaillées par des questions et commentaires libres

La première interrogation sur le profil des médecins, avec des informations générales sur leur âge, leur sexe, le code postal de leur lieu d'exercice, leur appartenance ou non à la SFM, leur nombre d'années d'exercice de la mésothérapie et le pourcentage de cette activité dans leur pratique quotidienne de la médecine.

La deuxième interrogation porte sur la gestion de la douleur et leur intention de traitement en précisant la place de la mésothérapie dans le soin de la douleur et les refus de la patientelle.

La troisième interrogation, la plus importante, porte sur l'analyse de leur pratique en fonction de trois types de pathologies, en précisant le nombre de séances, les prescriptions de traitements per os réalisées, leur avis sur la diminution des prescriptions per os ainsi que la satisfaction des patients et l'efficacité de cette technique.

Le questionnaire témoin s'articule sur le même modèle pour faciliter la comparaison:

Dans un premier temps, il s'interroge sur le profil du médecin avec les informations sur l'âge, le sexe, et sur la pratique d'une activité complémentaire.

Ensuite, l'interrogation se porte sur l'analyse de leur pratique en fonction du type de pathologie, les prescriptions réalisées avec leur avis sur l'efficacité et la satisfaction des patients.

Le questionnaire patient s'articule aussi en trois parties: La première partie concerne les informations générales telles que l'âge et le sexe.

La seconde partie concerne la connaissance de la mésothérapie, l'ancienneté du recours à cette technique et pour quelles pathologies.

La dernière partie reprend la dernière pathologie traitée par mésothérapie, le nombre de séances réalisées, les prescriptions données par le médecin mais aussi l'automédication (avant, pendant et après les séances de mésothérapie). Pour mesurer l'efficacité sur la douleur chez chaque patient, nous avons eu recours à l'Echelle numérique, facile à utiliser de lui-même par le patient en salle d'attente. L'évaluation de l'efficacité est complétée par un avis de satisfaction du patient.

- L'analyse des résultats

La saisie des données a été réalisée sur des feuilles EXCEL. L'analyse des statistiques a été réalisée à l'aide du logiciel statistique R. La méthode d'échantillonnage, la conception du questionnaire, la réalisation du questionnaire en ligne, du masque de saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de M. Laurent Somon, actuaire.

Après une analyse descriptive des données saisies dans les questionnaires, des analyses ont été réalisées avec la classification ascendante hiérarchique, les tests de student pour les variables quantitatives et du Khi2 pour les variables qualitatives²⁵.

RÉSULTATS

MÉDECINS GÉNÉRALISTES MÉSOTHÉRAPEUTES

A l'issue du congrès regroupant environ 150 médecins (selon la société organisatrice), 73 questionnaires ont été déposés. Parmi ces questionnaires, 4 sont très incomplets ou présentent des aberrations évidentes. C'est pourquoi la population de mésothérapeutes étudiée comprend finalement 69 individus.

- Informations générales

Les premières questions portent sur des variables d'ordre général. Elles nous permettent de cerner quelle partie des mésothérapeutes a répondu au questionnaire. Premièrement et sans surprise la population est essentiellement masculine, elle comprend 23% de femmes et 75% d'hommes (1 réponse non précisée).

D'une part l'âge des mésothérapeutes est compris entre 31 et 63 ans avec une médiane à 51 ans. D'autre part les individus présentent une expérience en mésothérapie de 1 à 30 ans mais la médiane se situe à 12 ans seulement. Ce décalage est engendré par l'âge du début d'exercice de cette activité. En effet l'activité de mésothérapie n'a pas été forcément pratiquée dès le début d'activité des médecins.

Bien que le congrès fut situé à Paris, seulement 15 personnes ont leur cabinet en Ile de France, quasiment toutes les régions françaises sont représentées et 2 médecins sont venus de Belgique.

Seuls 5 des 69 mésothérapeutes ne sont pas membres de la SFM.

Les deux dernières questions de cette partie visent à me-

surer l'importance de la mésothérapie dans l'activité du médecin interrogé. Une distinction a été effectuée entre mésothérapies antalgique et esthétique. Cette première peut représenter un pourcentage très faible de l'activité (minimum de 5%) aussi bien que 100%, la médiane se situe à 25%. L'activité de mésothérapie antalgique ne constitue pas l'essentiel de l'activité des praticiens mais plutôt un complément dans la plupart des cas.

La mésothérapie esthétique n'est absolument pas pratiquée par 36% des individus et elle dépasse rarement 20% de l'activité. Les mésothérapeutes ayant répondu ont plutôt une orientation antalgique qu'esthétique.

Cependant activité antalgique et activité esthétique ne sont pas indépendantes et l'étude montre que l'activité esthétique est essentiellement pratiquée en parallèle d'une activité antalgique importante. En effet le premier quartile n'est pas impacté par l'ajout de l'activité esthétique, à l'inverse du troisième quartile.

Par conséquent la distribution de l'activité de mésothérapie est fortement concentrée aux deux extrêmes. On trouve d'une part des médecins généralistes utilisant la mésothérapie antalgique en appoint et d'autre part des praticiens n'exerçant pratiquement plus que de la mésothérapie aussi bien antalgique qu'esthétique.

Cette dichotomie peut s'expliquer en partie par l'expérience du médecin. On observe chez les médecins de moins de 10 ans d'expérience en mésothérapie, une volonté de ne faire que cette activité pour 20% d'entre eux. Pour les autres médecins pratiquant depuis moins de 10 ans la mésothérapie, celle-ci représente moins de 40% de l'activité globale. A l'inverse chez les médecins ayant plus de 10 ans d'expérience, la distribution ne présente pas de seuil aussi marqué.

- Intention de gestion de la douleur

La seconde partie du questionnaire porte sur l'intention de prescrire de la mésothérapie antalgique en tant que premier traitement ou en cas d'échec du premier traitement. Chaque traitement peut également comprendre des médicaments per os.

La mésothérapie est proposée en premier lieu par 88% des médecins; pour les 12% restants, elle ne constitue qu'une alternative aux traitements per os en cas d'inefficacité de ces derniers.

La mésothérapie constitue l'unique premier traitement pour 72% des mésothérapeutes. Si ce traitement s'est révélé insuffisant alors un traitement per os (avec ou sans mésothérapie additionnelle) sera proposé par 64% des mésothérapeutes.

Enfin 16% des praticiens proposent dès le premier traitement une combinaison mésothérapie et per os.

Il est naturel d'observer que cette population se tourne dans un premier temps majoritairement vers la mésothérapie antalgique. Mais 74% utilisent un traitement per os (premier ou deuxième traitement). On peut se demander si la mésothérapie permet la réduction des prescriptions de traitements per os.

Face à la proposition du médecin d'employer la mésothérapie, le pourcentage de refus des patients est infé-

rieur à 5% pour la moitié des praticiens et à 10% pour les trois quarts.

On peut distinguer deux types de causes principales de refus: premièrement, celles liées à la mésothérapie en elle-même comme la peur des injections, mentionnée par 84% des médecins généralistes, les douleurs provoquées par les piqûres (4%) ou l'astreinte à la multiplicité des séances (4%). 10% des médecins ont évoqué le refus des patients suite à un premier échec de la mésothérapie antalgique.

Deuxièmement, celles liées à l'environnement de la mésothérapie ou de son exercice. On notera que l'activité de mésothérapie peut être freinée par un manque de connaissance de la patientelle. Ce fait a été évoqué par 29% des mésothérapeutes. Enfin le coût d'un traitement par mésothérapie (dépassement d'honoraires non remboursé, coût des produits...) est également une cause significative de refus car rencontrée par 14% de la population étudiée.

- Quantification des prescriptions face à trois types de pathologies

La partie suivante du questionnaire en constitue le véritable cœur car elle a pour objectif de quantifier les prescriptions de mésothérapie et de traitements per os (ou autres comme la kinésithérapie) face à différentes pathologies.

Trois types de pathologies ont été retenus car ils constituent les cas les plus fréquents dans un cabinet de médecine générale:

Maladies ostéo-articulaires (arthrose, lumbago, lombalgie, rhumatismes...),

Pathologies sportives / traumatologie (entorses, tendinites, épicondylites, contractures, elongations, déchirures musculaires...) et

Pathologies douloureuses (névralgies, sciatiques).

Pour chaque type de pathologie, le médecin a indiqué une distribution simplifiée du nombre de séances de mésothérapie qu'il prescrit: 3 à 4 séances, 5 à 8 séances ou plus de 9 séances. Ces informations sont a priori plus pertinentes que le nombre moyen de séances.

Voici l'exemple donné dans le questionnaire:

«Face à une maladie ostéo-articulaire, je prescris dans 80% des cas 3 à 4 séances et dans 20% des cas entre 5 et 8 séances»

Le même type d'informations a été demandé pour les traitements per os et autres en association avec la mésothérapie. Les traitements ont été scindés comme ci-dessous afin de distinguer les principales familles de médicaments :

Antalgiques avec trois niveaux: palier 1, palier 2 et palier 3,

AINS,

Myorelaxants,

Infiltrations et Autres.

L'exemple du questionnaire était le suivant:

«Face à une maladie ostéo-articulaire, je prescris dans 80% des cas un antalgique de palier 1, 50% des cas un AINS, 30% des cas un myorelaxant, 10% des cas une

infiltration et 15% des cas de la kinésithérapie.» Malheureusement les données relatives aux autres traitements n'ont pas toujours été bien renseignées, plusieurs médecins n'ont indiqué que le pourcentage ou que la nature du traitement. Il faudra par conséquent garder un certain recul face à ces dernières variables. Trois types de traitements connexes ont été mentionnés dans les réponses: la kinésithérapie (22 fois), l'ostéopathie (7 fois) et l'acupuncture (3 fois). Pour les autres variables, étant donné le nombre important de variables recueillies (30 variables), il est difficile d'interpréter les résultats en les considérant une à une. C'est pourquoi les individus ont été regroupés en classes homogènes afin de faciliter la lecture des résultats. Cette classification a été effectuée par une classification ascendante hiérarchique (CAH) avec la méthode de Ward sur les données centrées réduites. Le nombre de classes a été fixé à 4, ainsi le nombre d'individus par classe n'est pas trop faible et l'homogénéité des classes reste suffisante. Le tableau suivant donne le nombre d'individus par classe.

Classe	Nombre de médecins
1	18
2	12
3	23
4	16

Une fois cette classification des mésothérapeutes obtenue, il est possible de comparer les prescriptions pour chaque type de pathologie.

Pour les maladies ostéo-articulaires, le nombre de séances de mésothérapie prescrites est relativement important mais les médecins de la classe 1 se détachent avec un nombre de séances plus faible et ceux des classes 3 et 4 par un nombre de séances plus élevé. Cependant pour la classe 3, le nombre de séances dépasse plus rarement les 8 séances.

Les prescriptions de traitements associés sont plus diverses entre les quatre classes de mésothérapeutes. Les médecins de la classe 3 se détachent nettement par des prescriptions de médicaments per os beaucoup plus faibles (les niveaux bas d'antalgiques palier 2, palier 3 et des myorelaxants sont très significatives). Pour les traitements antalgiques complémentaires, on observe plutôt des prescriptions d'antalgiques de palier 1 et l'éviction des antalgiques de palier 3 ainsi que des infiltrations pour la classe 1 alors que la classe 4 emploie plus d'antalgiques de palier 2 mais moins d'AINS. La classe 2 se distingue par le recours plus important des antalgiques de palier 3, des AINS et des infiltrations.

Pour résumer, face à une maladie ostéo-articulaire, les classes 3 et 4 emploient abondamment la mésothérapie mais la classe 3 limite fortement les traitements associés. L'usage de la mésothérapie est plus faible pour les praticiens des classes 1 et 2. Cependant cette diminution du nombre de séances est contrebalancée par l'usage plus intense des traitements per os. La classe 1 se tour-

nera principalement vers des traitements peu puissants comme les antalgiques de palier 1. A l'inverse la classe 2 prescrit à la fois plus en quantité et en puissance.

Les pathologies sportives ou traumatologiques requièrent en moyenne moins de séances de mésothérapie, car le pourcentage de 3 à 4 séances est supérieur ici globalement. Pour l'ensemble de la population étudiée, les traitements associés à la mésothérapie sont du même ordre de grandeur que pour les maladies ostéo-articulaires.

Les différences entre les classes sont également très marquées et comparables aux pathologies précédentes. La classe 3 est toujours celle prescrivant le moins de traitements associés mais cette fois son nombre de séances de mésothérapie est dans la moyenne globale. Les classes 1 et 2 proposent moins de mésothérapie et en contrepartie ces patients se voient prescrire plus de traitements en parallèle, respectivement des antalgiques de palier 1 pour les premiers et des antalgiques de palier 2 ou des myorelaxants pour les seconds. Quant à la classe 4, ses prescriptions sont très supérieures en nombre de séances de mésothérapie mais seuls les AINS sont moins prescrits. Cette fois encore, les infiltrations sont évitées par les médecins de la classe 1 et sont surtout prescrites par la classe 2.

Le nombre moyen de séances de mésothérapie est plus élevé ici que pour les pathologies sportives / traumatologiques mais n'excède pas celui des maladies ostéo-articulaires.

On remarque que les pathologies douloureuses nécessitent l'emploi de traitements associés plus puissants, par exemple les antalgiques de palier 3 sont plus présents et les infiltrations sont employés dans 5% des cas contre 2% à 3% pour les autres pathologies.

Une fois encore, les médecins de la classe 3 se distinguent par un recours important à la mésothérapie et l'emploi succinct des traitements en parallèle. Les mésothérapeutes des classes 1 et 2 utilisent plutôt 3 à 4 séances de mésothérapie mais leurs traitements associés ne sont pas comparables. Comme précédemment les antalgiques de palier 3 et les infiltrations sont prescrits par les médecins de la classe 2 alors que ceux de la classe 1 privilégient les antalgiques de palier 1. Pour ces pathologies aussi les AINS sont plus présents dans les prescriptions des mésothérapeutes de la classe 2 et moins souvent dans celles de la classe 4.

Finalement les observations globales des prescriptions relatives aux trois familles de pathologies sont les suivantes :

La classe 1 (26% des questionnaires) prescrit pour chaque famille de pathologies moins de mésothérapie en nombre de séances que la moyenne globale. Son recours aux traitements en parallèle de la mésothérapie est plus systématique mais limité aux traitements les moins puissants comme les antalgiques de palier 1. Les praticiens de ce groupe repoussent aussi pour chaque pathologie les antalgiques de palier 3 et les infiltrations. Le nombre de séances de mésothérapie pour la se-

conde classe (17% des médecins) se situe en deçà de la moyenne mais reste supérieur à celui de la classe 1. Les prescriptions de traitement per os pour les médecins de la classe 2 comportent aussi un biais vers le spectre le plus puissant comme l'attestent les pourcentages relatifs aux antalgiques de palier 3 et aux infiltrations.

La troisième classe (33% des mésothérapeutes de l'étude) est celle faisant le plus confiance à la mésothérapie. Cependant le nombre de séances ne semble pas être exagéré. Cette classe est également celle où les traitements supplémentaires sont les plus restreints aussi bien pour les traitements légers mais aussi de façon plus significative encore pour les traitements plus puissants. Par exemple les prescriptions d'antalgiques de palier 2 et de myorelaxants sont toujours très significativement inférieures à la moyenne globale.

A l'exception des pathologies douloureuses, le nombre de séances de mésothérapie est le plus grand pour la dernière classe (23% des praticiens). Cependant cette utilisation importante de la mésothérapie s'accompagne également d'une proportion de traitements per os dans la moyenne à l'exception des AINS. Ces derniers sont en effet moins prescrits quelque soit la pathologie.

Afin d'expliquer la nature très différente des habitudes de prescriptions entre les quatre classes, les variables antérieurement étudiées ont été reprises. On fera remarquer que ces variables n'ont pas été utilisées pour la classification des médecins. (Ci-après, pour les variables binaires, le test du χ^2 remplace celui de Student).

Une seule variable est très significative, l'activité antalgique. Cette activité est sous représentée chez les praticiens de la classe 1. Le nombre d'années d'expérience en mésothérapie caractérise également cette classe qui est la moins expérimentée en mésothérapie.

Enfin le pourcentage de refus de mésothérapie par les patients est plus faible pour les classes 2 et 3.

En ce qui concerne les intentions initiales de prescription, la classe 2 se démarque par un emploi plus fréquent à la fois d'un traitement par mésothérapie et d'un traitement per os en cas d'échec du premier traitement. On notera les pourcentages de la classe 3, bien que non significatifs statistiquement, indiquent un plus faible recours aux traitements per os en première intention mais aussi un léger basculement de la mésothérapie vers les traitements per os en second lieu. Ceci peut laisser à penser que ces praticiens, bien qu'employant surtout la mésothérapie, n'en prescrivent pas à tout prix mais en perçoivent les limites.

- Efficacité et satisfaction de la patientelle

Pour clore cette partie du questionnaire, les médecins ont répondu à la question suivante: «Pensez-vous avoir réduit vos prescriptions de traitements à visée antalgique per os depuis que vous exercez la mésothérapie?» A cette question, 65 mésothérapeutes ont répondu affirmativement, soit 94%. 2 personnes n'ont pas répondu et 2 médecins pensent ne pas avoir réduit leurs prescrip-

tions de traitements en parallèle (1 dans la classe 2 et dans la classe 3).

La dernière partie du questionnaire aborde la perception par le médecin généraliste pratiquant la mésothérapie de son efficacité en termes de diminution de la douleur et de la satisfaction de sa patientelle.

La première question demande au praticien d'estimer l'amoinissement de la douleur de ses patients:

La diminution de la douleur est, d'après les médecins, totale dans plus de la moitié des cas et seuls 11% des patients ne présentent aucune réduction de celle-ci.

Les niveaux de diminution atteints par les quatre classes sont comparables à l'exception de la classe 4 qui suppose une diminution supérieure. Cette diminution peut provenir des traitements beaucoup plus lourds prescrits par ces médecins comme vu supra.

La question suivante porte sur la satisfaction des patients telle que perçue par la population étudiée.

Les mésothérapeutes estiment que leurs patients sont satisfaits dans un peu plus de 80% des cas. Il est intéressant de souligner qu'aucune classe ne se distingue.

Enfin les deux principales causes d'insatisfaction exprimées par les patients ont été demandées aux mésothérapeutes. La cause la plus souvent citée, 77%, est la persistance d'une douleur résiduelle après la fin du traitement. Les deux causes les plus fréquentes après celles-ci sont propres à la pratique de la mésothérapie i.e. le recours à une série de séances et un mode de prescription par injections parfois douloureux.

Il n'existe pas de véritable différence entre les quatre classes de mésothérapeutes à l'exception de la douleur résiduelle: 94% des médecins de la classe 1 évoque cette cause, contre seulement 67% à 75% pour les trois autres.

GROUPE TÉMOIN DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Sur les 37 questionnaires, un a été exclu car effectué par un médecin en retraite. Le pool témoin comprend donc 36 individus.

- Informations générales

Parmi les premières questions, on demande aux médecins généralistes quelles sont leurs activités supplémentaires.

Parmi les médecins généralistes ayant répondu à ce questionnaire, 8 (soit 22%) pratiquent la mésothérapie. Ces généralistes ont été exclus du groupe témoin. Finalement l'échantillon témoin comprend 28 médecins généralistes.

Le groupe témoin comprend 71% d'hommes et 25% de femmes (1 médecin n'a pas fourni de réponse). Le groupe témoin ne se distingue pas des mésothérapeutes sur ce point.

Bien que les âges médian soient proches (52 contre 51 ans), les médecins généralistes témoins sont sensiblement plus âgés. Le premier et le troisième quartiles

sont environ décalés de 5 ans. Contrairement aux médecins présents au congrès de la SFM, les généralistes du groupe témoin exercent tous dans la région Champagne-Ardenne.

- Quantification des prescriptions face à trois types de pathologies

Cette partie du questionnaire correspond exactement à la partie quantification des traitements per os pour les mésothérapeutes. Pour chaque type de pathologie, les résultats du groupe de médecins généralistes témoins seront comparés aux résultats du groupe de mésothérapeutes, globalement et pour chacune des quatre classes. *Pour les maladies ostéo-articulaires*, le groupe témoin prescrit en moyenne plus de traitements que le groupe de mésothérapeutes. Globalement le recours des mésothérapeutes aux antalgiques de palier 1 est diminué de -30%, pour les AINS cette diminution est de -51% et pour les infiltrations, elle atteint -58%. Ces diminutions ne sont pas compensées par des hausses de prescriptions par ailleurs. Les antalgiques de palier 2 et 3 ainsi que les myorelaxants sont également moins prescrits par les mésothérapeutes, mais les réductions ne sont pas très significatives. Pour les traitements dits autres, il n'y a pas de véritable différence.

Les réductions de prescriptions de traitement per os peuvent être très significatives ou non selon la classe de mésothérapeute considérée.

Comme vu précédemment la classe 1 prescrit essentiellement des traitements per os peu puissants: les prescriptions d'antalgiques de palier 1 et de myorelaxants sont cependant comparables à celles du groupe témoin. En revanche, bien que faisant très peu de séances de mésothérapie, l'emploi des antalgiques de palier 2 (-43%) et des AINS (-45%) est limité. Les antalgiques de palier 3 et les infiltrations sont quasiment bannies.

La classe 2 était apparue comme celle faisant relativement peu de séances de mésothérapie mais les complétant plus souvent par des traitements per os, y compris des traitements plus lourds. Finalement, les prescriptions de traitements per os de ces mésothérapeutes sont directement comparables avec celles du groupe témoin. Pour les maladies ostéo-articulaires, la mésothérapie n'a pas permis à ces praticiens de réduire leurs prescriptions de traitements per os.

La classe 3 a des taux de prescriptions de traitement per os spectaculairement inférieurs à ceux du groupe témoin: de -43% pour les antalgiques de palier 1 à -88% pour les antalgiques de palier 3. Toutes ces baisses sont de plus statistiquement très significatives. On peut en déduire que les séances de mésothérapie, certes au-dessus de la moyenne globale des mésothérapeutes, ont autorisé ces généralistes à n'associer des traitements per os qu'avec parcimonie.

Le nombre de séances de mésothérapie est encore plus important pour la classe 4. Cependant les baisses de taux d'emploi des traitements per os n'excèdent pas celles de la classe 3. Les antalgiques de palier 2 et les

myorelaxants sont aux niveaux du groupe témoin. La mésothérapie ne s'est pas accompagnée d'une réduction de prescription pour ces deux traitements.

Pour les pathologies sportives ou traumatologiques, les résultats sont en phase avec ceux des pathologies ostéo-articulaires. D'un point de vue global, les mésothérapeutes sont encore moins enclins à prescrire des traitements per os que le groupe témoin pour ces pathologies. Pour la première classe, antalgiques de palier 2 et AINS sont moins présents, respectivement -83% et -61%. L'absence d'infiltrations est aussi très significative. On notera que cette fois la classe 1 semble associer moins souvent que le groupe témoin des traitements autres comme la kinésithérapie.

Ici la classe 2 utilise moins d'antalgiques de palier 1 (-30%) mais plus de myorelaxants (+75%) que les médecins généralistes témoins. Les autres traitements se retrouvent dans les mêmes proportions. Bien que non significatif, l'emploi des infiltrations est plus systématique (+203%).

La classe 3, avec un nombre de séances de mésothérapie dans la moyenne des mésothérapeutes, a réduit drastiquement les traitements per os en parallèle: de -59% pour les antalgiques de palier 1 à -100% pour les antalgiques de palier 3.

Comme précédemment, seuls les antalgiques de palier 1 (-48%) et les AINS (-82%) sont très significativement moins employés par la classe 4.

En ce qui concerne les pathologies douloureuses, les résultats sont d'un autre ordre. Les antalgiques de palier 1 sont moins utilisés par les mésothérapeutes mais ces différences ne sont jamais très significatives. A l'exception des antalgiques de palier 1, les traitements per os face à une maladie douloureuse sont tous moins fréquents de manière très significative. Ces réductions vont de -37% pour les antalgiques de palier 1 à -89% pour les antalgiques de palier 3. Les quelques séances de mésothérapie pratiquées par ces médecins généralistes ont donc supplanté un nombre important de traitement per os ou d'infiltrations par rapport au groupe témoin.

Pour cette famille de pathologie aussi, les séances de mésothérapie pratiquées par les médecins de la classe 2 n'ont pas pour conséquence des réductions de traitements associés significatives.

Les mésothérapeutes de la classe 3 prescrivent, hors antalgiques de palier 1, environ -75% moins souvent des traitements per os ou des infiltrations.

Enfin la classe 4 a des taux de prescriptions proche de la classe 3 sauf pour les antalgiques de palier 2 et les myorelaxants plus similaires au groupe témoin.

on peut déduire les résultats suivants. Globalement les mésothérapeutes prescrivent entre -30% et -58% de traitements per os ou d'infiltrations par rapport à leurs confrères du groupe témoin. Mais les quatre classes de mésothérapeutes ne sont pas uniformes:

La classe 1, 26% des mésothérapeutes, limite à 3 ou 4

séances de mésothérapie ses prescriptions. En revanche elle diminue d'autant plus fortement la fréquence à laquelle elle donne un traitement en association que ce dernier est puissant. La mésothérapie est clairement vue comme une alternative à ces derniers.

Les prescriptions de traitements per os pour la classe 2, 17% des mésothérapeutes, sont du même ordre de grandeur que celles du groupe témoin. Elles sont même supérieures pour les antalgiques de palier 3 et les infiltrations. Les 3 à 4 séances de mésothérapie généralement prescrites peuvent donc être perçues comme être redondantes ou au mieux remplaçant d'antalgiques de palier 1.

Pour la classe 3, 33% des mésothérapeutes, les séances de mésothérapie sont plus nombreuses, environ 5 séances en moyenne. Mais avec une séance de mésothérapie supplémentaire par rapport à la classe 1, la troisième classe prescrit -48% d'antalgiques de palier 1 que le groupe témoin et environ -75% pour les autres traitements. Cette fois la mésothérapie a véritablement supplémen-té tous les autres traitements dans la plupart des cas.

La classe 4, 23% des mésothérapeutes, estime que plus de 5 séances de mésothérapie sont nécessaires en moyenne. Comme la classe 3, ces mésothérapeutes diminuent fortement leurs prescriptions de traitement per os. Mais, contrairement à la classe 3, ils prescrivent autant d'antalgiques de palier 2 et de myorelaxants que le groupe témoin.

- Efficacité et satisfaction de la patientelle

La troisième et dernière partie du questionnaire remis au groupe témoin demande aux médecins de mesurer l'efficacité et la satisfaction de la patientelle.

La perception de la diminution de la douleur diffère peu entre le groupe témoin et les mésothérapeutes. Cependant la classe 2 semble avoir de moins bons résultats. En effet elle constate un taux de diminution nul de 13% au lieu de 8%, cette différence étant très significative. On peut s'étonner de ce résultat car la classe 2 prescrit autant de traitement per os que le groupe témoin et y ajoute de la mésothérapie.

D'un autre côté, la classe 4 a des résultats légèrement meilleurs mais l'amélioration est peu significative.

Pour finir la satisfaction des patients ne diffère pas très significativement entre le groupe de médecins généralistes témoins et les quatre classes de mésothérapeutes. Seule la classe 1 semble un peu en retrait.

Les deux principales causes d'insatisfaction ont été demandées :

Les douleurs résiduelles sont toujours la première cause d'insatisfaction, il est évoqué par 75% des médecins du groupe témoin et 77% des mésothérapeutes.

Près de la moitié du groupe témoin ont évoqué la longueur du traitement alors que la multiplicité des séances de mésothérapie n'a retenu l'attention que de 20% des mésothérapeutes.

Les effets secondaires sont une cause d'insatisfaction de la patientelle beaucoup plus fréquente dans le groupe témoin, 32% contre 6%. Les prescriptions des médecins généralistes exerçant la mésothérapie semble induire des effets secondaires moindres.

Groupe témoin et médecins généralistes exerçant la mésothérapie diffèrent également par la non compliance. Elle semble problématique pour 11% du groupe témoin et seulement 3% des mésothérapeutes.

Les mésothérapeutes font référence plus souvent à des diagnostics difficiles 10% contre 4% pour le groupe témoin.

Evidemment la douleur liée au traitement, la nécessité d'un complément per os et la peur du traitement n'ont pas été rapportées comme cause d'insatisfaction par les médecins du groupe témoin. Ces points sont propres à la mésothérapie. Cependant le coût ne figure pas non plus dans les causes du groupe témoin. Est-ce lié au surcoût que peut entraîner la mésothérapie ou simplement à la différence de lieu d'exercice et donc probablement de secteur entre les deux groupes ?

DISCUSSION

BIAIS ET LIMITES POTENTIELS DE L'ÉTUDE

- Biais communs aux trois pools d'individus

Les trois pools ont été établis à l'aide de questionnaires. Ces derniers ont été complétés par les individus concernés sur la base du volontariat. Aucune donnée n'a été relevée sur une base systématique. Par exemple, les patients du cabinet rémois avaient la possibilité mais non l'obligation de remplir le questionnaire déposé en salle d'attente, par conséquent ce questionnaire n'a pas été rempli par tous les patients de ce cabinet.

Les réponses fournies par les individus, anonymement, sont uniquement déclaratives et n'ont pas été l'objet de contrôles ou de mesures directes. Elles sont donc soumises aux erreurs d'interprétation des questionnaires et aux déformations par les individus.

Les pathologies ont été catégorisées en trois familles: les maladies ostéo-articulaires, les pathologies sportives / traumatologiques et les pathologies douloureuses.

D'autres segmentations des pathologies auraient pu convenir, par exemple: pathologies rachidiennes, pathologies sportives et pathologies rhumatismales / arthrose. A ces trois catégories s'ajoute une dernière dite «autres». Cette dernière étend trop ouverte, elle a rarement été complétée et par conséquent cette catégorie n'a pas été retenue dans l'analyse des données.

Les questions relatives aux traitements demandent des fréquences de prescription mais pas des posologies. Les posologies devant être efficaces, elles sont par conséquent a priori très similaires entre les praticiens au niveau des quantités mais il peut demeurer des variations en termes de durée de traitement. Ces variations n'apparaîtront pas dans les résultats des questionnaires.

- Mésothérapeutes

93% des questionnaires ont été déposés par des médecins généralistes membres de la SFM. Or, nombre de praticiens exerçant la mésothérapie n'en font pas partie. L'étude a permis de recueillir 64 questionnaires valides auprès de membres de la SFM. Ce chiffre est à comparer avec le nombre d'adhérents de la SFM exerçant en France métropolitaine qui est de 916.

Des biais potentiels pourraient provenir de cette sur-représentativité de la SFM dans l'échantillon. Les médecins exprimant la volonté d'adhérer à la SFM ont sûrement une activité de mésothérapie supérieure. La SFM, par les formations qu'elles organisent notamment, promeut les avancées thérapeutiques et influe sur les pratiques de ses membres. D'autre part il semble que la proportion de médecins généralistes titulaires d'un DIU de mésothérapie soit plus importante au sein de la SFM. Si ces biais s'avèrent fondés, en généralisant les résultats obtenus dans cette étude à l'ensemble des médecins généralistes exerçant la mésothérapie on surestimerait les réductions de traitements per os.

Comme tout traitement, la mésothérapie a un effet placebo. Nous n'avons pas étudié l'éventuel effet placebo de cette méthode, le choix d'un mélange médicamenteux, ni l'étude d'une pathologie précise traitée par cette technique.

- Médecins généralistes témoins

Ce groupe est exclusivement composé de médecins généralistes exerçant en région Champagne-Ardenne avec une forte prépondérance dans la Marne. Avec 36 questionnaires, cette étude est loin de la représentativité des médecins exerçant dans cette région (source: « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2009 », Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Il est également difficile de dire si cette localisation induit des différences de comportement dans les prescriptions.

- Patients

La première difficulté rencontrée fut le positionnement du cabinet des quatre médecins généralistes par rapport aux différentes classes de mésothérapeutes. La problématique de celui-ci provient de l'agrégation des données relatives aux quatre médecins, en particulier si ceux-ci sont apparentés à des classes différentes. Ensuite, on peut raisonnablement étendre les résultats obtenus avec les données collectées auprès de ces patients aux médecins généralistes ayant des habitudes de prescriptions sensiblement similaires. Mais qu'en est-il pour les autres généralistes exerçant la mésothérapie? Ici l'automédication s'est avérée très faible; pour les patients traités par des médecins de la classe 3, donc prescrivant moins de traitements per os, l'automédication serait-elle plus forte?

Troisièmement, la patientelle de ce cabinet pourrait présenter des particularités influençant les conclusions,

comme une majorité de patientes. Selon les relevés d'activité de la CNAM, la patientelle âgée constitue 25% des consultations alors que la moyenne dans le département de la Marne est de 15%. Ce dernier point peut expliquer la proportion importante de pathologies ostéo-articulaires dans l'étude.

En outre, 55 questionnaires ont été exploités, ce qui représente, pour les consultations de mésothérapie antalgique uniquement, environ 4 jours de consultations. La durée de collecte des informations ayant été de 30 jours (dont 15 pendant les vacances scolaires), peu de patients ont rempli le questionnaire. Les pathologies sportives / traumatologiques et les pathologies douloureuses n'ont constitué chacune que 9 cas; il est délicat de généraliser les résultats sur un échantillon de cette taille.

Comme évoqué ci-avant, le questionnaire a été déposé dans la salle d'attente et ensuite par les patients au secrétariat. Il est envisageable, à la vue du taux de satisfaction que les patients ayant eu une expérience favorable de mésothérapie, aient été plus enclins à remplir le questionnaire. Le taux de satisfaction exprimé par les patients est de 98% alors que les médecins généralistes l'estiment à 79%. Enfin de nombreux questionnaires sont incomplets ou incorrectement renseignés, ce fut particulièrement le cas du tableau des traitements per os où la phase à laquelle furent pris les traitements sembla impossible à établir pour certains patients.

Pour mesurer un niveau de douleur, l'échelle EVA est la référence car la plus précise. Cependant elle nécessite l'intervention d'un médecin. C'est pourquoi l'échelle numérique a été retenue pour ce questionnaire, qui devait être rempli par les patients sans assistance.

Cependant ces niveaux n'ont été remplis que par les patients eux-mêmes. Il semblait difficilement réalisable de demander en parallèle ces niveaux aux familles des patients. En outre les familles ont-elles une appréciation fine des niveaux de douleur d'un de leurs membres? Afin de ne pas rompre l'anonymat des patients répondant au questionnaire, il était impossible de demander aux médecins généralistes d'évaluer la douleur des patients un par un.

LES MODES DE COEXISTENCE ENTRE MÉSOTHÉRAPIE ET PER OS

- Divergences de prescriptions entre mésothérapeutes

Les résultats de cette étude démontrent que les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie prescrivent, en moyenne, moins de traitements per os que le groupe témoin. Cependant il apparaît que les mésothérapeutes ne forment pas une unité mais ils peuvent être séparés en quatre classes aux comportements bien distincts. Quels sont les critères pouvant expliquer ces habitudes de prescriptions non uniformes?

La classe 3 de médecins généralistes est clairement celle utilisant le moins les traitements per os. Les réductions sont très importantes et couvrent tous les traitements per os (de -48% à -87%). Les résultats de l'étude mon-

trent que ces généralistes modulent leurs prescriptions de mésothérapie en fonction de la pathologie, plus généralement 5 à 8 séances pour les maladies ostéo-articulaires ou douloureuses et principalement 3 à 4 séances pour les pathologies sportives ou traumatologiques. A l'inverse les taux de prescription des traitements sont très stables d'une famille de pathologies à l'autre. Ces médecins généralistes semblent donc s'appuyer principalement sur la mésothérapie et la compléter par une base minimale de traitements per os.

Les antalgiques de palier 2 sont l'exception car prescrits plus fréquemment pour les pathologies douloureuses (même si l'on reste très en deçà du groupe témoin, 16% contre 47%). Ceci prouve la prise de conscience par ces généralistes d'une impossibilité de guérir uniquement par la mésothérapie certaines douleurs. Ce point est renforcé par le retour d'expérience des patients qui montre que le niveau de douleur après mésothérapie peut rester élevé pour ces pathologies, nécessitant toujours des traitements per os.

Il est intéressant de noter qu'aucune variable n'ayant pas servi à la classification, i.e. toutes les variables n'ayant pas attiré directement aux traitements, ne permet de distinguer cette classe.

La classe 4 a de nombreux points de similarité avec la classe 3, ce qui est confirmé par le dendrogramme de la CAH. En règle générale, elle est cependant plus agressive en nombre de séances de mésothérapie et ne réduit pas autant ses prescriptions d'antalgiques de palier 2 ou de myorelaxant. Ici aussi les autres variables n'apportent pas de caractère spécifique à cette classe.

Les mésothérapeutes de la classe 1 ont une expérience moins importante et leur activité est moins tournée vers la mésothérapie antalgique. Ceci pourrait expliquer le nombre de séances de mésothérapie plus faible traduisant une réticence ou une maîtrise plus limitée de ces techniques. On notera également que le nombre de séances de mésothérapie est principalement de 3 à 4 séances quelle que soit la pathologie, les autres classes modulant les nombres de séances en fonction du type de pathologies.

Il en découle qu'il semble naturel que les réductions de traitements per os soient moins importantes que celles obtenues par la classe 3 et que les résultats soient parfois moins bons, cf. la proportion de médecins évoquant la douleur résiduelle comme cause d'insatisfaction, 94% contre environ 70% pour les autres classes. Cependant ces médecins prescrivent autant d'antalgiques de palier 1 que le groupe témoin. Ces traitements compensent-ils aussi des séances de mésothérapie insuffisantes ou s'apparentent-ils en partie à des médicaments visant à conforter les praticiens?

La classe 2 doit être isolée des autres classes. Pour celle-ci, les séances de mésothérapie ne s'accompagnent pas de réductions de traitements per os très importantes par rapport au groupe témoin. On observe même une tendance à un recours aux antalgiques de palier 3 ou aux infiltrations plus importants. Les séances

de mésothérapie ont-elles remplacé des traitements per os comme pour les autres classes? Ceci signifierait que les mésothérapeutes de la classe 3 prescriraient, en l'absence de mésothérapie, encore plus de traitement per os. Une deuxième hypothèse serait que la pratique de la mésothérapie n'a pas eu d'impact sur les habitudes de prescription de traitements per os.

Les facteurs pouvant expliquer les différences entre les classes n'ont pas tous été révélés par cette étude. D'autres éléments pourraient jouer, comme la qualification via un DIU par exemple.

Une fois les divergences de prescriptions mises en relief, on peut se demander s'il apparaît comme nécessaire de définir un cadre de «best practice» et par quels moyens il serait possible de faire converger les habitudes de prescription vers celui-ci.

- La dynamique de la complémentarité mésothérapie et per os

Les questionnaires remplis par les mésothérapeutes permettent de quantifier la réduction de traitement per os. Ceux destinés aux patients apportent des niveaux de précision supplémentaires.

Non seulement ils permettent de mesurer les prescriptions de traitement per os au sein du cabinet mais ils donnent aussi la dynamique des prescriptions. Les traitements per os et les séances de mésothérapie sont généralement prescrites de concert : un grand nombre de séances de mésothérapie va de pair avec un nombre de traitements per os important. Aucun effet de compensation, de balancement entre les deux types de traitements n'est réalisé par ces médecins généralistes. Ils sont donc complémentaires et non substitués absolus l'un de l'autre.

Ensuite les prescriptions de traitements per os des quatre médecins généralistes sont décroissantes au fur et à mesure de l'application des séances de mésothérapie. Cette décroissance est-elle naturelle ? Un test sur le groupe témoin serait nécessaire pour le confirmer. Il peut aussi en découler que les traitements per os soient principalement prescrits dans l'attente des effets de la mésothérapie. La complémentarité provient, sous cette hypothèse, de la quasi immédiateté de l'action de certains traitements per os.

Pour renforcer ce point on ajoutera que la corrélation entre le nombre de séances de mésothérapie et le nombre de traitements per os s'affaiblit au fur et à mesure du déroulement de la thérapie. Les traitements per os ne sont alors conservés que pour les patients dont le niveau de douleur n'est pas fortement diminué.

Les résultats du chapitre 5.3 font observer que les prescriptions de séances de mésothérapie sont croissantes en fonction de la douleur exprimée lors de la première consultation. La relation similaire n'est pas aussi nette pour les traitements per os.

Les niveaux de douleur exprimés par les patients post-

mésothérapie peuvent conduire à la réflexion suivante: un nombre trop faible de séances même accompagné de traitements per os a mené à une réduction de la douleur limitée et certaines pathologies ne peuvent être ramenées à des niveaux de douleurs faibles.

- L'automédication de la patientelle

Etant donné l'importance des réductions de traitements per os obtenues par les mésothérapeutes, on peut redouter que les patients compensent celles-ci par de l'automédication.

Mais certains traitements sont difficilement substituables par les patients en automédication, soit parce qu'ils nécessitent l'intervention d'un médecin (infiltrations), soit car ils ne sont délivrés que sur ordonnance (antalgiques de palier 3). Pour les traitements per os, les patients sont restreints à leur pharmacie personnelle. L'automédication déclarée par les patients de ces médecins généralistes n'est pas très répandue mais elle aurait pu être comparée à celle des patients du groupe témoin. Les résultats obtenus permettent difficilement de dégager un élément expliquant le recours à l'automédication. En particulier l'automédication ne dépend pas significativement du niveau de douleur et elle se rencontre surtout chez les individus ayant eu des traitements per os en prescription.

La grande majorité des patients ont employé l'automédication pré-mésothérapie et uniquement des antalgiques. Il semble probable que cette automédication ne soit pas liée au mode de thérapie, mésothérapie ou non, mais soit une automédication incompressible.

Les causes d'insatisfaction liées à la longueur du traitement et à la non compliance sont moins présentes chez les mésothérapeutes que chez les médecins généralistes du groupe témoin. Ces éléments sont en faveur d'une automédication plus faible dans la patientelle des premiers.

FOCUS SUR L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS ET LA SATISFACTION DES PATIENTS

- Equivalence des pouvoirs thérapeutiques antalgiques

Les informations recueillies ne permettent pas d'objectiver une efficacité largement supérieure ou une inefficacité des mésothérapeutes dans leur ensemble ou d'une classe de mésothérapeutes par rapport aux médecins généralistes témoins.

Ce résultat est étonnant car les pratiques de chaque typologie de médecins généralistes sont largement différentes. Il tend à montrer que les arbitrages mésothérapie / traitements per os des classes 1 et 3 sont effectués à bon escient même si la classe 3 l'applique à un éventail de cas plus large. L'équivalence des pouvoirs thérapeutiques antalgiques de la mésothérapie et des traitements per os n'est plus à démontrer mais elle est renforcée par ces résultats.

Pour la classe 2, les séances de mésothérapie n'améliorent pas la diminution de la douleur, ceci renforce leur caractère superfétatoire. Quant à la classe 4, on aurait pu s'attendre à des diminutions de la douleur encore plus supérieures à celles observées par rapport à la classe 3. Les taux de satisfaction de la patientelle ressentis par les médecins généralistes sont aussi très proches bien que les causes d'insatisfaction ne soient pas totalement comparables.

- Points spécifiques à la mésothérapie

D'après les questionnaires des médecins, la mésothérapie ne permet pas d'obtenir des diminutions de la douleur supérieure aux traitements per os. En outre, la réduction des traitements per os n'est pas la finalité en soi de la mésothérapie. Les causes d'insatisfaction permettent cependant de mettre en lumière plusieurs avantages de la mésothérapie.

La première distinction est la faible nuisance des traitements prescrits par les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie. En effet, seul 6% des mésothérapeutes évoquent les effets secondaires comme cause d'insatisfaction des patients. Ce pourcentage monte à 32% pour le groupe témoin. La très bonne tolérance de la mésothérapie s'exprime ici directement dans les résultats de l'étude.

La longueur du traitement a été exprimée comme cause d'insatisfaction par 46% des médecins généralistes ne pratiquant pas la mésothérapie. Bien que la durée des séances de mésothérapie ne semble pas plus courte, la contrainte de multiplicité des séances n'a été relevée que par 20% des mésothérapeutes. De même la non compliance est réduite de 11% à 3%. Lors des consultations antalgiques, les mésothérapeutes tiennent-ils un discours mieux adapté aux patients ? Ceci pourrait s'expliquer par une activité antalgique plus importante chez les mésothérapeutes qui seraient alors mieux à même de conseiller leurs patients face à ce type de pathologies.

L'IMPACT DU COÛT DE LA MÉSOTHÉRAPIE

- Un frein pour les patients

Le coût est une cause de refus des patients pour 14% des mésothérapeutes, soit la troisième cause de refus. Ce problème n'a pas été mentionné par les médecins généralistes du groupe témoin.

On ne peut nier que la mésothérapie entraîne actuellement dans la plupart des cas un surcoût par rapport à une consultation sans mésothérapie. Ce surcoût peut provenir à la fois de dépassement d'honoraires et du matériel nécessaire (seringues, produits injectés...). Généralement, il n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale et le positionnement des complémentaires n'est pas toujours évident.

Cependant, le groupe témoin étant exclusivement constitué de praticiens champenois, la différence pourrait être en partie induite par la proportion de généra-

listes du secteur II, qui est vraisemblablement proche de zéro dans le groupe témoin contrairement aux mésothérapeutes.

La réduction des traitements per os pour la collectivité Les résultats du chapitre précédent ont établi que les mésothérapeutes prescrivent beaucoup moins de traitements per os que leurs confrères du groupe témoin, même si les réductions sont variables d'une classe à l'autre.

Il est difficile de chiffrer l'économie pour la Sécurité Sociale et les organismes d'assurances. En plus de ces économies directes, il convient d'ajouter les bénéfices liés aux effets secondaires moins nombreux ou aux reprises d'activité plus rapide.

Il conviendrait donc de définir un point d'équilibre entre le coût de la mésothérapie que pourrait supporter la Sécurité Sociale par exemple et l'économie qu'elle effectue par l'intermédiaire de celle-ci.

CONCLUSIONS

La première partie de cette étude nous a permis de constater que les prescriptions des médecins généralistes pratiquant la mésothérapie ne peuvent être analysées d'un seul tenant. En effet, l'ensemble des mésothérapeutes ne forme pas un ensemble homogène. Les habitudes de prescription de ces praticiens ont permis de les regrouper en quatre classes aux comportements bien distincts.

Une classe se détache de l'ensemble par une activité antalgique moins importante et une ancienneté en mésothérapie plus faible. Pour les trois autres classes, aucun élément de contexte ne permet d'identifier très nettement une classe par rapport aux autres. Il serait également intéressant de rechercher quels facteurs peuvent expliquer des prescriptions aussi divergentes.

La première intention de cette étude était de confirmer ou d'infirmer l'idée selon laquelle la mésothérapie permet aux médecins généralistes la pratiquant de diminuer leurs prescriptions de traitements per os. A l'issue de la comparaison avec le groupe témoin de médecins généralistes, il apparaît clairement que la mésothérapie remplit cet objectif pour les trois familles de pathologies considérées.

Mais les réductions ne sont pas similaires entre les classes de mésothérapeutes. On aurait pu s'attendre à une gradation progressive des réductions des traitements per os en fonction du nombre de séances de mésothérapie par exemple. De même, il n'aurait pas été choquant de constater une réduction limitée à certains traitements per os ou circonscrite à quelques pathologies. Les résultats de cette étude sont autres.

Les médecins généralistes utilisant le plus la mésothérapie, 57% de la population de l'étude, parviennent à réduire le recours aux traitements per os de manière extrêmement importante, souvent plus de -70%. Pour les mésothérapeutes où les nombres de séances sont inférieurs, le constat est plus mitigé selon le groupe. Une

classe, 26% du panel, parvient à restreindre les traitements per os, mais dans des proportions inférieures aux précédentes. Les diminutions sont beaucoup plus marginales voir nulles pour la dernière classe.

Les réductions de traitements per os sont ainsi très significatives pour 83% des mésothérapeutes ayant répondu au questionnaire lors du congrès de la SFM. En outre, les retours des patients du cabinet rémois ont montré que l'automédication ne semble pas être un élément perturbant ces résultats en restant une activité marginale.

Enfin la diminution des traitements per os n'a pas eu pour effet une baisse importante de l'efficacité des traitements et la satisfaction de la patientelle est restée stable.

Afin de confirmer ces résultats, une étude systématique basée sur les prescriptions réelles de mésothérapeutes et non sur des déclarations serait nécessaire. Le périmètre de la population de médecins généralistes mésothérapeutes devrait être élargi à une proportion importante de ces derniers. Cependant sa définition n'est pas immédiate. Doit-on se limiter aux détenteurs du DIU de mésothérapie, aux membres de la SFM ou obtenir la liste de tous les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie ? De même le groupe témoin devrait être étendu. Ensuite la période de collecte des prescriptions doit être la plus longue possible afin d'obtenir une représentativité suffisante et de limiter au maximum tout biais sur le périmètre étudié.

On ajoutera que certains critères peuvent être mesurés de multiples façons comme la douleur ressentie et que d'autres sont plus difficilement quantifiables comme la satisfaction du patient.

La mise en place d'une telle étude est lourde car nécessitant de grands moyens et l'approbation des médecins et des patients. Cependant, si elle confirme les résultats obtenus ici, elle permettrait de sceller l'efficacité et les avantages de la mésothérapie antalgique. La littérature traitant de ce domaine est peu développée. Pour les mésothérapeutes comme pour la patientelle, la légitimité de la mésothérapie antalgique en sortirait renforcée et son positionnement clarifié.

Ce document souligne l'hétérogénéité des gains obtenus par les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie. Il est dans l'intérêt de cette dernière de promouvoir les pratiques ayant les meilleurs bénéfices thérapeutiques. La Formation Médicale Continue – FMC – existe depuis de nombreuses années en médecine générale et son caractère obligatoire a été instauré par une loi de 2002 pour tous les médecins. Certes les 13 Cercles d'Etudes et de Recherche en Mésothérapie, créés à partir de 1981 par la SFM, contribuent à la FMC depuis 2008. Mais il n'existe pas d'obligation pour les mésothérapeutes à suivre des formations spécifiques à cette technique. Les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie peuvent obtenir l'ensemble de leurs points en suivant des formations n'ayant aucun lien avec la mésothérapie. C'est pourquoi la question de

l'instauration d'un système équivalent à la FMC spécifique à la mésothérapie antalgique mérite d'être soulevée. En dehors de ces modalités et du contrôle de son suivi, quel organisme devrait en avoir la responsabilité? La SFM semble être le candidat le plus à même à assumer cette fonction par sa crédibilité et son rôle central auprès des mésothérapeutes français.

BIBLIOGRAPHIE

PISTOR M. Un défi thérapeutique – matériel et techniques. Edition Maloine; 1986. p 22- 23
 BONNET C, LAURENS D, PERRIN J-J. Guide pratique de Mésothérapie. Edition MASSON. Vottem: Elsevier Masson S.A.S; 2008. p1-9
 PERRIN J-J. Les différentes techniques d'injection en mésothérapie. DIU Pitié Salpêtrière; 2007.p 3-4
 CORBEL D. Etude des cinétiques locales, régionales et générales de la voie ID par utilisation des traceurs radioactifs. Bulletin de la Société Française de Mésothérapie; 1986. 66: p 8 -10
 MREJEN D. La mésothérapie ponctuelle systématisée. Editions Médifusion; 1988.
 ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES/Service des recommandations et références professionnelles. Paris; février 1999
 BONNET C, LAURENS D, PERRIN J-J. Guide pratique de Mésothérapie. Edition MASSON. Herstal: Elsevier Masson S.A.S; 2008. P 367-369
 MREJEN D. Rapport médical sur l'ENATOME. Bulletin de la Société Française de Mésothérapie; 1994. 90: p 9-14
 DIFONZO EM, CAMPANILE GL, VANZI L, LOTTI L. Mesotherapy and cutaneous Mycobacterium fortuitum infection. Int. J. Dermatol; 2009. 48.6 : p 645-647
 CARBONNE A, BROSSIER F, ARNAUD I, et al. Outbreak of nontuberculous mycobacterial subcutaneous infections related to multiple mesotherapy injections. J. Clin. Microbiol ; 2009. 47. 6 : 19961-1964
 MUNAYCO CV, GRIJALVA CG, CULQUI DR, et al. Outbreak of persistent cutaneous abscesses due to Mycobacterium chelonae after mesotherapy sessions. Lima. Peru. Rev. Saude Publica ; 2008. 42.1 : p 146-149
 BEER K, WAIBEL J. Disfiguring scarring following mesotherapy-associated Mycobacterium cosmeticum infection. J.

Drugs Dermatol. ; 2009. 8.4 : p 391-393
 BONAFE JL, GRIGORIEFF-LARRUE N, BAURIAUD R. Les mycobactérioses cutanées atypiques : Résultats d'une enquête nationale. Ann. Dermatol. Venereol.; 1992. 119. 6-7: p 463 -470
 CARBONNE A, ARNAUD I, BROSSIER F, C-CLIN Nord, APHP, CNR Mycobacteries et al. Infections cutanées à mycobactéries atypiques chez des patients traités par mésothérapie. SFHH ; 2008
 PISTOR M. La mésothérapie dérange-t-elle?. Le quotidien du Médecin; 1991. 4516: p 32
 BINAGLIA M, MARCONI G, PITZURRA L. The diffusion of intradermally administered procaine. Giornale di Mesoterapia. I. SALUS Edition; 1981.
 QUESTREL R, et al. Mise en évidence par arthroscopie de l'activité sur la microcirculation de soluté injectable de procaine 2% par voie intradermique. Bulletin de la Société Française de Mésothérapie ; 1983. 58: p 17
 LE COZ J, DUPONT J-Y. L'injection au regard d'un genou par voie mésothérapeutique donne de bonnes concentrations intra-articulaires. Le Quotidien du Médecin; 1983.
 LE COZ J, MASSARE C. Xérophographie achilléennes sur cinq heures montrant l'intérêt de la procaine associée à un antalgique en mésothérapie. Bulletin de la Société Française de Mésothérapie; 1984. 61: p 10-11
 KAMOUN N, DZIRI C, BEN SALAH F. Physiothérapie – mésothérapie dans le traitement des cervicalgies communes. Rachis; 1998. 10: p 147-150
 SONCINI G, COSTANTINO C. The treatment of pathologic calcification of shoulder tendons with E.D.T.A bisodium salt by mesotherapy. Acta Biomed Ateneo Parmense; 1998. 69. 5-6 : p 133-138
 GINIES P, CLEMENT-MORIVAL E. Essai contrôlé en double insu contre placebo de l'efficacité antalgique de la lidocaïne injectable à 2% en perfusion sous-cutanée lente dans le soulagement des lomboradiculalgies. Doul. Et Analg.; 2005.1: p 13-17
 CACCHIO A, DE BLASIS P, SPASSA G et al. Effectiveness of treatment of calcific tendinitis of the shoulder by bisodium EDTA. Arthritis Rheum. ; 2009. 61.1 : p 84-91
 MENKES C-J, KAC OHANA N. Essai contrôlé du Diclofénac injectable en mésothérapie dans le traitement des tendinites. Revues du Rhumatisme; 1990. 57. (7-8) : p 589-591
 FALISSARD B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. 3^{ème} édition. Edition MASSON. Vottem: Elsevier Masson S.A.S; 2007