

Faculté de santé publique

Comment les médecines alternatives et complémentaires sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ?

Mémoire réalisé par
Charline Collard

Promoteur
Olivier Schmitz

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment les médecines alternatives et complémentaires sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ?

Mémoire réalisé par

Charline Collard

Promoteur

Olivier Schmitz

Année académique 2025-2026

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier mon promoteur, Monsieur Olivier Schmitz, pour ses conseils avisés, son expertise et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce travail.

Mes remerciements s'adressent ensuite à toutes les personnes que j'ai eu l'occasion d'interroger dans le cadre de mon mémoire, et qui se sont prêtées au jeu avec enthousiasme et sincérité. Leurs témoignages furent d'une grande richesse, tant pour mon travail que pour mon apprentissage personnel, et ont largement nourri l'intérêt que j'ai porté à cette thématique tout au long de ce travail.

Je tiens enfin à remercier ma famille et en particulier mes parents, pour leurs relectures attentives, ainsi que mes amis, dont les encouragements constants et le soutien ont rendu cette période de rédaction nettement plus agréable et m'ont permis de tenir jusqu'à la dernière page.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant.e.s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

L'UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

L'intelligence artificielle a été utilisée afin d'optimiser la clarté de la syntaxe et de corriger l'orthographe de ce travail.

TABLE DES MATIERES

1.1.1.	Liste des abréviations :.....	9
2.	INTRODUCTION	10
3.	CADRE THÉORIQUE	12
3.1.	Médecines alternatives et complémentaires (MAC).....	12
3.1.1.	Définitions et terminologie	12
3.1.2.	Typologie et classification des MAC	14
3.1.3.	Prévalence et dynamique d'utilisation : une demande croissante.....	15
3.1.4.	Le cadre législatif belge : la loi de Colla et ses limites.....	16
3.1.5.	Remboursement et formations en Belgique	17
3.1.6.	Niveau de reconnaissance scientifique et enjeux de l'Evidence-Based Medecine (EBM)	18
3.1.7.	Perceptions et controverses autour des MAC	20
3.2.	Maison Médicales	22
3.2.1.	Origines et histoire du mouvement	22
3.2.2.	Fonctionnement et financement	23
3.2.3.	Multidisciplinarité et organisation des équipes.....	24
3.2.4.	Une philosophie de soin globale et centrée sur le patient	25
3.2.5.	Les maisons médicales face à l'Evidence-Based Medecine	26
3.3.	MAC et maisons médicales: Enjeux pour la santé publique.....	27
3.3.1.	Le tournant vers les soins intégrés et centrés sur la personne.....	27
3.3.2.	La stratégie mondiale de l'OMS 2025-2034: vers une intégration raisonnée des MAC	28
3.3.3.	Motivations et freins potentiels à l'intégration des MAC dans les maisons médicales	29
3.3.4.	Ce que la littérature ne dit pas encore	30
4.	MÉTHODOLOGIE.....	31
4.1.	Question de recherche	31
4.2.	Type d'étude.....	32
4.3.	Population cible	32
4.4.	Collecte des données.....	33
4.4.1.	Phase 1 : Questionnaire en ligne.....	33
4.4.2.	Phase 2 : Entretiens semi-directifs	34
4.5.	Méthode d'échantillonnage.....	35
4.5.1.	Logique d'échantillonnage.....	35
4.5.2.	Composition de l'échantillon	35

4.5.3.	Tableau d'échantillonnage finalisé.....	36
4.6.	Méthode d'analyse des données.....	37
4.6.1.	Analyse descriptive des données du questionnaire.....	37
4.6.2.	Analyse qualitative des entretiens.....	37
4.7.	Considérations éthiques	37
5.	RÉSULTATS	38
5.1.	La perception des MAC par les professionnels de santé	39
5.1.1.	Une définition hétérogène : l'instabilité conceptuelle	39
5.1.2.	L'utilisation des MAC dans la pratique professionnelle.....	47
5.1.1.	La demande non formulée comme MAC.....	52
5.1.2.	Les facteurs influençant l'intégration des MAC dans les maisons médicales .	54
6.	DISCUSSION	61
6.1.	Mise en dialogue des résultats avec la littérature.....	61
6.1.1.	L'instabilité conceptuelle des MAC.....	61
6.1.2.	L'EBM : un frein mais aussi un langage commun.....	62
6.1.3.	Le silence des patients : un risque clinique confirmé et sous estimé.....	63
6.1.4.	Le frein financier et l'équité d'accès	64
6.1.5.	Le cadre légal en mutation, entre un vide juridique et transition incertaine	65
6.1.6.	Les MM comme terrain d'intégration.....	66
7.	Les apports de la recherche.....	67
8.	Limites de la recherche	67
9.	Perspectives.....	68
10.	Conclusion	70
11.	Référence bibliographique	72
12.	Annexes.....	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition des participants par commune bruxelloise (nombre de répondants et de MM par commune)	33
Figure 2. Présence de MAC au sein de la maison médicale (N=66)	41
Figure 3. Légitimité perçue des MAC au sein des MM (N=66)	43
Figure 4. Freins à l'intégration des MAC dans les MM (multi-réponse, N=66).....	54

1.1.1. Liste des abréviations :

- ABMA : Association belge des médecins acupuncteurs
- ASBL : Association sans but lucratif
- EBM : Evidence-Based Medicine
- FMM : Fédération des maisons médicales
- GICAP : soins Globaux, Intégrés, Continus, Accessibles et Participatifs
- INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité
- KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- MAC : Médecines alternatives et complémentaires
- MM : Maison médicale
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- TCIM : médecine Traditionnelle, Complémentaire et Intégrative

2. INTRODUCTION

Il y a une image qui revient souvent dans mon esprit quand je pense à ce qui m'a amenée à écrire ce mémoire. C'est une image simple, presque banale, mais qui dit beaucoup. Un patient hospitalisé ayant une douleur au cou lors de sa nuit, en quelques minutes, avant même qu'une conversation ait vraiment eu lieu, un paracétamol est déjà posé sur la table de chevet. La douleur sera peut-être soulagée. Mais qu'est-ce qui l'a provoquée ? Est-ce que ce patient dort bien, est-ce qu'il est stressé, est-ce que son corps lui envoie un signal qu'il n'a pas appris à décoder ? Ces questions-là, souvent, n'ont pas le temps d'être posées en contexte hospitalier.

C'est cette réalité que j'ai observée tout au long de mes stages et de mes premières années comme infirmière diplômée en 2024. Une médecine qui soigne vite, parfois bien, mais qui perd en chemin quelque chose d'essentiel : le patient dans sa globalité ! Cette observation m'a conduite vers une question plus large, Est-il possible de faire autrement, de garder ce côté humain sans renoncer à la rigueur scientifique ?

Mon intérêt pour les médecines alternatives et complémentaires (MAC) est né de là, mais aussi d'une curiosité personnelle de longue date pour des pratiques comme l'aromathérapie et la naturopathie. Mon travail de fin d'études en soins infirmiers portait déjà sur la naturopathie et son impact sur la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein. Une pathologie pour laquelle 30 à 60% des personnes touchées ont recours aux MAC, sans en informer leur médecin (Boissinot, 2020). C'est cette expérience qui m'a convaincue que quelque chose se jouait dans cet espace entre médecine conventionnelle et pratiques complémentaires et surtout que ce quelque chose méritait d'être étudié sérieusement. D'où le choix d'un master en santé publique, pour agir non plus au chevet du patient, mais au niveau des structures, des politiques et des cultures professionnelles qui encadrent le soin.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En Belgique, 16% de la population de 15 ans et plus a consulté un praticien de médecines non conventionnelles au cours des 12 derniers mois, contre 9,2% seulement en 2013 (Sciensano, 2024). En dix ans, le recours aux MAC a quasiment doublé. À l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 80 % de la population mondiale a recours à la médecine traditionnelle (Boissinot, 2020). Face à cette réalité, l'OMS ne détourne pas le regard : dans sa toute nouvelle stratégie mondiale 2025-2034 pour la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative, elle appelle explicitement ses états membres à intégrer de façon raisonnée les MAC dans leurs systèmes de santé et en priorité au niveau des soins primaires (OMS, 2025). Ce n'est pas un détail. C'est un signal fort que le

débat sur la place des MAC dans les soins n'est plus seulement une curiosité marginale, c'est une question de santé publique.

Ce débat je voulais d'abord l'explorer dans un contexte hospitalier, particulièrement en oncologie, terrain que je connais bien. C'est mon promoteur qui m'a orientée vers un terrain que je n'avais pas envisagé, mais qui s'est très vite révélé encore plus pertinent: les maisons médicales. Et à vrai dire, ce choix résonne avec quelque chose de profondément personnel. Depuis mes 12 ans, je suis moi-même patiente dans une maison médicale et j'ai toujours aimé ce que ce modèle représente : une médecine qui prend le temps, qui s'organise en équipe et qui réfléchit à sa façon de soigner, une médecine où la personne compte vraiment, pas seulement sa pathologie.

Les maisons médicales, ces structures de soins primaires organisées en équipes pluridisciplinaires et souvent financées au forfait, portent des valeurs qui leur sont propres : accessibilité pour tous, approche globale du patient, travail en équipe, attention aux déterminants sociaux de la santé (Jamart et al., 2023; Fédération des maisons médicales, 2021). Certaines de ces valeurs peuvent nous faire penser à ce que les MAC cherchent aussi à promouvoir : une prise en charge de la personne dans sa globalité, au-delà du seuil symptôme, mais ceci mériterait d'être d'avantage éclairé et analysé afin d'éviter les clichés. Et pourtant, à notre connaissance, personne n'a encore vraiment demandé aux professionnels qui travaillent dans ces structures comment ils se positionnent à l'égard de la question des MAC dans leur pratique quotidienne. Surtout pas à Bruxelles, une région caractérisée par une grande diversité culturelle, des niveaux élevés de précarité sociale et un tissu de maisons médicales particulièrement dense et engagé.

C'est cette « zone grise » que ce mémoire cherche à éclairer. La question de recherche qui en découle est la suivante:

« Comment les médecines alternatives et complémentaires sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ? »

Pour y répondre, ce travail est organisé en deux grandes parties. La première est une revue de la littérature qui pose les bases théoriques nécessaires: Qu'est-ce que c'est les MAC, comment les maisons médicales fonctionnent-elles et pourquoi leur articulation est-elle devenue un enjeu de santé publique? La seconde est une étude empirique qualitative, menée auprès de

professionnels de santé travaillant dans des maisons médicales bruxelloises, dont les résultats seront ensuite mis en dialogue avec la littérature dans une discussion approfondie.

Ce mémoire ne prétend pas trancher le débat sur la légitimité des MAC ni plaider pour ou contre leur intégration systématique. Il cherche simplement à donner la parole à ceux et celles qui sont en première ligne, les professionnels de santé, pour mieux comprendre comment ils vivent cette question et ce que leurs perceptions nous apprennent sur les conditions d'une médecine de première ligne plus globale, plus humaine et mieux adaptée aux besoins réels des patients aujourd'hui.

3. CADRE THÉORIQUE

Cette partie théorique est organisée en trois chapitres qui progressent du général au particulier. Le premier chapitre revient sur ce que sont les MAC : leurs définitions, leurs classifications, leur prévalence croissante, les débats scientifiques qu'elles suscitent et le cadre réglementaire belge qui les encadre. Le deuxième chapitre présente les maisons médicales comme un modèle de soins primaires particulier en Belgique : leur histoire, leur fonctionnement au forfait, leur philosophie de soin globale et les tensions qu'elles traversent vis-à-vis de la médecine fondée sur les preuves (Jamart et al., 2023 ; Lorant, 2013). Le troisième chapitre fait le lien entre ces deux mondes en montrant pourquoi leur articulation est devenue un enjeu de santé publique avec une demande des patients qui augmente, des freins et motivations déjà identifiés dans la littérature et une lacune spécifique dans les connaissances sur le contexte bruxellois que ce mémoire cherche à combler (Boissinot, 2020 ; Suissa et al., 2020).

3.1. Médecines alternatives et complémentaires (MAC)

3.1.1. Définitions et terminologie

Avant d'aborder le cœur de ce travail, il convient de clarifier les concepts qui en constituent le fondement. La médecine peut être définie, dans son acceptation la plus générale, comme « la science qui a pour objet l'étude, le traitement et la prévention des maladie, et l'art de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleurs conditions de santé » (CNRTL, s.d.). Dans ce cadre, il est courant d'opposer la médecine dite « conventionnelle » à un ensemble d'approches regroupées sous des appellations variées.

La médecine conventionnelle, également désignée comme « occidentale », « moderne », « biomédecine » ou « allopathique », constitue l'approche dominante dans les systèmes de santé européens. Elle se fonde sur des données scientifiques éprouvées et est enseignée, exercée

et reconnue par les systèmes d'assurance maladie, notamment en Belgique (Boissinot, 2020 ; Drieskens et al., 2025).

Face à cette médecine dite « conventionnelle », il existe un ensemble d'approches thérapeutiques relevant du champ « non conventionnel », qui se veulent complémentaires, voire alternatives, à la médecine classique. Ces pratiques sont désignées par de nombreux termes aux nuances légèrement différentes : médecines douces, médecines parallèles, médecines naturelles, thérapies alternatives, ou encore médecines traditionnelles (Boissinot, 2020 ; Suissa et al., 2020). Le terme générique le plus fréquemment utilisé dans la littérature scientifique est celui de « Complementary and Alternative Medicine » (CAM) en anglais et de « Médecine Alternative et Complémentaire » (MAC) en français. C'est ce terme qui sera privilégié tout au long de ce travail.

L'OMS a publié un rapport sur les médecines traditionnelles et complémentaires pour montrer que de plus en plus de pays reconnaissent l'importance de les intégrer dans leur système de santé national. Elle les définit comme « la somme total des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales » (OMS, 2019). Le terme « *complémentaire* » renvoie aux pratiques utilisées en sus des soins conventionnels, tandis que le terme « *alternative* » désigne celles utilisées à leur place (Drieskens et al., 2025).

À partir d'une analyse approfondie de 62 publications francophones issues des sciences médicales, humaines, sociales et politico-juridiques, Suissa et al. (2020) proposent une définition opératoire plus précise : les MAC constituent « différentes formes hétérodoxes de soins non médicalisant, plus ou moins éloignées des pratiques médico-scientifiques et dispensées par des praticiens dûment ou insuffisamment formés pour répondre à la demande et/ou aux besoins des usagers ». Inscrites dans le champ de la médecine non conventionnelle, elles s'avèrent étrangères au modèle biomédical de référence, tout en entretenant avec lui des rapports variés : certaines pratiques sont acceptées et partiellement intégrées, d'autres simplement tolérées, d'autres encore rejetées par la médecine institutionnelle (Suissa et al., 2020).

Il est important de prendre en compte que la conceptualisation des MAC représente un processus complexe impliquant un concept polymorphe, en référence à de multiples pratiques, de natures différentes et appliquant diverses techniques (Suissa et al., 2020). C'est précisément

cette hétérogénéité qui rend toute définition hermétique particulièrement difficile à établir et qui apporte à ce champ son caractère dynamique et évolutif.

3.1.2. Typologie et classification des MAC

Le champ des MAC est extrêmement vaste. L'OMS a répertorié plus de 400 pratiques et thérapies non conventionnelles dans le monde (OMS, 2013). Les classifications internationales les organisent généralement en grandes catégories fonctionnelles. Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) américain, l'une des institutions de référence dans ce domaine, distingue notamment les systèmes médicaux alternatifs complets tels que :

- Les thérapies biologiques qui reposent sur l'utilisation de substances naturelles à base de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie, homéopathie, naturopathie...).
- Les thérapies manuelles ou physiques qui sont orientées vers la manipulation physique du corps (ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, massage...).
- Les approches corps-esprit visant à renforcer l'influence de la pensée sur le corps (hypnose, méditation, sophrologie, yoga, relaxation...).
- Les systèmes médicaux complets qui constituent des ensembles cohérents de pratiques fondées sur une philosophie et une vision du monde propres (médecine traditionnelle chinoise, acupuncture, ayurveda, naturopathie,...).

(Boissinot, 2020 ; Drieskens et al., 2025)

Au niveau européen, comme le rappelle Boissinot (2020), parmi les quelque 400 pratiques comptabilisées par l'OMS dans le monde, chaque pays opère ses propres choix de reconnaissance. En Belgique, le cadre légal établi en 1999 reconnaît officiellement quatre formes de médecines non conventionnelles: L'homéopathie, l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie (Drieskens et al., 2025 ; De Gendt et al., 2011). Ces quatre pratiques font l'objet d'un encadrement spécifique, ce qui ne signifie pas pour autant que les autres pratiques MAC sont absentes du paysage belge, mais simplement qu'elles évoluent dans un vide réglementaire plus marqué. Ce cadre légal constitue le point de départ de la réflexion de ce mémoire et non son périmètre. Parce que la question de recherche s'intéresse aux perceptions et usages effectifs des professionnels, l'analyse ne se limite pas aux seules pratiques reconnues par la loi Colla, au risque de passer à côté d'une partie importante de ce qui se passe réellement sur le terrain.

3.1.3. Prévalence et dynamique d'utilisation : une demande croissante

L'essor des MAC constitue un phénomène mondial, documenté et durable. À l'échelle internationale, l'OMS indique que 80% de la population mondiale a recours à la médecine holistique et que dans les pays occidentaux, la proportion de personnes ayant recours à des soins non conventionnels varie de 20 à 50% (Boissinot, 2020). En 2018, 170 états membres de l'OMS sur 194, soit 88%, reconnaissaient formellement l'intégration de ces médecines au travers de politiques nationales, de législations ou de programmes (OMS, 2019). Ce chiffre illustre à quel point le recours aux MAC est devenu une réalité incontournable pour les systèmes de santé contemporains.

En Belgique, les données les plus récentes issues de l'enquête de santé 2023-2024 de Sciensano confirment cette tendance à la hausse. Le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus ayant consulté un praticien de médecine non conventionnelle au cours des 12 derniers mois a significativement progressé, passant de 9,2% en 2013 à 16,0% en 2023-2024 (Drieskens et al., 2025). Parmi les quatre pratiques reconnues, l'ostéopathie se distingue nettement comme la plus fréquentée, avec un taux de consultation de 12,4% en 2023-2024, contre seulement 4,5% en 2001 (Drieskens et al., 2025). Cette progression doit toutefois être interprétée avec prudence : elle pourrait traduire non pas une hausse réelle du recours à l'ostéopathie, mais plutôt une hausse du taux de déclaration, favorisée par la reconnaissance légale progressive de cette pratique depuis la loi de 1999 sur les médecines non conventionnelles.

Ces chiffres ne présentent pas de différences significatives entre les trois régions du pays, bien que des spécificités existent. En région bruxelloise, la distribution par âge est légèrement distincte: le recours aux MAC est particulièrement élevé dans les tranches d'âge 45-54 ans (19,5%) et 65-74 ans (20,2%) et ne présente pas de différence significative selon le sexe, contrairement aux tendances observées en Flandre et en Wallonie (Drieskens et al., 2025).

Sur le plan des profils socio-démographiques, trois groupes se démarquent comme usagers plus fréquents des MAC : les femmes (18% contre 13,9% pour les hommes), les personnes d'âge moyen particulièrement les 35-44 ans (23,4%) et les 45-54 ans (22,4%) et finalement les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (20,5%) (contre 13,9% des diplômés du secondaire et 6,4% des personnes sans diplôme secondaire). Le rapport de Sciensano souligne à cet égard que les moyens financiers, souvent corrélés au niveau d'éducation, déterminent dans une large mesure l'accès aux MAC, ces pratiques n'étant pas ou peu remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Cette augmentation du recours aux MAC n'est pas le seul fait de la Belgique. Des tendances similaires sont observées dans d'autres pays européens : au Danemark par exemple, l'utilisation des médecines non conventionnelles au cours des 12 derniers mois est passée de 10 % en 1987 à 24 % en 2021 (Drieskens et al., 2025). De même, Drieskens et al. (2025) montrent que cette augmentation ne serait pas tant le reflet d'un mécontentement à l'égard de la médecine conventionnelle, mais davantage l'expression d'une recherche de soins plus holistiques, en particulier pour les maladies chroniques, d'une approche spirituelle ou encore d'un désir de maintien de l'autonomie dans la gestion de sa propre santé.

3.1.4. Le cadre législatif belge : la loi de Colla et ses limites

En Belgique, le cadre juridique régissant les pratiques non conventionnelles est défini principalement par la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. Cette loi est communément appelée « loi Colla », du nom du ministre de la santé qui en fût à l'origine (Moniteur Belge, 24 juin 1999).

Cette loi visait à répondre à une demande formulée par le parlement européen dès 1997, qui invitait les états membres à se doter d'un cadre de reconnaissance des médecines complémentaires et à en étudier la sécurité, l'opportunité et le champ d'application (De Gendt et al., 2011). Elle a également posé les bases de la reconnaissance officielle de quatre disciplines en Belgique: l'homéopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture (Drieskens et al., 2025).

Son objectif central était de garantir la qualité des soins aux patients, au moyen d'un double système d'enregistrement : celui des pratiques non conventionnelles elles-mêmes, soumises à certaines conditions et celui des praticiens qui les exercent, pour lequel ils doivent satisfaire à des conditions générales et spécifiques à leurs disciplines (art. 3 et 6 ; loi Colla, 1999). Cet enregistrement devait être organisé par une commission paritaire et des chambres professionnelles, dont les missions incluent notamment de rendre des avis sur les formations, de définir les critères de qualité et d'accessibilité des soins et de déterminer les conditions d'enregistrement des praticiens (De Gendt et al., 2011).

Cependant, malgré son adoption en 1999, la loi Colla n'est que partiellement entrée en vigueur à ce jour. Son principal obstacle est que la commission paritaire, étant pourtant le point de départ de son exécution, n'a toujours pas été constituée plus de dix ans après la promulgation de la loi, ce qui a de facto empêché celle-ci de produire ses effets concrets, maintenant un vide

juridique préjudiciable à la sécurité des patients (De Gendt et al., 2011). Le KCE (2011) qui est le centre fédéral d'expertise des soins de santé avance pour argument que l'efficacité empirique des pratiques désignées par la loi n'a pas encore été strictement démontrée, ce qui constitue un frein supplémentaire à leur reconnaissance complète. Comme le souligne le KCE, ce vide juridique crée des situations paradoxales sur le terrain : des praticiens formés et membre d'organisations professionnelles reconnues peuvent se trouver en situation d'exercice illégal de la médecine, faute d'un cadre exécutoire clair (De Gendt et al., 2011). Une étape a toutefois été franchie en 2014, lorsque certaines dispositions de la loi sont entrées en vigueur, notamment celle selon laquelle le titre d'homéopathe ne peut désormais être détenu que par des médecins, des dentistes et des sage-femmes (Drieskens et al., 2025).

Il convient de noter qu'en novembre 2025, le parlement belge a voté l'abrogation de la loi Colla, mettant fin à plus de 25 ans d'un feuilleton législatif inachevé. En effet la loi de Colla reposait sur des arrêtés royaux d'exécution qui n'ont jamais été finalisés, faute de consensus politique et scientifique suffisant pour en permettre l'application concrète. (Solidaris Wallonie, 2025). Cette décision consacre définitivement le vide juridique que la loi n'avait jamais réussi à combler. Les quatre pratiques qu'elle devait encadrer se retrouvent désormais sans cadre légal spécifique, alors même que ce cadre visait à organiser leur reconnaissance et leur encadrement. Elles sont désormais soumises au droit commun de la santé, notamment à la loi Qualité (Solidaris Wallonie, 2025). On est ainsi passé d'un système qui promettait un encadrement spécifique à ces pratiques à un cadre général, leurs praticiens devant respecter les mêmes obligations que tout prestataire de soins, n'ayant pas de statut propre ni critères officiels de formations adaptés à ces disciplines (Solidaris Wallonie, 2025 ; Le Spécialiste, 2026).

Face à cette situation, l'Association belge des médecins acupuncteurs (ABMA) dénonce une « tolérance grise » et réclame un encadrement strict, notamment pour l'acupuncture, considérée par la loi comme un acte invasif impliquant l'utilisation d'aiguilles. En attendant de nouvelles directives, seuls les membres du corps médical, du personnel infirmier et des professions paramédicales formés sont autorisés à pratiquer l'acupuncture en Belgique (Mutualité Chrétienne, 2025).

3.1.5. Remboursement et formations en Belgique

Sur le plan financier, la nomenclature de l'INAMI ne prévoit pas de remboursement spécifique pour les MAC. Certaines mutuelles belges proposent néanmoins des remboursements partiels via leurs assurances complémentaires, mais les montants et les pratiques éligibles varient

fortement selon les organismes assureurs (De Gendt et al., 2011; Drieskens et al., 2025). Une variabilité qui interroge l'équité du système de remboursement, quand bien même le recours aux MAC demeure statistiquement plus fréquent chez les populations favorisées (Drieskens et al., 2025).

Il convient par ailleurs de ne pas assimiler trop rapidement les MAC à des soins de première ligne au sens biomédical. Saillant et Gagnon (1999) proposent à cet égard de distinguer le *cure*, généralement associé au traitement technique et au corps-machine, du *care*, entendu comme l'accompagnement relationnel de personnes fragilisées. Les auteurs soulignent toutefois que cette opposition, bien que largement répandue, mérite d'être interrogée plutôt qu'acceptée telle quelle : elle repose sur une distinction nature/culture qui présuppose, à tort, qu'il n'y aurait « pas de technique dans l'humain » et que le soin relationnel se limiterait à un simple soutien moral. Cette mise en garde invite à ne pas réduire les MAC à une fonction purement relationnelle qui s'opposerait à l'efficacité technique de la médecine conventionnelle, mais plutôt à interroger leur place dans les structures de soins sous un angle qui dépasse la seule efficacité curative stricte.

En matière de formation, plusieurs filières existent en Belgique pour l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture, mais leur niveau et leur durée restent hétérogènes et leur reconnaissance officielle demeure incomplète. Le KCE note que certains praticiens exercent dans le cadre de formations qui ne couvrent pas nécessairement des domaines permettant de garantir la sécurité des patients (De Gendt et al., 2011). Cette hétérogénéité pose des problèmes de qualité, de sécurité et de responsabilité pour les patients et reflète le défi plus large d'harmoniser les exigences de formation pour les praticiens de MAC en Belgique, qui reste une condition indispensable à une intégration sécurisée dans le système de santé.

3.1.6. Niveau de reconnaissance scientifique et enjeux de l'Evidence-Based Medicine (EBM)

La question de l'efficacité des MAC est au cœur des débats qui les entourent et constitue l'un des principaux points de tension avec la médecine conventionnelle. Elle mérite cependant d'être posée avec précision: de quelle efficacité parle-t-on? La littérature distingue en effet plusieurs registres. L'efficacité clinique mesurable, l'efficacité perçue par les patients et l'efficacité symbolique ou relationnelle, liée au rituel thérapeutique et à la qualité de l'interaction soignant-soigné (Kaptchuk, 2002 ; De Gendt et al., 2011). Hogedez et Gaudreault (2019) distinguent à cet égard l'efficacité clinique spécifique, mesurable par essai randomisé

contrôlé, de l'efficacité contextuelle, liée au rituel thérapeutique, à l'environnement de soin et à la qualité de la relation patient-thérapeute. Cette seconde forme d'efficacité, souvent qualifiée d'effet placebo contextuel, n'est pas réductible à une absence d'effet: elle renvoie à des mécanismes psychologiques et relationnels reconnus (Kaptchuk, 2002). Or, l'EBM, cadre de référence dominant dans le système de santé occidentaux, évalue principalement l'efficacité spécifique, laissant l'efficacité contextuelle largement hors de son périmètre d'évaluation (Hogedez & Gaudreault, 2019).

Sur le plan de l'efficacité clinique, la recherche sur les MAC s'est considérablement développée. Dès 2011, plus de 7 000 essais cliniques randomisés avaient été réalisés et 600 revues systématiques publiées dans ce domaine (Boissinot, 2020). Cependant, la grande variabilité des résultats empêche souvent de tirer des conclusions fiables pour l'ensemble du champ des MAC et la méthodologie des essais cliniques randomisés, conçue pour évaluer des molécules pharmacologiques, s'adapte difficilement à des pratiques holistiques, personnalisées et relationnelles (Boissinot, 2020 ; Drieskens et al., 2025). Les études sur les MAC sont souvent critiquées pour leur petit échantillon, l'absence de groupe contrôle, la difficulté à mettre en place un « placebo » pour des thérapies manuelles ou des pratiques holistiques et les biais de publication. L'OMS (2013) reconnaît ainsi que pour de nombreux MAC, les preuves restent insuffisantes ou peu concluantes.

Le cas de l'homéopathie illustre particulièrement bien ces tensions dans le contexte belge. La revue systématique réalisée par le KCE conclut qu'aucune des études publiées, même parmi celles de bonne qualité méthodologique, n'a démontré d'efficacité supérieure au placebo (De Gendt et al., 2011). Le concept d'effet placebo occupe d'ailleurs une place centrale dans ce débat. Défini comme l'amélioration d'une condition après l'administration d'une intervention inerte, il dépendrait du rituel thérapeutique, des conditions environnementales et de la qualité de la relation patient-thérapeute, des éléments souvent très développés dans les MAC (Tausk et al., 2013). Des risques annexes existent néanmoins, tels que le retard de mise en œuvre d'un traitement conventionnel efficace, sans que des effets secondaires directs n'aient pu être démontrés (De Gendt et al., 2011).

Cette situation crée un cercle vicieux bien documenté. Faute de preuves suffisantes, les MAC peinent à s'imposer dans les milieux scientifiques et institutionnels, ce qui limite à son tour le financement de la recherche et freine leur intégration dans les formations médicales. Boissinot (2020) note à cet égard qu'il n'existe que peu de subventions pour la recherche sur les MAC, et

que celles-ci se limitent quasi exclusivement à des programmes hospitaliers. Aucun enseignement systématique n'est intégré aux études générales de médecine, alors que la demande des patients est croissante. Cette lacune de formation constitue l'un des obstacles majeurs à une intégration raisonnée des MAC dans les pratiques professionnelles (Boissinot, 2020 ; Romero-García et al., 2024).

3.1.7. Perceptions et controverses autour des MAC

3.1.7.1. Motivations au recours aux MAC

Les raisons qui poussent les individus à se tourner vers les MAC sont multiples. La littérature distingue généralement deux types de facteurs: les « push factors », qui éloignent les patients de la médecine conventionnelle, et les « pull factors » qui les attirent vers les MAC (Reid et al., 2016).

Parmi les push factors, on retrouve principalement la persistance des symptômes malgré un traitement conventionnel, les effets secondaires des médicaments allopathiques, le sentiment d'une médecine trop centrée sur la maladie au détriment de la personne dans sa globalité et un sentiment de manque d'écoute dans la relation soignant-soigné. En Belgique, ces dynamiques sont bien documentées, 23 % des utilisateurs de MAC y ont recours en raison de la persistance de leurs symptômes et 6 % suite aux effets secondaires de médicaments (De Laeter, 2017). Drieskens et al. (2025) confirment que cette augmentation du recours aux MAC n'est pas tant le résultat d'un mécontentement vis-à-vis de la médecine conventionnelle, mais reflète plutôt une recherche de soins qui correspondent mieux à la philosophie de vie des utilisateurs.

Les pull factors incluent la recherche d'une approche holistique intégrant le corps, l'esprit et l'environnement, une philosophie de vie orientée vers la prévention et l'autonomie, ainsi que le poids des recommandations de l'entourage. En Belgique, 30 % des utilisateurs de MAC y ont eu recours sur conseil d'un proche et 12 % sur recommandation de leur médecin traitant (De Laeter, 2017). Selon Drieskens et al. (2025), les principales motivations documentées incluent la recherche de soins plus holistiques (particulièrement pour les maladies chroniques), une approche spirituelle, le soulagement des symptômes et des effets secondaires, l'amélioration de la qualité de vie et le maintien d'une certaine autonomie dans la gestion de sa santé. Cette aspiration à des soins plus globaux s'inscrit dans ce que Saillant et Gagnon (1999) définissent comme la dimension care : un ensemble de geste et de paroles visant le soutien,

l'accompagnement et le lien social auprès de personnes fragilisées, au-delà du seul traitement biomédical de la maladie.

Ces motivations sont cohérentes avec celles observées à l'échelle européenne. Une étude menée en Croatie auprès de 832 participants montre que les patients atteints de cancer affichent une attitude significativement plus positive envers les MAC que les professionnels de santé, et que leur recours est principalement motivé par la volonté d'améliorer leur qualité de vie et d'atténuer les effets secondaires des traitements conventionnels (Armano et al., 2025). Ce constat s'explique en partie par les caractéristiques mêmes des traitements oncologiques qui sont lourds, prolongés et souvent iatrogènes. Cela pousse les patients à chercher des formes de soutien complémentaire relevant davantage du care que du cure (Saillant & Gagnon, 1999). C'est d'ailleurs dans ce contexte que l'on retrouve les taux d'utilisation des MAC les plus élevés.

Des facteurs culturels et identitaires jouent également un rôle, particulièrement pertinent dans un contexte multiculturel comme celui de la Région Bruxelloise. Certaines populations ont recours aux MAC parce qu'elles s'inscrivent dans leur tradition culturelle ou leur système de croyances et la recherche de sens dans la maladie peut constituer un puissant moteur de recours à ces pratiques (Drieskens et al., 2025).

Ces motivations se traduisent par un niveau de satisfaction globalement élevé chez les utilisateurs belges de MAC : 92 % se déclarent satisfaits, principalement pour des raisons d'efficacité (62 %), d'amélioration des symptômes (11 %) et d'absence d'effets secondaires (8 %) (De Laeter, 2017).

3.1.7.2. Controverses et limites des MAC

L'essor des MAC ne va pas sans soulever des controverses légitimes, qui s'expriment à plusieurs niveaux.

Sur le plan scientifique, l'absence de preuves robustes pour une grande partie ces pratiques est régulièrement soulignée par les institutions de santé (OMS, 2019 ; De Gendt et al., 2011). Et ce, malgré un intérêt croissant de la recherche, illustré par les milliers d'essais réalisés depuis les années 2000. Les résultats restent cependant hétérogènes et peu concluants pour de nombreuses pratiques et certains auteurs soulignent la difficulté à appliquer les standards de l'EBM à des approches par définition individualisées et holistiques (Romero-García et al., 2024).

Sur le plan de la sécurité, les risques ne doivent pas être minimisés. Seuls 8 à 25 % des praticiens de MAC sont titulaires d'un diplôme de médecine (Drieskens et al., 2025). Des effets secondaires allant de légers à graves, voire mortels dans certains cas, sont signalés de plus en plus fréquemment dans la littérature (Drieskens et al., 2025). Le manque de cadre réglementaire ouvre la porte à des pratiques dites charlatanesques et à des dérives sectaires. Des interactions entre certaines plantes médicinales et des traitements allopathiques sont documentées, tout comme des retards de diagnostic chez des patients qui renoncent à consulter un médecin conventionnel (Suissa et al., 2020 ; Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023).

Un signal particulièrement préoccupant pour la sécurité et la coordination des soins est le silence des patients autour de leur recours aux MAC. En France, environ 75 % des patients qui y ont recours n'en informent pas leur médecin (Boissinot, 2020). Ce silence traduit à la fois une crainte du jugement de la part du praticien et une insuffisance du dialogue autour des pratiques non conventionnelles dans la relation de soin. La même dynamique est observée à l'échelle européenne. Armano et al. (2025) soulignent que le manque de communication entre patients et professionnels de santé constitue l'un des principaux obstacles à une intégration sûre des MAC dans les systèmes de soins.

Sur le plan financier, l'absence de remboursement organisé engendre des coûts importants pour les patients, accentuant les inégalités d'accès. Enfin, un enjeu de légitimité institutionnelle se pose. Celui de reconnaître officiellement des pratiques dont l'efficacité n'est pas encore clairement établie risque de brouiller les frontières entre science et pseudoscience et d'éroder la confiance dans les institutions de santé publique, un enjeu particulièrement sensible dans le contexte post-COVID-19 (Suissa et al., 2020).

3.2. Maison Médicales

3.2.1. Origines et histoire du mouvement

Pour comprendre ce que sont les maisons médicales aujourd'hui, il faut remonter à leur origine, qui est profondément liée au contexte social et politique de la Belgique des années 1970. À cette époque, un mouvement de contestation du modèle médical dominant émerge chez des médecins et des professionnels de santé engagés, fortement marqués par les idées de Mai 68. Ces acteurs remettent en cause une médecine trop centrée sur les hôpitaux, trop technique et trop peu attentive aux réalités sociales et humaines des patients. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les premières MM, portées par une ambition claire : proposer une médecine

différente, accessible à tous, qui traite le patient dans sa globalité et non pas uniquement sa maladie (Fédération des maisons médicales, 2021).

La toute première initiative remonte à 1971, quand les docteurs Kris Merckx et Michel Leyers ouvrent un cabinet dans la commune ouvrière de Hoboken, près d'Anvers, en offrant des soins sans ticket modérateur. Malgré les procès intentés par l'Ordre des médecins, cette structure tient bon et inspire d'autres créations similaires en Wallonie et à Bruxelles (Fédération des maisons médicales, 2021). En 1980, une trentaine de MM se réunissent à La Marlagne pour constituer officiellement la Fédération des maisons médicales (FMM), qui compte aujourd'hui 130 pratiques en Belgique francophone (Jamart et al., 2023).

Un moment charnière dans l'histoire du mouvement est la grève des médecins de 1979. Lancée par les syndicats médicaux traditionnels, cette grève est largement sabotée par les maisons médicales, qui choisissent de maintenir la continuité des soins. Cet épisode leur donne une visibilité politique importante et ouvre la voie à la mise en place du financement au forfait en 1982, l'une de leurs revendications phares (Fédération des maisons médicales, 2021).

Depuis lors, le mouvement n'a cessé de grandir. La FMM s'est affirmée comme un acteur reconnu de la première ligne de soins en Belgique, avec une identité forte, des valeurs communes et une volonté de continuer à porter un projet à la fois médical et social.

3.2.2. Fonctionnement et financement

Les MM sont des structures de soins de première ligne organisées en équipes pluridisciplinaires. Elles ont le statut d'ASBL (association sans but lucratif) et fonctionnent selon des principes d'autogestion, ce qui signifie que tous les travailleurs participent aux décisions collectives, sans hiérarchie formelle entre eux (Fédération des maisons médicales, 2021). Ce mode de fonctionnement est l'un des traits distinctifs du modèle par rapport à une pratique médicale classique.

Sur le plan du financement, deux systèmes coexistent. Le premier est le paiement à l'acte, qui reste le modèle majoritaire en Belgique. Le patient paie la consultation, puis se fait rembourser par sa mutuelle. Le second est le paiement au forfait, qui est le modèle dominant dans les MM affiliées à la fédération depuis la fin des années 1990. Dans ce système, les mutuelles versent chaque mois une somme forfaitaire à la MM pour chaque patient inscrit et le patient ne paie

rien lors de ses consultations et donc pas de ticket modérateur (Fédération des maisons médicales, 2021 ; Jamart et al., 2023). Le mode de calcul du montant forfaitaire a été profondément revu en 2013-2014 pour mieux tenir compte du profil de la patientèle. Il est désormais calculé en fonction de 41 variables propres à chaque MM, notamment l'âge moyen des patients, leur statut social, la présence de maladies chroniques ou encore d'éventuels handicaps (Fédération des maisons médicales, 2021).

Ce mode de financement présente plusieurs avantages. D'abord, il améliore nettement l'accessibilité financière aux soins, ce qui est particulièrement important pour les populations précaires. Ensuite, il libère les soignants de la logique du rendement à l'acte et leur permet de consacrer du temps à des activités de prévention, de promotion de la santé et de coordination des soins (Jamart et al., 2023). Les données le montrent concrètement. Les patients suivis en MM au forfait bénéficient davantage de vaccinations et de dépistages que la moyenne nationale. 28 % de plus pour la vaccination contre la grippe chez les plus de 65 ans, 5 % de plus pour le dépistage du cancer du col, 15 % de plus pour le dépistage du cancer du sein (Fédération des maisons médicales, 2021).

Il faut cependant noter une limite importante du forfait qui est qu'il ne couvre que les prestations médicales, infirmières et de kinésithérapie. La prise en charge psychosociale des patients n'est pas incluse dans son calcul, ce qui est en décalage avec l'ambition globale et holistique portée par les maisons médicales (Fédération des maisons médicales, 2021). On verra plus loin que cette limite s'applique aussi à la question des MAC, qui ne sont pas du tout couvertes par ce financement.

3.2.3. Multidisciplinarité et organisation des équipes

L'un des piliers du modèle des MM est le travail en équipe pluridisciplinaire. Contrairement à un cabinet médical classique où le médecin travaille souvent seul, la MM rassemble sous un même toit des professionnels aux profils variés : médecins généralistes, infirmier.ère.s, kinésithérapeutes, assistant.es sociaux.ales, psychologues et parfois des coordinateurs de santé communautaire (Jamart et al., 2023). Ce travail d'équipe prend la forme de réunions régulières de coordination, d'un dossier patient informatisé commun et de consultations conjointes selon les besoins des patients (Jamart et al., 2023).

Cette dynamique pluridisciplinaire crée aussi les conditions pour que de nouvelles pratiques puissent s'intégrer progressivement dans l'offre de soins. L'ostéopathie en est un exemple concret. Chapoix (2018) montre que plusieurs MM bruxelloises, comme La Perche et la Free Clinic, ont développé des dispensaires sociaux d'ostéopathie accessibles à leurs patients. Cette initiative révèle un double constat important, d'un côté, une demande réelle des patients pour ce type de pratique et de l'autre, une méconnaissance mutuelle entre professionnels de santé conventionnels et praticiens de MAC. L'article souligne d'ailleurs un chiffre frappant : 87 % des patients qui consultent des praticiens de MAC consultent aussi un médecin conventionnel, mais ne l'informent quasiment jamais de leur démarche, anticipant ou connaissant ses réticences (Chapoix, 2018). Ce silence est problématique pour la qualité et la coordination des soins et la maison médicale par son organisation en équipe et sa culture du dialogue pourrait être un lieu pour réduire cette fracture.

3.2.4. Une philosophie de soin globale et centrée sur le patient

Les MM portent une vision de la santé fondée sur le modèle bio-psycho-social, qui dépasse la seule absence de maladie pour intégrer les dimensions psychologiques, sociales et environnementales de chaque patient (Lorant V., 2013). La relation avec le patient est pensée autrement, il ne s'agit pas seulement de le soigner, mais de l'impliquer dans les décisions qui le concernent et de favoriser son autonomie (Jamart et al., 2023).

Dans ce cadre, les MM s'inscrivent aussi dans un mouvement plus large vers des soins intégrés sur le territoire. Depuis 2018, douze projets pilotes « Integreo » expérimentent en Belgique de nouveaux modèles d'organisation des soins, notamment pour les personnes ayant une maladie chronique, en réunissant sur un même territoire les acteurs de première ligne, les hôpitaux, les associations de patients et les services sociaux (Mormont M., 2021). Ces projets visent à dépasser la fragmentation du système de santé et à remettre le patient au centre, non pas comme bénéficiaire passif, mais comme acteur de ses propres soins. Les MM, par leur ancrage territorial et leur mode de fonctionnement pluridisciplinaire, sont des actrices naturelles de cette dynamique (Macq et al., 2025).

Le contexte bruxellois ajoute une dimension particulière. La Région de Bruxelles-Capitale présente un taux de pauvreté de 29,7 % qui est bien supérieur à la moyenne nationale (Fédération des maisons médicales, 2021) avec une grande diversité culturelle et linguistique. Les MM bruxelloises accueillent une patientèle très hétérogène, ce qui demande des

compétences spécifiques en médiation interculturelle et en adaptation des pratiques de soin (Lorant, 2013).

3.2.5. Les maisons médicales face à l'Evidence-Based Medecine

Les MM se positionnent en faveur d'une médecine fondée sur les preuves. Elles participent à des démarches d'évaluation de la qualité des soins, comme le projet DEQuaP (Développons Ensemble la Qualité de nos Pratiques) portée par la FMM qui a permis à plusieurs équipes de s'autoévaluer sur des indicateurs couvrant aussi bien les soins curatifs et préventifs que la coordination, l'accessibilité et la prise en compte des préférences des patients (Jamart et al., 2023). Mais la réalité du terrain est plus nuancée.

L'EBM, à ses origines reposait sur trois piliers complémentaires. Les données issues de la recherche scientifique, l'expérience clinique du praticien et les valeurs et préférences du patient (Mormont M., 2019). Dans la pratique, ce troisième pilier qui est la voix du patient, est souvent le plus négligé. Mormont (2019) rappelle que les patients définissent eux-mêmes la qualité des soins avant tout à travers l'écoute, la communication et le sentiment d'être respecté.

Cette dimension est pourtant au cœur de la philosophie des MM. Lorant (2013) souligne ainsi que le modèle bio-psycho-social suppose d'accorder davantage de place aux préoccupations du patient et à l'évaluation de son contexte psychosocial, ce qui implique d'être attentif à la distribution du pouvoir entre patients et prestataires : il s'agit de favoriser l'écoute, l'autonomie et la prise en charge par le patient de sa propre santé. Lorant illustre cette exigence par des indicateurs concrets du pouvoir du patient dans la relation de soin : ne pas être interrompu, voir ses questions prises au sérieux, être encouragé à donner son opinion (Lorant, 2013).

Or c'est précisément là que réside la tension avec les MAC. La FMM a d'ailleurs historiquement porté une méfiance à l'égard de la surmédicalisation, c'est-à-dire du recours excessif à des techniques ou traitements dont l'utilité n'est pas prouvée. Une vigilance qui s'applique aussi bien aux prescriptions médicamenteuses qu'à certaines pratiques non conventionnelles (Hendrick A. et Moreau J-L. , 2022). Lorant (2013) pointe par ailleurs la frontière ténue entre une vision globale de la santé et une médicalisation des problèmes sociaux. Autant de situations où la souffrance sociale risque de prendre le pas sur une approche globale de la santé.

Cette tension est au cœur de la question des MAC : comment intégrer des pratiques qui correspondent aux attentes et aux valeurs des patients, tout en restant dans une logique de soins sûrs et coordonnés ? C'est précisément l'une des questions que ce mémoire cherche à explorer à travers le regard des professionnels de santé en MM.

3.3. MAC et maisons médicales: Enjeux pour la santé publique

3.3.1. Le tournant vers les soins intégrés et centrés sur la personne

Depuis plusieurs décennies, les systèmes de santé des pays occidentaux font face à un changement profond dans le profil de leurs populations. On ne parle plus seulement de maladies aiguës à traiter, mais de pathologies chroniques à gérer dans la durée. Maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculosquelettiques, problèmes de santé mentale. En Belgique, cette réalité est bien documentée. Le vieillissement de la population et la hausse des maladies chroniques sont désormais reconnus comme les principaux défis auxquels le système de santé doit répondre (Lambert et al., 2024 ; KCE, 2024). Or notre système de soins reste encore trop centré sur les épisodes aigus et les hospitalisations, et insuffisamment orienté vers une prise en charge globale, coordonnée et continue des patients (KCE, 2024).

C'est dans ce contexte que le concept de soins intégrés s'est imposé comme une réponse centrale dans les politiques de santé belges et internationales. Le KCE (2024) définit les soins intégrés comme une approche visant à renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, en offrant des services qui vont de la promotion de la santé à la réhabilitation et aux soins palliatifs, coordonnés à travers les différents niveaux de soins et adaptés aux besoins de chaque individu tout au long de sa vie. En Belgique, cette ambition a été traduite en politique depuis 2008, avec le lancement du plan national pour les maladies chroniques, puis le Plan conjoint pour les maladies chroniques en 2015 et les douze projets pilotes « Integreo » lancés en 2018 (Lambert, A.-S. et al, 2024 ; Mormont M., 2021). Malgré une volonté politique affichée, le KCE (2024) constate que la maturité des soins intégrés en Belgique reste encore perçue comme « faible » par les professionnels de terrain.

Ce besoin de recentrer les soins sur le patient pris dans sa globalité n'est pas propre à la Belgique. À l'échelle internationale, l'OMS porte depuis plusieurs décennies ce message. Dès la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, les soins de santé primaires ont été définis comme le pivot d'un système de santé équitable et accessible. Et c'est justement dans ce cadre de soins primaires que l'OMS place désormais une partie importante de la réponse au défi des systèmes de santé contemporains, y compris en matière de MAC.

Dans le contexte spécifique bruxellois, le projet de recherche collaborative Participate Brussels (Aujoulat et al., 2021), mené auprès de patients et de professionnels de santé de la région, a mis en évidence que les deux parties exprimaient un besoin d'être mieux guidées vers des pratiques n'étant pas seulement focalisées sur la lutte contre la maladie, mais contribuant aussi au bien-être. Les thérapies non conventionnelles, qualifiées d'« auxiliaires » dans ce projet, restent pourtant peu intégrées dans l'offre de soins formelle bruxelloise.

3.3.2. La stratégie mondiale de l'OMS 2025-2034: vers une intégration raisonnée des MAC

En 2025, l'OMS a publié sa nouvelle Stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative (TCIM) pour la période 2025-2034. Cette stratégie est le signal le plus fort à ce jour que les MAC ne peuvent plus être ignorées dans les débats de santé publique mondiale. Sa vision est claire : garantir un accès universel à des pratiques TCIM sûres, efficaces et centrées sur la personne, pour la santé et le bien-être de tous (OMS, 2025).

La stratégie s'articule autour de quatre objectifs stratégiques. Renforcer les bases de preuves scientifiques des MAC, soutenir leur encadrement réglementaire pour garantir sécurité et qualité, intégrer les MAC sûres et efficaces dans les systèmes de santé et renforcer leur valeur intersectorielle en lien avec les Objectifs de Développement Durable (OMS, 2025). Ce dernier point rappelle que la santé ne se joue pas uniquement dans les cabinets médicaux, mais aussi dans les déterminants sociaux, environnementaux et culturels qui influencent le bien-être des populations.

Ce qui est intéressant dans le cadre de mon mémoire, c'est que l'OMS désigne les soins primaires comme le niveau naturel et privilégié pour l'intégration des MAC. Le texte de la stratégie est même explicite. Les soins de santé primaires constituent « une fondation de la couverture sanitaire universelle et un point d'entrée naturel pour l'intégration des TCIM » (OMS, 2025, p. 14). Cette position institutionnelle forte donne une légitimité de santé publique à la question posée dans ce mémoire: si les soins primaires sont le bon niveau pour penser l'intégration des MAC, et si les maisons médicales sont l'un des piliers des soins primaires en Belgique, alors la question de la place des MAC dans ces structures n'est pas anecdotique. Elle s'inscrit dans un mouvement global.

La stratégie reconnaît aussi honnêtement les défis. Il ne s'agit pas d'intégrer toutes les MAC sans discernement, mais bien d'identifier les pratiques pour lesquelles il existe des preuves suffisantes de sécurité et d'efficacité, et de construire des modèles d'intégration adaptés aux

contextes locaux (OMS, 2025). Le cadre conceptuel publié en parallèle par le Centre mondial de médecine traditionnelle de l'OMS propose d'ailleurs différents modèles d'intégration, allant du simple parallélisme des pratiques jusqu'à une intégration complète dans le système de santé national, en passant par des modèles de coordination ou de tolérance institutionnelle (OMS, 2024). La Belgique se situe aujourd'hui dans une position intermédiaire. Les quatre pratiques reconnues par la loi Colla jouissent d'une tolérance institutionnelle, mais sans véritable intégration dans les soins remboursés ni dans les formations médicales.

3.3.3. Motivations et freins potentiels à l'intégration des MAC dans les maisons médicales

La littérature identifie un ensemble de facteurs qui peuvent soit favoriser, soit freiner l'intégration des MAC dans les structures de soins conventionnelles. Ces éléments sont présentés ici de façon introductive, à partir de ce que la littérature nous dit déjà. Ils seront mis en dialogue avec les données de terrain dans la discussion de ce mémoire.

Du côté des motivations, plusieurs leviers sont régulièrement cités. D'abord, la réponse aux attentes des patients. Comme on l'a vu, de nombreux patients utilisent déjà des MAC et leur intégration dans le cadre de la MM permettrait d'ouvrir un dialogue sur ces pratiques plutôt que de les laisser dans le silence (Boissinot, 2020 ; Chapoix, 2018). Ensuite, la complémentarité avec une approche holistique. Les MAC, par leur attention à la personne dans sa globalité, rejoignent les valeurs portées par les maisons médicales et peuvent enrichir la prise en charge, notamment pour les maladies chroniques ou les situations de souffrance psychosociale. Le renforcement de l'alliance thérapeutique est aussi un argument fort. Savoir que les patients parlent de leurs pratiques MAC à leur médecin sans crainte de jugement améliore la relation de soin et la qualité de l'information médicale (Boissinot, 2020). Enfin, certaines MAC ont montré leur intérêt dans la prévention, la gestion du stress, de la douleur ou de l'anxiété, des problèmes très présents dans les patientèles des maisons médicales bruxelloises. Les données les plus robustes concernent notamment l'acupuncture pour certaines douleurs chroniques (lombalgies, cervicalgies, arthrose du genou) et les migraines, avec une efficacité modeste mais supérieure au placebo (Le Spécialiste, 2026). Aux États-Unis, des approches comme le yoga, la méditation ou l'acupuncture ont également montré des résultats prometteurs dans la prise en charge de la douleur chronique et du stress post-traumatique auprès des populations de vétérans (Boissinot, 2020). Ces différents leviers s'inscrivent d'ailleurs dans la logique du « Quintuple Aim », cadre de référence adopté en Belgique pour orienter les réformes de soins intégrés, qui

visent simultanément l'amélioration de la santé de la population, de l'expérience des patients, de l'efficacité des ressources, de l'équité et du bien-être des professionnels (KCE, 2024). Une intégration raisonnée des MAC en première ligne est susceptible de contribuer à plusieurs de ces dimensions à la fois.

Du côté des freins, les obstacles sont aussi bien documentés. Le premier est le manque de preuves scientifiques solides pour de nombreuses pratiques MAC, qui pose un problème réel pour des professionnels engagés dans une médecine fondée sur les preuves (Boissinot, 2020 ; De Gendt et al., 2011). Le deuxième est le déficit de formation. Les professionnels de santé ne sont en général pas formés aux MAC durant leurs études, ce qui génère une méconnaissance et parfois une méfiance (Boissinot, 2020). Troisièmement, le cadre financier est un obstacle structurel majeur. Les MAC ne sont pas remboursées dans le forfait des maisons médicales, ce qui signifie que leur intégration représente un coût supplémentaire pour les patients ou un investissement non financé pour les structures (Fédération des maisons médicales, 2021). Le vide juridique persistant autour de la pratique des MAC en Belgique, malgré la loi Colla de 1999, ajoute en effet une incertitude quant à la responsabilité des structures qui les accueillent (De Gendt et al., 2011). Enfin, le risque de dérives (« sectaires », de pratiques charlatanesques, de retard de soins conventionnels, de manipulation) constitue une préoccupation légitime qui justifie la prudence des professionnels (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023).

3.3.4. Ce que la littérature ne dit pas encore

Malgré la richesse de la littérature internationale sur les perceptions des professionnels de santé face aux MAC, les études portant spécifiquement sur les structures de type maison médicale restent rares. La plupart des travaux disponibles portent sur des médecins généralistes en pratique solo (Suissa et al., 2020) ou sur des contextes hospitaliers (Boissinot, 2020). À notre connaissance, aucune étude n'a spécifiquement exploré les perceptions et pratiques des professionnels de santé au sein des maisons médicales de la Région de Bruxelles-Capitale vis-à-vis des MAC.

Pourtant, les maisons médicales bruxelloises constituent un terrain d'étude particulièrement pertinent pour plusieurs raisons. D'abord, elles partagent des valeurs proches de celles portées par les MAC (approche globale, centrage sur le patient, attention aux déterminants sociaux). Ensuite, elles accueillent des populations multiculturelles qui ont souvent leurs propres références en matière de santé et de soins. Enfin, leur organisation en équipe pluridisciplinaire

crée des conditions favorables à un dialogue interprofessionnel sur ces sujets, contrairement à une pratique médicale isolée.

C'est dans cette zone grise que s'inscrit ce mémoire. En interrogeant directement les professionnels de santé qui travaillent dans ces structures, l'objectif est de mieux comprendre comment ils perçoivent les MAC, s'ils les utilisent ou les recommandent dans leur pratique, et quels facteurs institutionnels, culturels, scientifiques ou personnels influencent leur rapport à ces pratiques dans le contexte spécifique des maisons médicales bruxelloises. C'est ce que la recherche qualitative présentée dans la suite de ce mémoire cherche donc à explorer.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Question de recherche

Ce mémoire est né d'un double cheminement. D'un côté, une expérience clinique en oncologie qui m'a confrontée à des patients recourant aux MAC en parallèle de leurs traitements conventionnels, sans en parler à leur équipe soignante. De l'autre, un travail de fin d'études infirmières sur la naturopathie et le cancer du sein, qui m'a convaincue que quelque chose d'important se jouait dans cet espace entre médecine conventionnelle et pratiques complémentaires.

Souhaitant d'abord explorer cette question en milieu hospitalier, c'est à la suite d'une discussion avec mon promoteur, Monsieur Schmitz, qu'il est apparu que ce terrain avait déjà été relativement bien documenté dans la littérature, notamment en oncologie. Cet échange a conduit à réorienter la réflexion vers les MM, un niveau du système de santé où mes pratiques, les représentations et les logiques organisationnelles autour des MAC restent largement peu documentées, comme développé dans le cadre théorique.

C'est dans ce contexte qu'à émergé la question de recherche suivante :

« Comment les médecines alternatives et complémentaire sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ? »

Cette question centrale se décline en trois sous questions de recherche :

1. Quelle est la perception des MAC par les professionnels de santé travaillant en maison médicales ?

2. Comment les MAC sont-elles utilisées dans la pratique professionnelle. Quelles pratiques, par qui, pour quels patients et dans quels contextes ?
3. Quels facteurs de motivations, freins et condition organisationnelles influencent leur intégration au sein du modèle des maisons médicales ?

4.2. Type d'étude

Cette recherche s'inscrit dans une démarche qualitative compréhensive, articulée à une phase quantitative descriptive. Elle vise à réaliser un état des lieux de l'utilisation des MAC au sein des maisons médicales bruxelloises et à comprendre les représentations et logiques professionnelles associées à ces pratiques.

L'approche mobilisée pour l'analyse qualitative s'inspire de la théorisation ancrée (grounded theory) selon la version structurée proposée par Strauss et Corbin (1990). Cette version permet de faire émerger des catégories d'analyse à partir des données de terrain. Cette approche est particulièrement pertinente pour explorer des phénomènes peu documentés et pour comprendre les représentations et pratiques des acteurs concernés.

4.3. Population cible

Le terrain de recherche est constitué des maisons médicales situées en région de Bruxelles-Capitale, au nombre de 64 au moment de l'étude. La population étudiée est composée de l'ensemble des professionnels travaillant au sein de ces structures. Incluant notamment des médecins généralistes, infirmier.e.s, kinésithérapeutes, accueillant.e.s et tout autre membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Ce choix d'échantillonnage reflète une conception élargie du « professionnel de santé en maison médicale », cohérente avec la philosophie propre à ce modèle. En maison médicale, l'accueillant.e n'est pas un simple agent administratif. Il ou elle constitue le premier contact du patient avec la MM et se trouve selon la Fédération des maisons médicales, « en première ligne de la première ligne ». Dans un modèle fondé sur l'autogestion, l'interdisciplinarité et une vision globale de la santé, chaque membre de l'équipe contribue à la prise en charge de la patientèle et participe aux dynamiques organisationnelles. L'accueillant.e joue notamment un rôle de médiation sociale et culturelle, d'orientation vers les soins, est un témoin privilégié des demandes informelles des patients, notamment autour des MAC, et participe aux réunions d'équipe. Les inclure dans l'échantillon était non seulement légitime mais nécessaire pour saisir la réalité de terrain dans toute sa complexité.

Les patients n'ont pas été inclus dans cette étude car l'objectif est de se concentrer sur les pratiques professionnelles, les représentations et les logiques organisationnelles.

L'étude respecte les principes éthiques en vigueur en recherche en santé publique: Information claires des participants, consentement libre et éclairé, anonymisation des données, confidentialité garantie et respect de la vie privée.

4.4. Collecte des données

La collecte s'est déroulée en deux phases successives et articulées.

4.4.1. Phase 1 : Questionnaire en ligne

Un questionnaire a d'abord été élaboré et diffusé auprès de l'ensemble des maisons médicales bruxelloise via Microsoft Forms, en passant notamment par la news letter de la fédération des maisons médicales. Il a recueilli 66 réponses de professionnels de santé issus de différentes communes de la région. Du point de vue géographique, les répondants sont issus de 16 des 19 communes de la région bruxelloise, avec une concentration plus marquée à Bruxelles-ville (n=12), Schaerbeek (n=10) et Saint-Gilles (n=8). La carte ci-dessous illustre cette répartition territoriale.

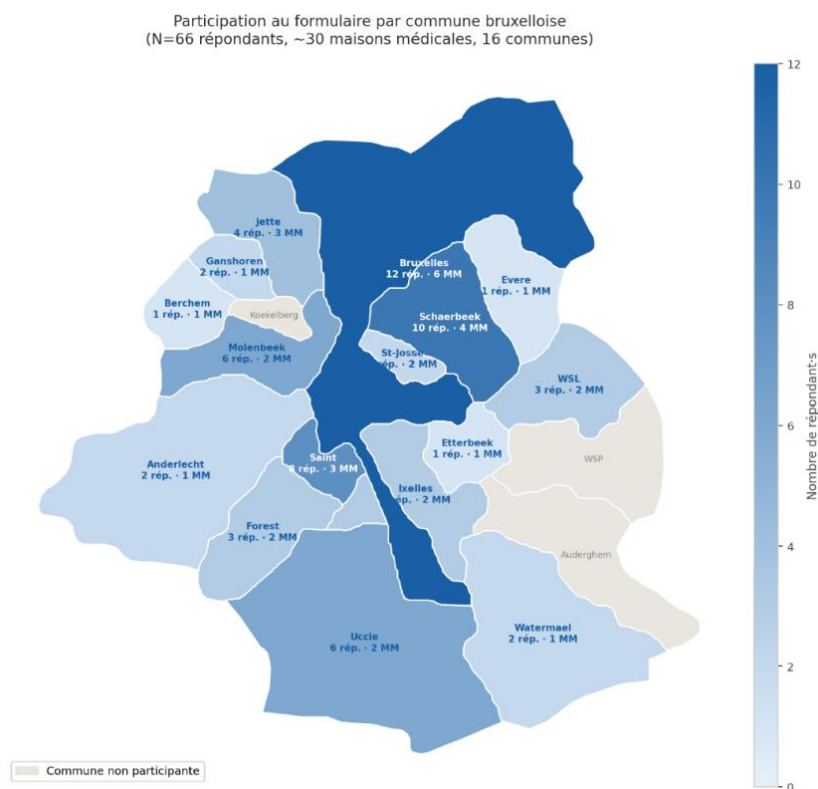


Figure 1. Répartition des participants par commune bruxelloise (nombre de répondants et de MM par commune)

Le questionnaire portait sur les thèmes suivants :

- Profil du répondant : profession, commune, ancienneté dans la structure
- Présence ou non de MAC dans la MM et modalité (intégrées en équipe ou via des intervenants externes)
- Utilisation ou recommandation de MAC dans la pratique professionnelle, types de pratiques concernées et pathologies visées.
- Perception des freins à l'intégration des MAC en maison médicales et des facteurs facilitateurs
- Disponibilité pour participer à un entretien individuel

Ce questionnaire a rempli une double fonction : cartographier de manière descriptive les pratiques et perceptions au sein des maison médicales bruxelloises, et identifier des profils contrastés en vue du recrutement pour la phase qualitative.

4.4.2. Phase 2 : Entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont ensuite été conduits auprès de professionnels aux profils variés, recrutés sur base de leur réponse au questionnaire (dernière question relative à leur disponibilité pour un entretien). Le recrutement n'a pas suivi une logique de sélection strictement raisonnée. Les entretiens ont été menés avec les professionnels qui se sont rendus disponibles, selon une logique d'échantillonnage de convenance à visée diversifiée. Or, cette disponibilité « naturelle » a produit une diversité particulièrement riche. Les douze entretiens couvrent sept communes différentes de la région bruxelloise et quatre catégories de professionnels dont médecins, kinésithérapeutes, infirmier.ère.s et accueillant.e.s. Certains cumulant plusieurs rôles ou pratiques complémentaires et/ou alternatives (acupuncture, herboristerie, naturopathie).

Chaque entretien a été réalisé sur base d'un guide d'entretien personnalisé, élaboré à partir des réponses fournies par le participant dans le questionnaire et structuré autour des trois sous-questions de recherche. Cette personnalisation a permis d'approfondir les thèmes les plus pertinents selon le profil rencontré en terme de pratique existantes, motivations, freins, dynamiques d'équipe, lien avec les valeurs des MM. Tout en maintenant une structure commune permettant la comparaison entre entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement préalable des participants, puis intégralement retranscrits grâce au logiciel de retranscription automatique « Whisper

transcrire ». Chaque enregistrement a ensuite été réécouté attentivement afin de corriger les éventuelles erreurs et de garantir la fidélité des propos des répondants. Les retranscriptions ont été anonymisées pour assurer la confidentialité des propos recueillis.

4.5. Méthode d'échantillonnage

4.5.1. Logique d'échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé selon une logique de convenance à visée diversifiée, combinant opportunité et diversification. Les participants ont été recrutés parmi les répondants au questionnaire ayant exprimé leur disponibilité pour un entretien. Si ce mode de recrutement n'est pas strictement théorique au sens de Glaser et Strauss (1967), il s'en approche dans ses effets, la diversité émergente de l'échantillon couvre plusieurs dimensions structurantes pour l'analyse.

Cette diversité porte sur trois axes :

- La diversité des professions : Médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmier.ère.s, accueillant.e.s, dont certains cumulant des pratiques MAC (acupuncture, herboristerie, naturopathie). Cette diversité permet de saisir comment la perception et l'utilisation des MAC varient selon le rôle professionnel.
- La diversité géographique : Huit communes bruxelloises aux profils sociodémographiques distincts (Molenbeek, Forest, Saint-Gilles, Ixelles, Jette, Anderlecht, Etterbeek, Bruxelles-Ville). Offrant une vision contrastée des contextes de pratiques.
- La diversité des rapports aux MAC : Des professionnels exprimant une grande ouverture aux MAC jusqu'à ceux n'ayant pas recours et ne voulant pas y avoir recours, en passant par des profils intermédiaire. Cette diversité est essentielle pour faire émerger des catégories analytiques robustes.

Le critère de saturation empirique a guidé la décision d'arrêt de la collecte. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que les nouvelles données ne génèrent plus de catégories ou de codes nouveaux significatifs.

4.5.2. Composition de l'échantillon

Au total, 12 entretiens semi-directifs ont été conduits entre mai et juin 2026 auprès de professionnels de santé exerçant dans des maisons médicales de la région de Bruxelles-

Capitale. Les répondants ont été sélectionnés selon un seul critère d'inclusion : exercer une fonction professionnelle au sein d'une maison médicale bruxelloise au moment de l'entretien.

L'échantillon comprend 3 médecins, 2 kinésithérapeutes, 1 infirmière chargée de santé communautaire et 6 accueillant.e.s dont certains chargés de santé communautaire ou de responsabilités de coordination. Les structures représentées couvrent 8 communes de la région de Bruxelles-Capitale et incluent 11 structures.

4.5.3. Tableau d'échantillonnage finalisé

Répondant	Profession	Perception des MAC	Formation MAC
Médecin 1	Médecin généraliste	Neutre	/
Médecin 2	Médecin généraliste	Plutôt positive	Hypnose, acupuncture
Médecin 3	Médecin généraliste	Plutôt positive	/
Kinésithérapeute 1	Kinésithérapeute	Plutôt négative	Massage thaï, yoga
Kinésithérapeute 2	Kinésithérapeute	Neutre	/
Infirmière 1	Infirmière en santé communautaire	Plutôt positive	/
Accueillante 1	Accueillante	Plutôt négative	/
Accueillant 2	Accueillant	Très positive	Naturopathie, florithérapie
Accueillante 3	Accueillante	Très positive	/
Accueillant 4	Accueillant en santé communautaire	Très positive	Herboristerie, naturopathie (en formation)
Accueillante 5	Accueillante responsable	Très positive	Herboristerie, naturopathie, reiki
Accueillante 6	Accueillante en santé communautaire	Plutôt négative	/

4.6. Méthode d'analyse des données

4.6.1. Analyse descriptive des données du questionnaire

Les données issues du questionnaire (Phase 1) ont fait l'objet d'une analyse descriptive quantitative. Les variables catégorielles telles que la commune, la profession, la présence de MAC, l'utilisation ou la recommandation des MAC, freins identifiés et si les MAC ont une place au sein des MM, ont été analysées en terme de fréquence et de distribution au sein des MM bruxelloises. Elles ne visent pas à généraliser, mais à contextualiser et enrichir l'analyse qualitative des entretiens.

4.6.2. Analyse qualitative des entretiens

L'analyse des données qualitatives a été conduite selon une démarche inspirée de la théorisation ancrées (Strauss & corbin, 1990). Elle repose sur un processus de codage en trois temps :

- Codage ouvert : lecture ligne à ligne des verbatims et attribution de labels courts à chaque unité de sens, sans catégories prédéfinies. Cette étape vise à rester au plus près des données brutes et à éviter toute projection théorique prématurée.
- Codage axial : regroupement des codes ouverts en catégories thématique, identification des liens entre catégories et des conditions d'émergence ou d'inhibition des phénomènes observés. Les catégories sont ensuite organisées en un arbre thématique structurant les résultats autour des trois sous-questions de recherche.
- Comparaison constante : aller-retours systématiques entre les entretiens, permettant de vérifier la récurrence des catégories, d'identifier les cas contraires et d'atteindre la saturation empirique.

La structure des résultats suit les trois sous-question de recherche, avec les catégories émergentes organisées à l'intérieur de chacune. La discussion, présentée séparément, met en lien ces résultats avec la littérature existante et propose une synthèse théorique, conformément à la logique de la théorisation ancrée où « la théorie émerge des données » plutôt que de l'inverse.

4.7. Considérations éthiques

Les principes éthiques de la recherche en santé publique ont été respectés tout au long de l'étude. Les participant.e.s ont reçu une information claire sur les objectifs de la recherche et ont donné leur consentement libre et éclairé avant chaque entretien. L'anonymat et la

confidentialité des données sont garantis. Aucune donnée concernant les patients n'a été collectée.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de la recherche en suivant les trois sous-questions qui structurent la question de recherche centrale : *Comment les médecines alternatives et complémentaires sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ?* Les données qualitatives issues des douze entretiens semi-directifs constituent le cœur de l'analyse. Les données quantitatives issues du formulaire en ligne (N=66) sont intégrées au fil du texte, là où elles viennent confirmer, nuancer ou contextualiser les résultats qualitatifs. Les résultats qualitatifs sont illustrés par des extraits de transcription, identifiés par le rôle du répondant et la référence aux lignes de correspondantes dans la retranscriptions (ex : Médecin 1, L.87). Les extraits sont reproduits tels quels, à l'exception de légères corrections orthographiques lorsque la retranscription reflète des hésitations orales sans incidence sur le sens.

Pour rappel, cette question de recherche se décline en trois sous-questions:

1. Quelle est la perception des MAC par les professionnels de santé travaillant en maison médicale?
2. Comment les MAC sont-elles utilisées dans la pratique professionnelle, quelles pratiques, par qui, pour quels patients et dans quels contextes ?
3. Quels facteurs, motivations, freins et conditions organisationnelles influencent leur intégration au sein du modèle des maisons médicales ?

Les résultats sont donc présentés en suivant cette structure en trois temps. Chaque sous-question fait l'objet d'une section particulière, elle-même organisée en catégories analytiques issues du codage.

Il convient de rappeler que cette recherche est exploratoire et compréhensive. Les résultats présentés ici ne visent pas à produire des généralisations statistiques, mais à documenter des patterns analytiques ancrés dans les données. Dans la logique de la théorie ancrée, la saturation théorique a été atteinte progressivement au fil des entretiens. Les catégories présentées ici ont cessé de produire de nouvelles informations à partir du dixième entretien environ, les deux derniers ayant principalement permis de confirmer et d'affiner les catégories déjà construites.

5.1. La perception des MAC par les professionnels de santé

L'analyse des douze entretiens révèle quatre catégories analytiques principales structurant la perception des MAC par les professionnels de santé interrogés : L'hétérogénéité des représentations et l'instabilité de la définition même de « MAC » chez les professionnels interrogés, le rôle central de l'EBM comme référence de légitimité, le pragmatisme thérapeutique comme position majoritaire et finalement la distinction entre médecine alternative et médecine complémentaire. Un cinquième résultat, plus émergent, documente des lectures politiques et historiques des MAC présentes chez une minorité de répondants.

5.1.1. Une définition hétérogène : l'instabilité conceptuelle

Aucune des douze personnes interrogées ne part d'une définition stabilisée des MAC. Les représentations varient considérablement selon le profil, la formation et l'expérience personnelle de chaque répondant. Certains pensent spontanément aux plantes médicinales et à l'homéopathie (Infirmière 1, Accueillante 3), d'autres à l'acupuncture et à l'hypnose (Kinésithérapeute 2, Médecin 3), d'autres encore à une vision philosophique globale du mode de vie et de la santé (Accueillante 5).

Un kinésithérapeute (K1) formule ce constat avec une franchise directe : *« J'ai l'impression que, en fait, c'est un fourre-tout, quoi. »* (Kinésithérapeute 1, L.61). Une accueillante (6) est la seule répondante à avoir problématisé spontanément le terme avant même de répondre à la question, signalant un malaise face à la catégorie elle-même :

« J'ai un petit hic au départ quand même. Qu'est-ce que tu mets derrière ce terme-là ? J'ai moins de difficultés, moins de préjugés je pense avec le terme complémentaire. »
(Accueillante 6, L.65-70).

Cette réaction initiale de résistance au terme est elle-même une donnée, le mot « MAC » est perçu par certains répondants comme trop large, voire inconfortable.

Les représentations spontanées varient également selon le profil professionnel des répondants. Les accueillant.es sans formation médicale pensent d'abord aux plantes, à l'homéopathie et aux huiles essentielles, ce qui correspond à ce qu'ils et elles utilisent personnellement ou entendent dans leur entourage. Les kinésithérapeutes et médecins tendent à citer des pratiques plus cliniquement délimitées tels que l'acupuncture, l'hypnose et l'ostéopathie, quitte à exclure spontanément les pratiques relevant davantage du bien-être que du soin. Les répondants avec une formation MAC personnelle ont la représentation la plus large et la plus structurée, incluant

naturopathie, phytothérapie, herboristerie et techniques énergétiques, qu'ils inscrivent dans une vision philosophique globale du mode de vie.

Les répondantes avec une formation MAC personnelle (Accueillant 2, Accueillant 4, Accueillante 5) ont la représentation la plus large et la plus structurée. Elles incluent la naturopathie, la phytothérapie, l'herboristerie, les techniques énergétiques, et inscrivent les MAC dans une vision philosophique globale du mode de vie.

Accueillante 5, herboriste-naturopathe formée, une double casquette qui illustre à elle seule la porosité entre les rôles administratifs et soignants dans la philosophie interdisciplinaire des MM, formule la vision la plus étendue :

« Il y a vraiment deux façons de voir la santé. Soit on voit le corps entier de façon holistique, soit on voit un symptôme, on le traite. Et puis, s'il entraîne un autre, on va mettre un autre médicament. Voilà, c'est vraiment deux visions assez différentes. »
(Accueillante 5, L.100-102)

Cette instabilité définitionnelle a une implication analytique directe en l'absence de cadre conceptuel partagé, les équipes de professionnels ne peuvent pas tenir un débat collectif structuré sur l'intégration des MAC. La question reste posée en termes de « pour ou contre » alors qu'elle devrait l'être en termes de « quoi, comment, et à quelles conditions ».

Un phénomène particulièrement révélateur est documenté dans deux entretiens. Des répondants n'avaient pas spontanément identifié une MAC présente dans leur propre structure comme relevant de cette catégorie. Infirmière 1 n'avait pas pensé à l'ostéopathie pratiquée hebdomadairement dans sa MM depuis une dizaine d'années lorsque la question lui a été posée:

« La première chose qui est venue dans ma tête, c'était homéopathie. Et en fait, nous, on est une des maisons médicales où il y a un ostéopathe qui vient une fois par semaine. » (Infirmière 1, L.64).

De même, Accueillante 5 n'avait pas mentionné l'acupuncture pratiquée par un médecin de sa structure deux heures par semaine et ce n'est qu'en entendant les quatre pratiques reconnues en Belgique être citées qu'elle a réagi : *« On a de l'acupuncture chez nous. Oui, on a un médecin qui fait de l'acupuncture. Très, très peu. Je pense deux heures par semaine, mais il y a cette possibilité, je l'avais oublié. »* (Accueillante 5, L.247-250)

Ce phénomène, une MAC intégrée qui cesse d'être perçue comme telle après normalisation, constitue un résultat analytique majeur qui sera développé dans la sous question deux sous le concept d'intégration invisible. Il a également une implication méthodologique, les données auto-rapportées sur la présence des MAC dans les MM sont des sous-estimations, ce que confirment les données du formulaire où 45,5 % des répondants déclarent qu'aucune MAC n'est proposée dans leur structure, une proportion vraisemblablement supérieure à la réalité de terrain.

Interrogés sur la présence de MAC dans leur MM, 45,5% des répondants (n=30) indiquent qu'aucune MAC n'y est proposée. Toutefois, 22,7% (n=15) signalent que des pratiques MAC sont intégrées au sein même de l'équipe, et 19,7% (n=13) mentionnent une offre via des intervenants externes. Les 12,1% restants (n=8) déclarent ne pas savoir. Ces chiffres révèlent une présence réelle mais hétérogène des MAC dans les MM bruxelloises, souvent externalisée plutôt qu'internalisée dans le fonctionnement de la structure.

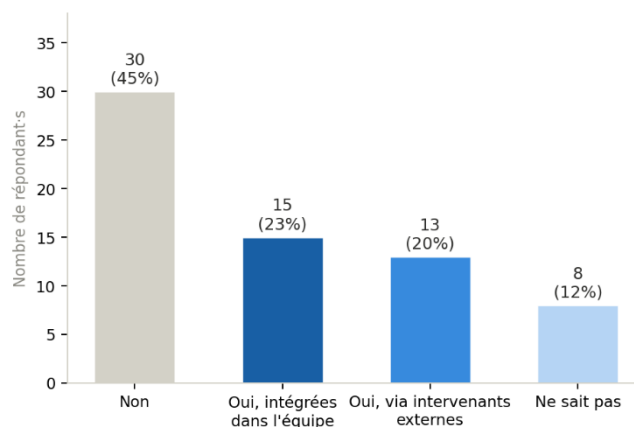


Figure 2. Présence de MAC au sein de la maison médicale (N=66)

5.1.1.1. L'EBM comme référence partagées y compris chez les répondants favorables aux MAC

L'EBM constitue le critère de légitimité dominant dans dix entretiens sur douze, indépendamment de la position du répondant vis-à-vis des MAC. Ce résultat est confirmé par les données du formulaire : 65,2 % des répondants citent le manque de preuves scientifiques comme principal obstacle à l'intégration des MAC, le frein le plus fréquemment mentionné. Ce résultat est analytiquement contre-intuitif, même les répondants les plus favorables aux MAC mobilisent l'EBM comme référence pour justifier leur usage ou délimiter leurs pratiques. L'EBM n'est pas seulement le critère des sceptiques, c'est une norme intériorisée par l'ensemble du champ professionnel.

- Position 1 : L'EBM comme critère absolu

Pour deux répondants, l'EBM est le seul critère admissible, sans exception possible. Accueillante 1 dit que ses collègues sont « très evidence-based medicine » (Accueillante 1, L.47) et que la position de sa MM est claire sans preuve, pas de légitimité. Accueillante 6 formule la version la plus radicale « *Ah bah parce que c'est pas EBM. Tout simplement.* » (Accueillante 6, L.126). Sa position sur l'ostéopathie est particulièrement éclairante, bien qu'elle sache que cette pratique est légalement reconnue en Belgique, elle maintient son scepticisme au motif que les preuves scientifiques ne lui semblent pas suffisantes. Elle articule ainsi deux systèmes de légitimité, légale et scientifique, qu'elle maintient délibérément séparés.

Accueillante 1 adopte une position convergente, fondée sur la culture d'équipe : « *On n'a jamais fait une réunion là-dessus. Mais il est évident que cette notion d'evidence based medicines y appartient.* » (Accueillante 1, L.98-100). Cette formulation révèle comment la culture EBM peut opérer comme norme implicite partagée sans avoir besoin d'être formalisée pour être active.

- Position 2 : L'EBM comme référence avec reconnaissance de ses limites

La position majoritaire dans la série est plus nuancée. L'EBM est la boussole, mais les répondants reconnaissent ses angles morts. Médecin 1 se décrit comme « très formatée EBM » tout en admettant une ouverture conditionnelle : « *Je manque d'outils pour faire une médecine globale.* » (Médecin 1, L.244). Kinésithérapeute 2 formule la limite structurelle la plus précise : le manque de preuves ne signifie pas nécessairement un manque d'efficacité, il peut signifier un manque de financement pour les études qui permettraient d'en établir la preuve. Médecin 3 apporte une nuance sur la formation universitaire : « *Ça dépend du prof. En fonction du prof et du type de cours, ça peut être ouvert.* » (Médecin 3, L.160). Reproduisant au niveau de la formation le même mécanisme que dans les MM, l'ouverture aux MAC dépend de la trajectoire individuelle d'un professionnel, pas d'une politique institutionnelle.

- Position 3 : Le pragmatisme clinique

Quatre répondants adoptent une position où l'EBM reste une référence mais n'est plus le critère décisif. Médecin 2 formule la version la plus explicite : « *Est-ce que c'est un effet placebo ? On sait pas. Mais finalement ça aide, on s'en fout.* » (Médecin 2, L.43). C'est une décision clinique délibérée d'une médecine formée dans une culture EBM forte, qui choisit de faire primer le résultat thérapeutique sur l'explication mécanistique. Accueillante 5 conteste l'applicabilité même de l'EBM à la phytothérapie via le concept de totum. Les essais cliniques

testent des molécules isolées, pas des préparations végétales complexes dont l'action repose sur l'interaction de l'ensemble des composants. Accueillante 3 et Accueillant 4, sans formation médicale, adoptent quant à eux une légitimation par l'expérience personnelle plutôt que par la preuve scientifique.

Ce résultat révèle une tension structurante : l'EBM est simultanément le principal frein à la légitimation des MAC et la grille de lecture à travers laquelle même leurs défenseurs les justifient.

5.1.1.2. Le pragmatisme thérapeutique

Au-delà du clivage pro-MAC / anti-MAC, neuf répondants sur douze adoptent une posture pragmatique : si une pratique est utile au patient, ne lui nuit pas, et ne se substitue pas à un soin nécessaire, elle mérite sa place, indépendamment de la solidité des preuves. Cette posture est rarement formulée explicitement, elle émerge dans les pratiques quotidiennes sans être nommée comme telle. Les données du formulaire confirment cette tendance : 66,7 % des répondants estiment que les MAC ont leur place dans les maisons médicales, dont une partie significative avec des réserves conditionnelles (« ça dépend des pratiques », « uniquement celles validées par l'EBM », « en complément seulement »).

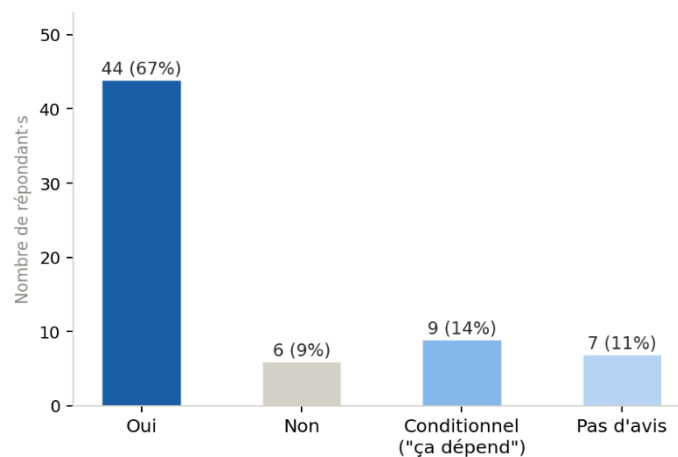


Figure 3. Légitimité perçue des MAC au sein des MM (N=66)

Elle prend trois formes distinctes selon les profils.

- Le pragmatisme fondé sur l'efficacité clinique

Chez les médecins et kinésithérapeutes ouverts aux MAC, le pragmatisme se fonde sur l'observation directe de résultats cliniques. Kinésithérapeute 1 formule la position la plus directe : « Si ça vous fait du bien, let's go, en fait. » (Kinésithérapeute 1, L.85), tout en posant une condition éthique immédiate : à condition que ce soit financièrement accessible aux

patients précaires. Médecin 3 envisage les MAC pour des indications cliniques précises : endométriose, sevrage tabagique, douleurs chroniques, là où la médecine conventionnelle est reconnue comme insuffisante. Médecin 1 note qu'il y a une demande des patients et des soignants pour l'ostéopathie, et que la MM a décidé collectivement d'en permettre l'accès sur cette base. Ce pragmatisme est donc médié par l'indication clinique : non pas « les MAC en général sont bonnes », mais « cette pratique, pour ce patient, dans cette situation, peut être utile ».

- Le pragmatisme fondé sur l'expérience personnelle

Chez les accueillant.es avec une forte conviction personnelle pour les MAC, le pragmatisme se fonde sur l'expérience vécue. Accueillante 3 dit ne jamais être tombée malade depuis quatre ans en utilisant plantes et homéopathie en première ligne. Ces répondants ne mobilisent pas l'EBM comme critère, ils mobilisent la preuve par le corps. Ce pragmatisme expérientiel opère dans un registre différent de l'efficacité clinique objectivable, mais produit des convictions tout aussi stables.

- Le pragmatisme conditionnel

C'est la forme analytiquement la plus intéressante, parce qu'elle émerge chez des répondants pourtant sceptiques. Accueillante 6, dont la MM a une position institutionnelle explicitement anti-MAC, dit : *« J'ai vraiment pas du tout de problème avec l'effet placebo. Je trouve ça génial. Ce que notre corps peut faire. Mais c'est là que la partie complémentaire me semble plus intéressante que la partie alternative. »* (Accueillante 6, L.143-145). Kinésithérapeute 2 pose sa condition centrale. Toute pratique qui renforce l'autonomisation du patient dans son traitement mérite une attention, indépendamment de son statut EBM.

Ce résultat a une implication analytique majeure : si la position majoritaire est pragmatique plutôt que dogmatique, alors la résistance à l'intégration des MAC n'est pas d'abord idéologique, elle est structurelle. Le verrou n'est pas « les professionnels sont contre les MAC », c'est « les conditions ne sont pas réunies pour que les pragmatiques puissent les intégrer ».

5.1.1.3. La distinction alternative vs complémentaire

Ce résultat est minoritaire (présent dans cinq entretiens sur douze) mais analytiquement exceptionnel. Il s'agit de la distinction opérée par certains répondants entre médecine alternative et médecine complémentaire. Cette distinction n'est pas terminologique, elle est éthique et pratique. Sa formulation la plus explicite vient paradoxalement d'Accueillante 6, la

répondante la plus sceptique de la série: « *Alternative ce serait justement les gens qui se prétendraient guérir. Alors que complémentaire c'est des gens qui travailleraient avec la médecine allopathique. Et en complément vraiment quoi. Pour moi il n'y a pas de pratique. Il n'y a pas de métier. Tu peux être énergéticien. Et tu peux dire complémentaire parce que tu travailles en complément de... Parce que t'as pas un discours de je vais guérir, c'est anti-médecine allopathique.* » (Accueillante 6, L.170-175)

Selon cette définition, c'est le discours du praticien et non la pratique elle-même qui classe une MAC dans l'une ou l'autre catégorie. La même technique peut être alternative ou complémentaire selon l'intention et le cadre dans lequel elle est proposée. Cette distinction permet à l'accueillante 6 d'envisager certaines pratiques MAC sans contradiction avec sa posture sceptique : une naturopathe qui travaille en complément de la médecine allopathique et qui ne prétend pas guérir ne lui pose pas de problème.

Cette logique se retrouve à l'état implicite chez quatre autres répondants. Médecin 2 pose une règle qu'elle ne transgresse jamais dans sa pratique clinique : « *Ça va toujours être complémentaire, jamais substitutif. On traite par l'acupuncture ou par l'hypnose ce qu'on ne peut pas traiter par la médecine. Déjà, ça veut dire que je peux le faire parce que je sais traiter quelqu'un avec autre chose.* » (Médecin 2, L.81)

Elle formule également ses limites éthiques avec précision: elle ne s'aventure pas dans le travail hypnotique sur des PTSD complexes ni dans le travail sur le passé profond, des territoires qu'elle réserve aux psychologues. Sa pratique MAC est complémentaire parce qu'elle est strictement délimitée dans ses indications cliniques.

Accueillante 4 adopte une position complémentariste explicite dès sa définition spontanée des MAC : « *Pour moi, c'est des soutiens à la médecine allopathique, qui est une médecine très basée sur le symptôme. Les médecines complémentaires, alternatives vont apporter des solutions, des compléments que la médecine allopathique ne propose pas forcément.* » (Accueillante 4, L.83)

Kinésithérapeute 2 décline cette distinction depuis l'angle de l'autonomisation du patient, il peut intégrer une MAC dans sa pratique de kinésithérapie si elle renforce l'autonomie du patient dans son traitement. Ce qui l'amène à critiquer l'ostéopathie non pas en tant que pratique MAC, mais parce qu'elle induit selon lui une passivité du patient contraire à ses valeurs thérapeutiques. C'est une déclinaison originale de la distinction : ce qui pose problème n'est pas que l'ostéopathie soit une MAC, c'est qu'elle ne renforce pas l'agentivité du patient.

Accueillant 2 propose une stratégie d'acceptabilité des MAC auprès des médecins qui repose implicitement sur cette même logique complémentariste. Valoriser les pratiques MAC « basiques » tels que la nutrition, activité physique, gestion psycho-émotionnelle parce qu'elles ne rejouent pas sur le terrain médical et ne concurrencent pas le rôle du médecin.

L'absence de cette distinction dans sept entretiens sur douze est elle-même analytiquement significative. La majorité des répondants utilisent les deux termes de façon interchangeable, ce qui prive les équipes d'un cadre conceptuel suffisamment fin pour débattre collectivement de l'intégration des MAC.

5.1.1.4. Les lectures politiques économiques et historiques des MAC

Un résultat plus émergent, présent dans quatre entretiens sur douze, vient enrichir le tableau des représentations. Quatre répondants dépassent le registre clinique pour inscrire les MAC dans une lecture économique ou historique plus large. Cette attitude est minoritaire dans notre corpus, mais elle signale que la question des MAC n'est pas perçue uniquement comme clinique : elle est aussi porteuse d'enjeux de pouvoir, qu'ils soient commerciaux ou hérités de rapports de force plus anciens.

Accueillant 4 est le seul répondant à nommer explicitement l'industrie pharmaceutique comme acteur économique structurant le discrédit des MAC : « Il y a un gros dinosaure en face qui est l'industrie pharmaceutique et qui n'a pas du tout intérêt à ce que les gens se soignent autrement. » (Accueillant 4, L.178).

Accueillante 5 apporte la lecture la plus originale de toute la série : elle inscrit le discrédit des MAC dans une lecture féministe et historique. Le savoir des plantes était selon elle un savoir féminin, transmis de génération en génération, confisqué par la médecine masculine institutionnalisée à partir du Moyen Âge : « C'est très patriarcal. C'était un savoir qui était aux femmes. Et maintenant, en cassant ça, on va mettre le titre d'apothicaire qui n'était plus réservé qu'aux hommes. Et on a pris tout ce savoir familial. Et on a dit, mais non, c'est pas bon, ça ne fonctionne pas. Et puis, pouf, ça s'est fait sur plusieurs siècles. » (Accueillante 5, L.214-218). Cette lecture rejoint une thèse bien documentée dans l'historiographie : Muchembled (1979) montre comment le savoir des guérisseuses populaires a été progressivement discrédité à mesure que la médecine s'institutionnalisait et se masculinisait entre le XVe et le XVIIIe siècle, un processus que Ehrenreich et English (1973) documentent également à travers la réservation de titres professionnels (dont celui d'apothicaire) aux hommes.

Accueillante 6 rejoint Accueillant 4 sur la critique économique de l'industrie, mais depuis une position sceptique vis-à-vis des MAC elles-mêmes : sa critique porte sur l'industrie de l'homéopathie et des compléments alimentaires, qu'elle perçoit comme exploitant la crédulité des patients à des fins commerciales. Kinésithérapeute 2 illustre une troisième facette de cette même dimension économique : il pointe le gaspillage d'argent que représente, pour des patients précaires, le recours à des pratiques non remboursées et potentiellement inefficaces.

Ces lectures macro contextualisent les résultats dans leur dimension structurelle : elles signalent que la question des MAC n'est pas perçue uniquement comme clinique, mais aussi comme économique et, pour une répondante, genrée et historique.

5.1.2. L'utilisation des MAC dans la pratique professionnelle

L'analyse des douze entretiens révèle un paradoxe central concernant l'utilisation des MAC dans les maisons médicales bruxelloises : leur présence est plus répandue que ce que les professionnels perçoivent spontanément. Six structures sur douze présentent au moins une MAC médicale intégrée dans leur offre de soins. Pourtant, cette présence est systématiquement sous-estimée, fragmentée et structurellement précaire. Les données du formulaire confirment cette tension. Si 65,2 % des répondants au forms déclarent utiliser ou recommander des MAC dans leur pratique, les entretiens révèlent que cette utilisation est souvent informelle et désétiquetée, non reconnue comme relevant des MAC par ceux qui la pratiquent.

Cinq catégories analytiques structurent cette section. Les MAC médicales effectivement intégrées, le pattern d'intégration invisible, le modèle de financement hybride, la demande patient comme phénomène rare et filtré, et les pratiques culturelles traditionnelles comme angle mort systématique.

5.1.2.1. Les MAC médicales intégrées : Acupuncture et ostéopathie comme pratiques dominantes

Six des douze structures représentées dans la série présentent au moins une MAC médicale intégrée dans leur offre de soins. Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de l'acupuncture ou de l'ostéopathie, les deux pratiques les mieux représentées parmi les quatre reconnues par le cadre légal belge issu de la loi Colla de 1999. Les données du formulaire confirment cette dominance : l'ostéopathie est citée par 69,7 % des répondants parmi les pratiques utilisées ou recommandées, l'acupuncture par 34,8 %. Cette convergence empirique avec le cadre légal constitue en elle-même un résultat, la reconnaissance institutionnelle semble être un

déterminant réel de l'intégration pratique, même dans des structures qui n'y font jamais explicitement référence.

La structure la plus intégrée de toute la série est celle de Médecin 2. Deux MAC y sont présentes simultanément : elle-même est en première année de formation d'acupuncture à l'ABFFMMA, et son collègue pratique l'hypnose suite à une formation de deux ans faite à Paris. Médecin 2 souligne la durée de formation comme condition non négociable : on ne s'improvise pas acupuncteur ou hypnothérapeute en un week-end. L'hypnose est intégrée de façon organique dans les consultations de sevrage tabagique, les patients ne prennent pas rendez-vous pour une séance d'hypnose, ils consultent pour arrêter de fumer, et l'hypnose est l'un des outils mobilisés dans ce cadre : « *Les patients ne prennent pas rendez-vous pour l'hypnose. L'hypnose peut être un des outils qu'il utilise. C'est pas que de l'hypnose, c'est des consultations qui sont pour le sevrage.* » (Médecin 2, L.120). Médecin 2 pose une règle éthique qu'elle ne transgresse jamais : « *On traite par l'acupuncture ou par l'hypnose ce qu'on ne peut pas traiter par la médecine. Et aussi, je ne vais jamais remplacer.* » (Médecin 2, L.81). L'intégration s'est faite de façon organique, sans décision collective préalable formalisée : « *Ça s'est instauré comme ça, ce qui est très bien.* » (Médecin 2, L.63). C'est à la fois sa force, pas de résistance institutionnelle à surmonter, et sa fragilité : aucune pérennité garantie si les praticiens quittent la structure.

La structure de Médecin 1 présente également deux MAC intégrées simultanément. Un médecin et un kinésithérapeute pratiquent tous deux l'acupuncture, avec un usage cliniquement encadré et délibérément ciblé : « *Ils n'utilisent pas l'acupuncture pour des trucs un peu moins prouvés. Ils ne le font que pour l'ostéo-articulaire. C'est plus basé sur des preuves.* » (Médecin 1, L.169). Un ostéopathe vient également une demi-journée par semaine. La décision d'intégration a été collective et ancrée dans la valeur d'équité : « *On a décidé de permettre l'accès à l'ostéopathie pour tout le monde.* » (Médecin 1, L.191).

La structure d'Infirmière 1 dispose d'un ostéopathe externe via l'ASBL Microtubules depuis environ dix ans. Le financement est partagé entre la MM et le patient. La décision d'intégration a été collective et délibérée, via la méthode des chapeaux de Bono en réunion d'équipe. Une technique de facilitation développée par de Bono (1985), qui invite les participants à endosser tour à tour six modes de pensée distincts (les faits, les émotions, les risques, les bénéfices, la créativité et la vue d'ensemble), afin d'explorer une décision sous plusieurs angles plutôt que de camper sur des positions figées et adverses : « *Ça nous a fait parler. On va faire ça. Et ça a changé l'esprit de tout le monde.* » (Infirmière 1, L.69). La structure de Kinésithérapeute 2 à

Uccle dispose d'un modèle similaire, avec financement partiel de la MM. Kinésithérapeute 2 documente le mécanisme : « l'offre crée la demande ». Dans cette MM où l'ostéopathe est présent, des patients lui en parlent spontanément, contrairement à sa deuxième MM où il n'y en a pas. « J'ai l'impression qu'on m'en a parlé parce qu'il était là et que c'était possible. » (Kinésithérapeute 2, L.105). Cette deuxième MM de Bruxelles-Ville n'a plus aucune MAC depuis le départ d'un médecin acupuncteur, la pratique a disparu avec lui.

La structure d'Accueillante 5 présente deux MAC partiellement invisibles : un médecin pratique l'acupuncture deux heures par semaine (pratique si discrète qu'elle n'avait pas été mentionnée spontanément), et des ostéopathes externes viennent deux heures trente par semaine, mais uniquement pour les enfants. Une demande adulte existe mais n'est pas couverte. Médecin 3 illustre un cas différent d'intégration invisible : elle sait que la psychologue de sa structure pratique l'hypnose, mais elle n'a encore jamais orienté explicitement un patient vers cette pratique, elle continue de référer vers « la psy » en général, sans nommer l'hypnose : « Mais moi personnellement, je n'ai pas encore envoyé le patient pour de l'hypnose spécifiquement. Je sais qu'elle le fait. » (Médecin 3, L.49). Le frein n'est donc pas ici l'absence de réseau, elle connaît bien sa collègue, mais une forme d'habitude de référencement générique qui rend la pratique invisible même quand elle est disponible sur place. Le manque de réseau personnel de confiance apparaît en revanche clairement lorsqu'elle évoque les praticiens MAC externes à sa structure (ostéopathes, acupuncteurs) : « Je ne connais pas beaucoup de praticiens. Je pense que si je cherche sur internet je pourrais en trouver, mais je ne les connais pas personnellement. » (Médecin 3, L.51). L'ouverture existe, mais sans réseau externe, elle reste à l'état latent.

En regard de ces six structures intégrées, les six autres présentent des profils d'absence totale ou de refus explicite. Accueillante 6 est la seule répondante de la série à documenter une position institutionnelle anti-MAC formalisée, inscrite dans les fondements mêmes de sa structure depuis sa création en 2018, et non comme un choix personnel qu'elle aurait porté elle-même : « Pas avec moi, mais je sais que ça fait partie de l'essence de la création de cette maison médicale. Il n'y a pas de place pour ça. » (Accueillante 6, L.86). Concrètement, cela se traduit par un refus explicite de remboursement pour toute pratique non-EBM, incluant l'ostéopathie, l'homéopathie et l'acupuncture : « Tant que c'est pas EBM, pas de remboursement de notre part. » (Accueillante 6, L.97-98). Les patients en sont informés dès l'inscription. Sa position personnelle nuance toutefois ce cadre institutionnel : son scepticisme vise moins les MAC

elles-mêmes que l'industrie mercantile qui les exploite, une distinction qu'elle formule avec une précision rare dans le corpus : « J'ai du mal avec le fait que les gens puissent se faire de la thune sur la crédulité des gens [...] une personne qui fait de la naturopathie dans sa maison, qui est vraiment là pour soutenir les gens [...] ça, ça me dérange pas. Il y a pas tout un lobby derrière. » (Accueillante 6, L.59).

5.1.2.2. Le pattern d'intégration invisible

Un pattern récurrent et analytiquement original émerge de plusieurs entretiens (Infirmière 1, Kinésithérapeute 2, Médecin 3, Accueillante 5) : les MAC qui s'intègrent durablement dans une maison médicale tendent à se désétiqueter progressivement. Elles cessent d'être perçues comme des MAC par les professionnels qui les côtoient au quotidien, elles deviennent des pratiques ordinaires, des outils cliniques parmi d'autres.

Le cas le plus frappant est documenté en temps réel. Infirmière 1 n'avait pas pensé à l'ostéopathie quand la question sur les MAC dans sa MM lui a été posée, alors que l'ostéopathe vient chaque semaine depuis une dizaine d'années. Ce n'est qu'en relisant le mail d'invitation à l'entretien qu'elle avait réalisé que l'ostéopathie entraînait dans la catégorie MAC : « *Si ! Justement, c'est quand j'ai lu votre message, je me suis dit, ah oui, c'est ça.* » (Infirmière 1, L.64). Dix ans de présence hebdomadaire ont suffi pour que la pratique sorte complètement de la catégorie « MAC » dans la représentation de la professionnelle qui la côtoie le plus régulièrement.

Kinésithérapeute 2 documente une trace mémorielle d'une intégration passée : dans la MM de Bruxelles-Ville où il travaille, un médecin pratiquait l'acupuncture, ce médecin est parti, l'acupuncture a disparu. Il en parle comme d'une chose qui existait et qui n'est plus là confirmant que l'invisibilisation peut devenir disparition totale quand le praticien qui portait la pratique quitte la structure. Médecin 3 confirme le pattern depuis un angle différent : la psychologue hypnothérapeute est présente dans sa MM, elle le sait, mais ne l'a pas encore intégrée dans ses pratiques de référence. La MAC est dans la structure sans être dans les représentations opérationnelles de l'équipe.

Ce phénomène a deux implications importantes. Sur le plan méthodologique, les données auto-rapportées sur la présence des MAC sont des sous-estimations structurelles : lorsqu'une pratique intégrée n'est plus perçue comme une MAC, les répondants déclarent son absence à tort. C'est précisément ce que suggère le fait que 45,5 % des répondants au formulaire déclarent qu'aucune MAC n'est proposée dans leur structure, une proportion vraisemblablement

surestimée, puisqu'elle inclut probablement des structures où une MAC est bel et bien présente mais n'est plus reconnue comme telle. Une pratique qui n'est plus nommée ne peut plus être soutenue ni pérennisée institutionnellement. L'invisibilité est simultanément un signe de réussite et un facteur de fragilité.

5.1.2.3. Le modèle de financement hybride

Cinq répondants mentionnent positivement le modèle développé par l'ASBL Microtubules : faire venir un ostéopathe externe avec un financement partagé entre la MM et le patient, pour rendre la pratique accessible à une patientèle précaire. C'est le seul dispositif structuré et reproductible documenté dans notre corpus pour intégrer une MAC sans créer de poste salarié ni imposer un coût plein au patient. Les données du formulaire confirment l'importance du frein financier : 43,9 % des répondants le citent comme obstacle à l'intégration des MAC.

Infirmière 1 en donne la description la plus détaillée. L'initiative ne venait pas de la MM, c'est l'ASBL qui avait sollicité la structure : « *Il cherchait des maisons médicales avec qui travailler. On n'avait pas pensé à ça du tout.* » (Infirmière 1, L.67). Kinésithérapeute 1 précise le tarif : « *C'est des ostéos qui viennent faire des consultations en maison médicale, entre 20 et 40 euros.* » (Kinésithérapeute 1, L.87). Kinésithérapeute 2 et Médecin 1 confirment indépendamment l'un de l'autre l'existence d'un modèle similaire dans leurs structures respectives, avec participation financière de la MM pour rendre l'ostéopathie accessible. Accueillant 2 en théorise la logique sans nommer Microtubules : « *La maison médicale serait vraiment un endroit parfait pour ça, dans le sens où ça pourrait enlever ce problème financier pour le patient.* » (Accueillant 2, L.171).

Ce modèle répond simultanément à plusieurs obstacles : il contourne le frein financier pour le patient, le frein idéologique pour l'équipe en maintenant l'ostéopathe en dehors de l'équipe formelle et le frein organisationnel en s'appuyant sur une ASBL externe. Ses limites sont également documentées : Infirmière 1 signale des difficultés de coordination fréquentes avec un prestataire externe, et le modèle est structurellement limité à l'ostéopathie.

5.1.2.4. La demande patient en MAC

La demande patient en MAC est unanimement décrite comme rare et non formulée explicitement résultat exprimé dans les douze entretiens. Pourtant, l'analyse révèle que cette apparente absence résulte de plusieurs mécanismes simultanés qui contribuent à son invisibilisation, sans pour autant témoigner de son inexistence.

5.1.1. La demande non formulée comme MAC

Kinésithérapeute 1 formule le concept le plus utile de la série sur ce point, celui de demande sociale inconsciente. Les patients demandent du toucher, de l'écoute, une prise en charge qui les considère dans leur globalité, sans jamais nommer ça une demande de MAC. « Les gens veulent du massage. C'est quelqu'un qui t'écoute. Il n'y a personne d'autre comme professionnel qui te prend en charge pendant 50 minutes, qui t'écoute, qui te touche. Cette demande sociale est inconsciente. » (Kinésithérapeute 1, L.124-128).

- L'autocensure face au corps médical

Accueillant 4 documente ce phénomène avec la plus grande richesse analytique parmi les participants. Les patients « brident leur discours » face au médecin, pas par méfiance, mais par anticipation d'un jugement négatif. C'est à l'accueil, perçu comme moins médical, qu'ils parlent librement de leurs pratiques MAC : « Ce n'est pas qu'ils n'ont pas confiance aux médecins, c'est juste qu'ils vont brider leur discours. Nous, on est pris pour le gars sympa, lambda, à l'accueil. » (Accueillant 4, L.153). Accueillant 4 a développé une pratique concrète pour combler cet angle mort : il note les informations sur les pratiques MAC des patients dans le dossier médical, créant un pont informel entre ce qui se dit à l'accueil et ce que le médecin devrait savoir. C'est la seule pratique documentée dans le corpus qui tente de combler systématiquement cet angle mort.

- Le biais de sélection institutionnel

Accueillante 6 permet d'identifier un biais structurel : dans une MM dont la position est explicitement pro-EBM, seuls les patients dont la tentative MAC a échoué en parlent à l'équipe. Les patients satisfaits n'ont aucune raison d'en informer une structure qui ne s'y intéresse pas : « J'ai déjà certains patients qui m'ont dit qu'ils avaient été voir un acupuncteur. Et en général la suite c'est : mais ça n'a pas marché. » (Accueillante 6, L.117-118). Ce biais renforce artificiellement la perception que les MAC ne fonctionnent pas, dans un cercle auto-validant. Le mécanisme inverse est tout aussi plausible dans d'autres contextes : auprès d'un praticien ou d'un guérisseur convaincu de l'efficacité des MAC, ce sont à contrario les patients satisfaits qui ont tendance à en parler, alimentant cette fois la croyance en leur efficacité. Le biais de

sélection dans la parole des patients n'est donc pas univoque : il dépend de l'écoute, ou de l'absence d'écoute, que la structure réserve à ce type de récit.

- L'offre crée la demande

Kinésithérapeute 2 apporte le résultat le plus contre-intuitif du corpus. Il travaille dans deux MM. Dans celle où il n'y a pas d'ostéopathe, aucun patient ne lui en parle ; dans celle d'Uccle où il y en a un, des patients le lui ont mentionné spontanément : « J'ai l'impression qu'on m'en a parlé parce qu'il était là et que c'était possible. » (Kinésithérapeute 2, L.105). Ce résultat inverse la causalité habituellement supposée : l'absence de demande visible n'est pas nécessairement un signal que les patients n'en veulent pas, c'est peut-être le signal que l'absence d'offre empêche la demande de se formuler.

- La demande médiée par le praticien

Dans la structure la plus intégrée du corpus, Médecin 2 documente un mécanisme radicalement différent : la demande de MAC n'est pas initiée par le patient mais par le médecin lui-même, qui identifie les patients potentiellement réceptifs et leur propose la pratique. « On ne va jamais avoir un patient qui va à l'accueil et qui dit moi je veux une séance d'hypnose. Ça, c'est jamais. Si c'est quelque chose, ça vient de nous. » (Médecin 2, L.137). Ce modèle de demande médiée confirme le rôle central du praticien formé comme élément déclencheur, non seulement de l'intégration institutionnelle des MAC, mais aussi de leur mobilisation clinique au cas par cas.

5.1.1.1. Les pratiques culturelles traditionnelles

Quatre répondants travaillant avec des patientèles maghrébines ou africaines mentionnent des pratiques traditionnelles (Infirmière 1, Kinésithérapeute 2, Médecin 3, Accueillant 4) : hijama (ventouses), plantes médicinales, présentes dans les familles mais quasi-invisibles pour les équipes soignantes. Ces pratiques ne sont jamais intégrées dans l'offre de soin formelle et ne sont généralement pas déclarées en consultation.

Infirmière 1 observe le phénomène depuis sa patientèle : « *Il y a beaucoup, comme au Maroc, on fait beaucoup les ventouses. C'est assez courant, mais je connais pas plus que ça.* » (Infirmière 1, L.103). Médecin 3 est consciente que certaines de ses patientes utilisent des plantes médicinales et des huiles essentielles, mais ces informations ne circulent pas systématiquement en consultation, faute de formation clinique spécifique. Kinésithérapeute 2

confirme la prévalence de l'hijama dans les populations maghrébines de sa patientèle, tout en notant que les patients n'en parlent pas spontanément.

Accueillant 4 est le seul répondant à avoir développé une compétence informelle sur les plantes médicinales utilisées par ses patientes maghrébines et c'est lui que les médecins viennent consulter sur ce sujet, étant formé en herboristerie : « *J'ai beaucoup de femmes âgées, issues maghrébines, qui utilisent énormément les plantes. Et les médecins sont là en mode, c'est vrai que nous, on connaît peu les plantes. Et donc du coup, c'est vrai que je peux leur répondre. Il vient me consulter, le médecin.* » (Accueillant 4, L.99). Ce résultat a des implications cliniques directes, les interactions entre plantes médicinales et médicaments prescrits ne sont pas déclarées si elles ne sont pas demandées, constituant un risque clinique réel et non adressé dans la quasi-totalité des structures de la série.

5.1.2. Les facteurs influençant l'intégration des MAC dans les maisons médicales

L'analyse des douze entretiens révèle une asymétrie fondamentale qui structure l'ensemble de cette sous-question. Les obstacles à l'intégration des MAC sont structurels (financiers, formatifs et culturels) tandis que les leviers sont presque exclusivement individuels. Cette asymétrie explique pourquoi l'intégration, là où elle existe, est fragmentée, inégale et précaire. Cinq catégories analytiques structurent cette section. Le frein financier comme obstacle universel, le manque de formation médicale comme cercle fermé, la culture EBM d'équipe comme norme implicite, la trajectoire personnelle du praticien comme levier dominant, et l'autogestion comme levier conditionnel.

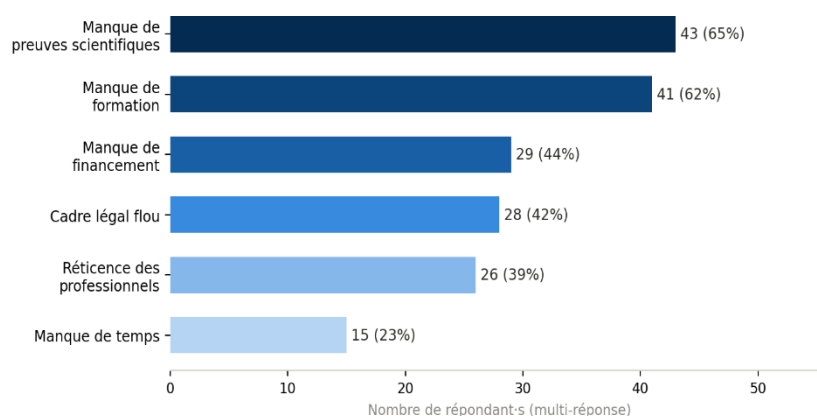


Figure 4. Freins à l'intégration des MAC dans les MM (multi-réponse, N=66)

La convergence de ces obstacles, notamment la trilogie preuves/formation/financement, constitue un système circulaire de blocage et se dégagent aussi au sein des entretiens.

5.1.2.1. Le frein financier

Le frein financier est le seul résultat absolument saturé de cette recherche : présent dans les douze entretiens, indépendamment du profil du répondant et de la culture de sa structure. Les données du formulaire le confirment 43,9 % des répondants le citent comme obstacle à l'intégration des MAC. Mais c'est la série qualitative qui en révèle la profondeur et la double nature. Il opère en effet à deux niveaux distincts.

Il opère à deux niveaux distincts :

1. Au niveau du patient

Le coût non remboursé des MAC les rend structurellement inaccessibles à une patientèle précaire. Kinésithérapeute 1 formule la tension éthique avec une précision directe : « *Je vais pas aller dire, surtout en maison médicale, à des personnes précarisées d'aller payer 60 euros tous les 3 mois chez un ostéo.* » (Kinésithérapeute 1, L.87). Elle ajoute une dimension fondamentale, articulant le frein financier à la valeur d'équité qui fonde le projet des MM : « *C'est pas juste que les gens super riches aient l'occasion de se faire bichonner. Parce qu'en fait, même s'il n'y a pas mille preuves scientifiques, ça fait du bien.* » (Kinésithérapeute 1, L.94). Le frein financier produit ainsi une inégalité d'accès structurellement incompatible avec la mission des MM. Accueillant 2 formule l'envers de ce constat : « *La maison médicale serait vraiment un endroit parfait pour ça, dans le sens où ça pourrait enlever ce problème financier pour le patient.* » (Accueillant 2, L.171).

2. Au niveau de la structure

Le modèle forfaitaire des MM ne prévoit pas de financement pour les praticiens MAC. Intégrer un ostéopathe ou un acupuncteur reviendrait à créer un poste non financé par le modèle de base. Accueillante 1 documente ce que cela signifie concrètement : sa MM avait intégré un ostéopathe avec des résultats cliniques positifs, mais a dû abandonner l'expérience pour des raisons strictement financières. « *L'ostéo qui était un plus pour le patient, on est bien d'accord. Ça nous a mis, quand même, en délicatesse financière. Donc ce n'était pas du tout sur le fond, mais plutôt sur la forme.* » (Accueillante 1, L.39). Ce verbatim est analytiquement fort parce qu'il dissocie clairement le fond, la conviction que l'ostéopathie est utile, de la forme, l'impossibilité financière de la maintenir. La résistance n'est pas ici idéologique, mais structurelle.

Accueillante 6 formule la position la plus explicite sur le lien entre remboursement et intégration : « Tant que c'est pas EBM, pas de remboursement de notre part. » (Accueillante 6, L.97-98). Elle reconnaît elle-même la circularité de ce raisonnement : si les MAC étaient EBM, il y aurait un cadre légal ; si elles avaient un cadre légal, le remboursement serait envisageable. La chaîne causale preuve → cadre légal → remboursement → intégration est clairement articulée dans son discours, même si elle en reconnaît le caractère circulaire.

Le frein financier crée ainsi une contradiction structurelle au cœur de l'identité des MM : leurs valeurs fondatrices plaident pour l'équité d'accès aux soins (y compris au *care*, dont les classes aisées bénéficient à travers les MAC), mais le système de financement qui les encadre rend cette équité impossible sans mécanismes alternatifs.

5.1.2.2. Le manque de formation médicale

Le manque de formation médicale aux MAC constitue le deuxième verrou structurel, confirmé dans onze entretiens sur douze. Les données du formulaire confirment son ampleur : 62,1 % des répondants le citent comme obstacle à l'intégration. Il opère selon une logique circulaire auto-renforçante que Médecin 1 formule avec une clarté saisissante, « *À l'université, c'est tellement basé sur des preuves que je ne vois pas comment ils pourraient nous parler de l'homéopathie, à part pour nous dire qu'il n'y a pas de preuves.* » (Médecin 1, L.250). L'université EBM ne forme pas aux MAC parce qu'elles ne sont pas EBM ; les médecins ne sont donc pas formés pour les évaluer ; sans évaluation possible, ils ne les intègrent pas ; sans intégration, il n'y a pas de demande de formation et le cercle se referme, sans qu'aucun acteur n'ait besoin de le maintenir activement.

Ce manque de formation prend quatre formes distinctes dans la série.

1. L'ignorance honnêtement reconnue

La forme la plus fréquente est une méconnaissance honnêtement assumée. Médecin 1 dit manquer d'outils pour faire une médecine globale (Médecin 1, L.244), attribuant ce manque à sa formation plutôt qu'à une résistance idéologique. Médecin 3 reconnaît que sa connaissance des MAC repose principalement sur son expérience personnelle, sans formation clinique spécifique, illustrant comment le cercle fermé de la formation EBM se perpétue même chez des médecins ouverts.

2. L'hétérogénéité pédagogique selon l'enseignant

Médecin 3 apporte une nuance sur la formation universitaire : « *Ça dépend le prof. En fonction du prof et du type de cours, ça peut être ouvert.* » (Médecin 3, L.160). Ce résultat reproduit au niveau de la formation exactement le même mécanisme que dans les MM : l'ouverture aux MAC dépend de la trajectoire individuelle d'un professionnel, pas d'une politique pédagogique institutionnelle.

3. L'impossibilité d'évaluer la qualité d'un praticien MAC

Accueillante 6 formule une conséquence directe du manque de formation standardisée : sans cadre légal et sans formation minimale exigée, il est impossible d'évaluer la qualité d'un praticien MAC inconnu. « *À part les gens que tu connais personnellement, tu peux pas savoir sur internet la qualité de la personne. Et son intégrité.* » (Accueillante 6, L.162-164). La confiance ne peut donc reposer que sur la connaissance personnelle du praticien, ce qui crée de fait une inégalité d'accès à une information fiable entre les patients disposant d'un réseau social ou professionnel pertinent et ceux qui en sont dépourvus, indépendamment de leur profil socio-économique.

4. La méfiance médicale comme produit du manque d'encadrement

Accueillante 3 et Accueillant 2 documentent une conséquence institutionnelle : l'absence de titre protégé nourrit une méfiance médicale légitime. « *À partir du moment où tout le monde peut s'improviser homéopathe, c'est aussi ça la réticence des médecins.* » (Accueillante 3, L.134). Accueillant 2 confirme : les médecins acceptent facilement de travailler avec des diététiciens au titre réglementé, mais résistent face aux naturopathes dont le titre n'est pas protégé. Ce n'est pas une résistance irrationnelle c'est une résistance cohérente avec la logique de responsabilité médicale.

Un élément concret mentionné par Accueillante 5 mérite d'être signalé, elle dit que des masters de phytothérapie existent à l'ULB et à l'ULiège. La ressource de formation existe elle n'est simplement pas mobilisée faute d'incitations institutionnelles. Le problème n'est donc pas l'inexistence de ressources, mais l'absence de demande institutionnelle pour les utiliser. Accueillant 4 formule ce constat avec une image directe : « *Je pense que le corps médical n'est pas tout à fait prêt.* » une formulation qui pointe vers un état transitoire, pas vers une opposition définitive.

5.1.2.3. La culture EBM d'équipe

La culture EBM d'équipe constitue le troisième verrou structurel, documenté dans dix entretiens sur douze. Il se distingue des deux précédents par son caractère implicite et relationnel : il n'opère pas comme une décision formelle mais comme une norme partagée qui n'a pas besoin d'être énoncée pour être active. Il prend trois formes.

1. La norme implicite partagée sans formalisation

C'est la forme la plus répandue et la plus subtile. Accueillante 1 la décrit avec une précision qui révèle exactement comment fonctionne une norme culturelle forte : « On n'a jamais fait une réunion là-dessus. Mais il est évident que cette notion d'évidence based médecines y appartient. » (Accueillante 1, L.47). Une norme partagée n'a pas besoin d'être formulée pour être active, les évidences partagées ne font pas l'objet de débats. Ce mécanisme explique pourquoi la question des MAC ne fait jamais l'objet d'une réunion d'équipe dans la plupart des MM du corpus : non pas parce qu'elle est taboue, mais parce que la réponse est déjà dans la culture.

2. Le veto individuel en autogestion

Accueillant 2 documente le cas le plus explicite : deux médecins utilisent leur autorité professionnelle informelle pour fermer définitivement la porte à toute intégration MAC. « *Eux m'ont dit directement que c'était mort, je ne ferai jamais rien de naturopathie là-bas. Tant que ces deux médecins-là étaient en gérance, ce serait pas possible.* » (Accueillant 2, L.143). Ce verbatim révèle une limite spécifique du modèle d'autogestion : il permet à une minorité d'exercer un veto de fait, indépendamment de l'avis des autres membres de l'équipe.

3. La résistance territoriale

Un résultat émergent, présent dans quatre entretiens (Accueillant 2, Accueillante 3, Médecin 3, Accueillant 4), complète l'explication par l'EBM. La résistance médicale aux MAC comporterait une dimension de concurrence professionnelle : les médecins percevraient parfois les praticiens MAC comme des concurrents empiétant sur leur périmètre d'expertise, plutôt que comme des compléments à leur pratique. Accueillant 2 la formule directement : « J'ai l'impression qu'il y a vraiment cette incompréhension, où beaucoup de médecins vont avoir l'impression qu'on va faire leur travail, alors que c'est pas du tout le cas. » (Accueillant 2, L.101). Ce résultat doit être traité avec précaution : cette dynamique de concurrence n'est jamais verbalisée par les médecins eux-mêmes dans le corpus, ce sont les non-médecins qui la

perçoivent et la nomment. Il signifie néanmoins que la production de preuves scientifiques ne suffit pas à lever toutes les résistances.

Le cas de Médecin 2 constitue la contre-preuve la plus puissante de ce verrou. Elle est médecin, elle exerce dans une culture EBM, et pourtant l'intégration a lieu. La clé tient au positionnement de ses pratiques MAC jamais comme alternatives à la médecine conventionnelle, toujours comme outils pour des indications où la médecine conventionnelle est insuffisante. Ce positionnement complémentaire et non substitutif est ce qui permet à sa pratique de coexister avec la culture EBM de son équipe sans la menacer.

5.1.2.4. La trajectoire personnelles du praticien

Face aux trois verrous structurels, un seul levier émerge avec une puissance suffisante pour déclencher l'intégration : la trajectoire personnelle du praticien individuellement formé en MAC. Ce levier est documenté dans huit entretiens sur douze (Kinésithérapeute 1, Médecin 1, Accueillant 2, Médecin 2, Accueillante 3, Médecin 3, Accueillant 4, Accueillante 5). Dans chaque MM où une MAC est intégrée, un professionnel individuellement formé ou convaincu est à l'origine de cette intégration. Il n'existe pas dans la série un seul exemple d'intégration MAC décidée institutionnellement sans qu'un praticien formé n'en soit à l'origine.

- Les formes de la trajectoire

La trajectoire peut prendre plusieurs formes.

- 1) La formation avant l'arrivée dans la MM : le kinésithérapeute qui travaille avec Médecin 1 s'est formé en acupuncture avant de rejoindre la structure et a contribué à entraîner le médecin dans la même démarche.
- 2) La formation pendant la présence dans la MM : Médecin 2 est en première année de formation d'acupuncture tout en exerçant, motivée par la frustration clinique « *La limite dans les douleurs chroniques, dans les sevrages, on est quand même vachement limitée avec la médecine classique. Et donc c'est juste une envie d'essayer autre chose.* » (Médecin 2, L.22). La double vie assumée : Accueillant 2 pratique la naturopathie à côté de son rôle d'accueillant, sans que les deux sphères se rejoignent encore formellement dans sa MM. Médecin 3 représente un cas intermédiaire : un usage personnel des plantes qui constitue une ouverture latente, mais sans formation formelle ni réseau de confiance, l'intégration ne se produit pas encore illustrant que la trajectoire personnelle est nécessaire mais pas suffisante.

- La fragilité structurelle de ce levier

Ce que ces trajectoires ont en commun, c'est qu'elles sont toutes individuelles et volontaires : aucune n'est produite par une politique institutionnelle ou une incitation financière. Et c'est précisément cette individualité qui constitue à la fois la force et la faiblesse du levier. Quatre entretiens documentent des situations où une MAC présente a disparu ou n'est plus mobilisée parce que le professionnel qui la portait est parti : dans la MM de Kinésithérapeute 2 à Bruxelles-Ville, un médecin acupuncteur est parti, l'acupuncture a disparu ; dans la MM d'Infirmière 1, une kinésithérapeute hypnothérapeute est partie, l'hypnose a disparu. Kinésithérapeute 1 formule la règle comme un principe général : « Ça vient vraiment de l'initiative personnelle et de la formation continue des professionnels eux-mêmes. » (Kinésithérapeute 1, L.160).

Le cas le plus paradoxal est celui de Médecin 2 : sa structure est la plus intégrée de tout le corpus, avec deux MAC proposées et un médecin en formation, mais c'est aussi la plus fragile institutionnellement. Si les deux praticiens formés quittaient la structure, toute l'intégration MAC disparaîtrait du jour au lendemain.

5.1.2.5. L'autogestion

Le modèle d'autogestion des MM constitue un levier potentiel d'intégration des MAC, documenté positivement dans six entretiens et comme frein dans trois. Son effet est conditionnel plutôt qu'automatique : le même mécanisme institutionnel peut produire des effets diamétralement opposés selon la culture d'équipe dans laquelle il opère.

Le cas le plus complet est documenté par Infirmière 1. Face à la sollicitation de l'ASBL Microtubules, la MM a activé son mécanisme d'autogestion de façon structurée, via les chapeaux de Bono, un outil de délibération collective qui invite chaque participant à adopter successivement différentes postures. Le résultat a dépassé la simple décision ponctuelle : « *Ça nous a fait parler. On va faire ça. Et ça a changé l'esprit de tout le monde.* » (Infirmière 1, L.69). Ce verbatim contient deux informations analytiquement distinctes : l'outil délibératif a créé un espace de dialogue qui n'existait pas spontanément, et la délibération a produit une transformation de la culture d'équipe pas seulement une décision ponctuelle. C'est la seule situation dans la série où le levier individuel a été transformé en ancrage collectif potentiellement plus robuste.

Mais le même mécanisme peut produire l'effet inverse. Accueillant 2 documente le veto de deux médecins qui ferment définitivement la porte à toute intégration MAC. Accueillante 6 illustre une autre forme de blocage : une décision fondatrice collective pro-EBM prise avant même sa création a inscrit la position institutionnelle dans l'ADN de la structure, et l'autogestion actuelle la perpétue sans l'avoir produite : « *Pas avec moi mais je sais que ça fait partie de l'essence de la création de cette maison médicale. Il n'y a pas de place pour ça.* » (Accueillante 6, L.107-108).

Kinésithérapeute 1 formule le principe général : « *Dans tous les cas, vu qu'on est en autogestion, il y a toujours un espace de discussion.* » (Kinésithérapeute 1, L.188). Mais Médecin 3 représente le cas neutre le plus révélateur : l'autogestion dans sa structure n'a ni facilité ni bloqué l'intégration des MAC, elle n'a simplement jamais été activée sur ce sujet. Cette réticence passive est peut-être la forme la plus répandue et la moins visible de la résistance médicale : ni opposition déclarée, ni ouverture, simplement un statu quo qui se perpétue faute d'acteur pour le questionner.

L'autogestion est donc un amplificateur, pas une garantie. Elle amplifie ce qui est déjà dans la culture d'équipe, rendant l'intégration possible là où une ouverture existe à l'état latent, et le blocage durable là où une résistance est installée. Ce résultat suggère que la question n'est pas de savoir si les MM sont structurellement favorables à l'intégration des MAC, elles le sont potentiellement. Elle est de savoir comment créer les conditions pour que l'espace délibératif qu'elles offrent soit activé dans le sens de l'intégration.

6. DISCUSSION

Cette discussion a pour objectif de mettre en dialogue les résultats empiriques de cette recherche avec la littérature existante, afin d'en dégager la portée analytique et les implications pour la pratique et la recherche. Elle s'organise en trois temps : une synthèse interprétative des principaux résultats mis en regard de la littérature, une présentation des limites et apports de cette recherche, et enfin les perspectives qu'elle ouvre.

6.1. Mise en dialogue des résultats avec la littérature

6.1.1. L'instabilité conceptuelle des MAC

La littérature scientifique souligne depuis longtemps le caractère foncièrement hétérogène de la catégorie MAC. Suissa et al. (2020), à partir d'une analyse de 62 publications francophones, la définissent comme « différentes formes hétérodoxes de soins non médicalisant, plus ou

moins éloignées des pratiques médico-scientifiques », inscrivant d'emblée cette catégorie dans un rapport de tension avec la médecine institutionnelle. L'OMS (2019) recense plus de 400 pratiques non conventionnelles dans le monde, soulignant la difficulté d'en produire une définition hermétique. Les résultats de cette recherche confirment cette instabilité dans la réalité concrète des équipes bruxelloises : aucun des douze répondants ne part d'une définition stabilisée des MAC, et les représentations varient considérablement selon le profil professionnel et la formation personnelle.

Mais les données empiriques enrichissent ce constat théorique d'une dimension que la littérature ne documente pas : l'instabilité conceptuelle produit des effets concrets sur les dynamiques d'équipe. En l'absence d'un cadre partagé, le débat sur l'intégration reste bloqué dans une logique binaire pour ou contre alors qu'il devrait pouvoir se déployer sur des questions plus fines : quelle pratique, pour quel patient, dans quel cadre éthique. La distinction opérée par Accueillante 6 entre médecine alternative et médecine complémentaire selon laquelle c'est le discours du praticien, et non la pratique elle-même, qui classe une MAC dans l'une ou l'autre catégorie est un résultat conceptuellement original que la littérature consultée n'avait pas formulé avec cette précision. Elle rejoint cependant l'idée défendue par Cohen et al. (2010) selon laquelle la construction même du terme « MAC » n'est pas neutre et reflète des rapports de pouvoir dans le champ de la santé.

6.1.2. L'EBM : un frein mais aussi un langage commun

La littérature présente généralement l'EBM comme le principal obstacle à la légitimation des MAC. Hogedez et Gaudreault (2019) montrent que le paradigme EBM évalue principalement l'efficacité spécifique mesurable par essai randomisé contrôlé laissant l'efficacité contextuelle, liée au rituel thérapeutique et à la qualité de la relation soignant-soigné, hors de son périmètre d'évaluation. Kaptchuk (2002) rappelle que l'effet placebo contextuel n'est pas réductible à une absence d'effet, mais renvoie à des mécanismes psychologiques et relationnels reconnus. Le KCE (De Gendt et al., 2011) conclut d'ailleurs que pour l'homéopathie, aucune étude n'a démontré d'efficacité supérieure au placebo.

Les résultats de cette recherche nuancent cependant la vision de l'EBM comme frein purement externe imposé par les sceptiques. Ce que le terrain révèle, c'est que l'EBM fonctionne comme un langage de légitimation partagé que tous les acteurs mobilisent y compris pour défendre des positions opposées. Médecin 2 justifie sa pratique de l'acupuncture en termes d'efficacité clinique observable ; Accueillante 6 justifie son refus de l'ostéopathie en termes de preuves

insuffisantes. Les deux mobilisent l'EBM. Cette observation rejoint et prolonge le constat de la littérature : ce n'est pas l'opposition à l'EBM qui permet d'intégrer les MAC, c'est la capacité à négocier ses exigences dans le cadre d'une pratique complémentaire délimitée. Le cas de Médecin 2 en est la démonstration la plus claire : une médecin formée dans une culture EBM forte, qui intègre deux MAC tout en maintenant un positionnement strictement complémentaire et non substitutif.

La littérature identifie par ailleurs un cercle vicieux bien documenté : faute de preuves suffisantes, les MAC peinent à s'imposer dans les milieux scientifiques, ce qui limite le financement de la recherche et freine leur intégration dans les formations médicales (Boissinot, 2020). Ce cercle est confirmé sur le terrain, Médecin 1 le formule avec une clarté saisissante mais les données ajoutent une dimension supplémentaire. Ce cercle se perpétue sans qu'aucun acteur n'ait besoin de le maintenir activement. Il tourne seul, ce qui le rend d'autant plus difficile à briser.

6.1.3. Le silence des patients : un risque clinique confirmé et sous estimé

La littérature documente largement le phénomène de non-communication des patients sur leurs pratiques MAC. En France, environ 75 % des patients qui y ont recours n'en informent pas leur médecin (Boissinot, 2020). Chapiro (2018) relève qu'en Belgique, 87 % des patients qui consultent des praticiens MAC consultent aussi un médecin conventionnel mais ne l'informent quasiment jamais de leur démarche, anticipant ou connaissant ses réticences. Armano et al. (2025) confirment que ce manque de communication constitue l'un des principaux obstacles à une intégration sûre des MAC dans les systèmes de soins.

Les résultats de cette recherche confirment ce phénomène dans le contexte spécifique des maisons médicales bruxelloises, et l'enrichissent d'une observation originale : l'autocensure ne s'exerce pas de façon uniforme dans toute la structure. Elle opère sélectivement selon l'interlocuteur. Les patients se taisent face au médecin mais parlent librement à l'accueil, perçu comme un espace moins médical et moins jugeant. Accueillant 4 documente ce phénomène avec une précision que la littérature n'avait pas encore formulée dans ce contexte : les patients « brident leur discours » face au médecin non par méfiance, mais par anticipation d'un désintérêt. Cette observation a une implication clinique directe et sérieuse : des interactions entre plantes médicinales et médicaments prescrits ne sont pas déclarées, constituant un risque réel et non adressé dans la quasi-totalité des structures de la série. Ce risque touche de façon

disproportionnée les patients précaires, qui ont le moins de ressources pour naviguer entre plusieurs systèmes de soins.

La maison médicale pourrait précisément être le lieu pour réduire cette fracture, comme le suggère Chapoix (2018), grâce à son organisation en équipe et sa culture du dialogue. Les données confirment ce potentiel mais aussi ses limites : la pratique concrète développée par Accueillant 4 pour combler cet angle mort (noter les pratiques MAC dans le dossier médical) reste une initiative individuelle, non formalisée et non généralisée.

6.1.4. Le frein financier et l'équité d'accès

La littérature identifie le manque de remboursement comme l'un des obstacles structurels majeurs à l'intégration des MAC (De Gendt et al., 2011; Boissinot, 2020). Drieskens et al. (2025) confirment que les moyens financiers, souvent corrélés au niveau d'éducation, déterminent dans une large mesure l'accès aux MAC, ces pratiques n'étant pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire. L'enquête de santé 2023-2024 (Sciensano) documente que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur y ont recours deux fois plus que les personnes sans diplôme secondaire, une stratification sociale qui pose une question d'équité fondamentale pour les maisons médicales.

Les résultats de cette recherche donnent à ce constat théorique une acuité particulière dans le contexte des MM. Le frein financier est le seul résultat absolument saturé de cette recherche présent dans les douze entretiens, indépendamment du profil du répondant. Il crée une contradiction structurelle au cœur de l'identité des MM : leurs valeurs fondatrices plaident pour l'équité d'accès aux soins, y compris aux MAC dont les classes aisées bénéficient, mais le modèle forfaitaire qui les finance ne prévoit pas de couverture pour ces pratiques. Kinésithérapeute 1 formule cette tension éthique avec une franchise directe qui illustre parfaitement ce paradoxe : « *C'est pas juste que les gens super riches aient l'occasion de se faire bichonner. Parce qu'en fait, même s'il n'y a pas mille preuves scientifiques, ça fait du bien.* »

Cette réalité de terrain s'inscrit dans une évolution institutionnelle préoccupante. En mai 2026, le ministre fédéral de la Santé Frank Vandenbroucke a présenté un plan de réforme des mutualités prévoyant que les avantages complémentaires ne soient désormais proposés aux affiliés que s'ils relèvent strictement et scientifiquement de la santé, excluant de facto les thérapies non conventionnelles des remboursements via l'assurance complémentaire (RTBF, 2026). Ce critère mérite d'être interrogé : il repose sur une conception restrictive de la santé,

réduite à ce qui est biomédicalement prouvé, alors que la définition de l'OMS elle-même englobe le bien-être physique, mental et social, une conception plus large dans laquelle certaines dimensions du *care* portées par les MAC (accompagnement, écoute, sentiment global de mieux-être) pourraient légitimement trouver leur place. Une commission scientifique indépendante devra élaborer des critères transparents d'ici fin 2026, en vue d'une révision de l'offre des mutualités pour la mi-2027. Cette orientation risque de creuser davantage les inégalités d'accès documentées par Drieskens et al. (2025), et invite à interroger la cohérence entre un discours institutionnel croissant sur la médecine intégrative et des décisions politiques qui, en s'appuyant sur une définition étroite de la santé, en réduisent concrètement l'accessibilité.

6.1.5. Le cadre légal en mutation, entre un vide juridique et transition incertaine

Le cadre légal belge des MAC a longtemps été caractérisé par une promesse non tenue. La loi Colla de 1999 visait à reconnaître officiellement quatre pratiques (homéopathie, ostéopathie, chiropraxie et acupuncture) mais n'est que partiellement entrée en vigueur, la commission paritaire chargée de son exécution n'ayant jamais été constituée (De Gendt et al., 2011). Ce vide juridique créait des situations paradoxales sur le terrain, comme le souligne le KCE : des praticiens formés et membres d'organisations professionnelles reconnues pouvaient se trouver en situation d'exercice illégal de la médecine.

En novembre 2025, la loi Colla a été abrogée au profit de la loi Qualité, soulevant de nouvelles incertitudes. Les quatre pratiques qu'elle devait encadrer se retrouvent désormais sans cadre légal spécifique, soumises au droit commun de la santé, sans statut propre ni critères officiels de formation adaptés (Solidaris Wallonie, 2025 ; Le Spécialiste, 2026). Les résultats de cette recherche s'inscrivent dans cette période de transition et l'éclairent depuis le terrain. Accueillante 6 documente le cas le plus révélateur : bien qu'elle sache que l'ostéopathie est légalement reconnue, elle maintient son scepticisme au motif que les preuves scientifiques ne lui semblent pas suffisantes articulant délibérément deux systèmes de légitimité qu'elle maintient séparés, la légitimité légale primant moins à ses yeux que la légitimité scientifique. Ce résultat suggère que le cadre légal, même quand il existe, ne suffit pas à modifier les représentations des professionnels.

La convergence empirique entre les pratiques intégrées dans la série et les quatre pratiques reconnues par la loi Colla constitue néanmoins un résultat analytiquement important : dans presque tous les cas d'intégration documentés, il s'agit de l'acupuncture ou de l'ostéopathie.

Cette convergence suggère que la reconnaissance institutionnelle, même imparfaite et contestée, produit un effet réel sur les pratiques de terrain, elle crée un confort qui facilite l'intégration sans la garantir.

6.1.6. Les MM comme terrain d'intégration

La stratégie mondiale de l'OMS 2025-2034 désigne les soins primaires comme « une fondation de la couverture sanitaire universelle et un point d'entrée naturel pour l'intégration des TCIM » (OMS, 2025, p. 14). Le projet Participate Brussels (Aujoulat et al., 2021), mené en région bruxelloise, confirme que patients et professionnels expriment un besoin d'être mieux guidés vers des pratiques contribuant au bien-être, notamment les thérapies « auxiliaires » non conventionnelles, qui restent pourtant peu intégrées dans l'offre formelle. La littérature suggère que les MM, par leur modèle GICAP (soins globaux, intégrés, continus, accessibles et participatifs) et leur philosophie bio-psycho-sociale (Lorant, 2013), constituent un terrain particulièrement favorable à cette intégration.

Les résultats de cette recherche confirment ce potentiel, mais en révèlent aussi les conditions et les limites. Là où la littérature parle de conditions structurelles favorables, le terrain montre que ces conditions sont nécessaires mais pas suffisantes. Ce qui déclenche réellement l'intégration n'est pas la structure c'est la trajectoire individuelle d'un praticien formé. Dans chaque maison médicale où une MAC est intégrée, un professionnel individuellement convaincu en est à l'origine. Ce résultat, confirmé dans huit entretiens sur douze, constitue la proposition analytique centrale de cette recherche : *l'intégration des MAC dans les maisons médicales bruxelloises est le produit d'une équation individuelle, la trajectoire personnelle du praticien formé, opérant dans un contexte structurellement défavorable à trois niveaux simultanés : financier, formatif et culturel.*

Ce mécanisme confirme et prolonge ce que Cohen et al. (2010) décrivent comme la logique des « portes de service » dans les systèmes pluriels de recours : l'intégration des MAC ne suit pas une logique institutionnelle planifiée, mais des chemins individuels, souvent informels et peu visibles. La FMM elle-même, dans sa réponse à la sollicitation de cette recherche, illustre cette logique à l'échelle fédérale : en indiquant que les équipes ont « la liberté d'organiser leur offre comme elles l'entendent », elle confirme l'absence de position collective sur les MAC, laissant l'intégration entièrement à la discrétion des structures et des individus. Cette neutralité institutionnelle n'est pas de l'indifférence c'est une décision de laisser faire qui peut autant favoriser l'intégration que la bloquer, selon la culture de chaque équipe.

Le modèle développé par l'ASBL Microtubules représente à cet égard une piste concrète documentée dans la série : un acteur externe, organisé et militant, qui crée les conditions d'une intégration que les structures n'auraient pas envisagée seules. La décision de la MM d'Infirmière 1, appuyée sur un outil délibératif structuré (les chapeaux de Bono), est la seule situation dans la série où un levier individuel a été transformé en ancrage collectif potentiellement plus robuste. Ce cas illustre ce que la stratégie OMS appelle à construire des mécanismes institutionnels qui permettent de passer des initiatives individuelles à des politiques collectives.

7. Les apports de la recherche

Ce mémoire est, à notre connaissance, l'une des premières recherches qualitatives centrées spécifiquement sur les perceptions et pratiques des professionnels de santé en maisons médicales bruxelloises vis-à-vis des MAC. Si la question des MAC en Belgique a fait l'objet de travaux, notamment les rapports du KCE ou les enquêtes Sciensano, qui combinent généralement approches quantitatives et qualitatives, ces travaux restent centrés sur les patients ou le grand public. La perspective des professionnels exerçant en structures de première ligne engagées reste peu documentée, comme le souligne la littérature elle-même (Boissinot, 2020 ; Suissa et al., 2020).

L'apport principal de cette recherche est d'ordre analytique, elle met au jour des mécanismes invisibles dans les données déclaratives, l'intégration invisible, l'autocensure différenciée selon l'interlocuteur, la résistance territoriale médicale, et surtout le rôle paradoxal de la trajectoire individuelle comme levier et fragilité simultanés de l'intégration. Ces mécanismes ne pouvaient émerger que d'une approche qualitative et inductive ancrée dans la parole des acteurs de terrain. Sur le plan méthodologique, la combinaison d'un volet qualitatif principal et d'un volet quantitatif complémentaire a permis de situer les résultats dans un contexte descriptif plus large et de documenter les tensions entre données déclaratives et réalités de terrain tension qui constitue elle-même un résultat.

8. Limites de la recherche

Cette section met en lumière les principales limites méthodologiques de ce travail, dont certaines constituent des pistes de recherche pertinentes pour des travaux futurs.

Tout d'abord, une première limite concerne la taille de l'échantillon et le biais de sélection des répondants. Cette recherche repose sur douze entretiens menés dans des maisons médicales

bruxelloises. Si ce nombre est cohérent avec les exigences de la théorisation ancrée et a permis d'atteindre la saturation empirique, il ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des maisons médicales belges. Par ailleurs, les professionnels qui ont accepté de participer sont probablement plus disposés à réfléchir à la question des MAC que la moyenne. Ce biais est partiellement compensé par la présence de répondants explicitement sceptiques ou opposés (Accueillante 1, Accueillante 6).

Ensuite, la catégorie MAC constitue en elle-même une unité d'analyse trop large. Le terme regroupe des pratiques aux fondements épistémologiques, aux modes d'action, aux statuts légaux et aux niveaux de preuve radicalement différents. Les résultats ne peuvent pas s'appliquer uniformément à l'ensemble de cette catégorie, ce qui est documenté sur l'ostéopathie n'est pas transposable à l'homéopathie. Cette limite est structurelle à toute recherche qui utilise la catégorie MAC comme unité d'analyse (Suissa et al., 2020), et invite à privilégier des approches centrées sur des pratiques spécifiques dans de futures recherches.

Une troisième limite tient à ma posture. En tant qu'infirmière exerçant en oncologie et ayant effectué un travail de fin d'études antérieur sur la naturopathie, j'arrive sur ce terrain avec une double sensibilité. Une culture médicale d'un côté et un intérêt personnel pour les MAC de l'autre. Cette double posture peut avoir influencé la façon dont certains répondants m'ont perçue, potentiellement vers plus d'ouverture qu'ils n'en auraient exprimé face à un interlocuteur perçu comme neutre. J'ai tenté d'être la plus objective lors des entretiens et de la rédaction de ce travail.

Enfin, le phénomène d'intégration invisible implique que les données auto-rapportées constituent des sous-estimations structurelles. Deux répondantes n'avaient pas mentionné spontanément une MAC présente dans leur propre structure. Ce biais est inhérent à la nature même du phénomène étudié et signifie que la réalité de l'intégration des MAC dans les maisons médicales bruxelloises est probablement plus étendue que ce que cette recherche peut capturer.

9. Perspectives

Les résultats de cette recherche ouvrent plusieurs pistes concrètes pour les acteurs de terrain, les institutions et la recherche future.

Une première perspective, directement ancrée sur les résultats sur le cercle fermé de la formation, concerne l'introduction d'un enseignement *sur* les MAC dans la formation initiale des professionnels de santé, non pas un enseignement *aux* pratiques MAC elles-mêmes, ce qui

créerait une incohérence de paradigme éducatif difficilement tenable au sein d'un cursus fondé sur l'EBM, mais un enseignement qui donnerait aux futurs professionnels les outils pour dialoguer avec leurs patients sur ce sujet, comprendre les logiques de recours et évaluer les risques d'interaction ou de retard de soins. Il ne s'agirait donc pas de faire cohabiter deux paradigmes contradictoires dans un même enseignement, mais de reconnaître que ces deux mondes, EBM et MAC, fonctionnent en parallèle et en complémentarité dans la réalité clinique, et que les professionnels gagneraient à être formés à cette complémentarité plutôt qu'à l'ignorer. L'exemple des pharmaciens, qui disposent déjà de quelques heures de phytothérapie dans leur formation, est mentionné dans le corpus comme un modèle partiel mais prometteur. Les ressources existent, des masters de phytothérapie sont disponibles à l'ULB et à l'ULiège, mais elles ne sont pas mobilisées faute de demande institutionnelle.

Dans le prolongement de cette réflexion, une deuxième perspective concerne le soutien à la délibération collective au sein des équipes. Le cas d'Infirmière 1 illustre qu'un outil délibératif structuré, les chapeaux de Bono, peut transformer une ouverture latente en décision collective durable, là où la trajectoire individuelle seule ne produit pas d'ancrage institutionnel. Cette perspective est directement actionnable à l'échelle d'une équipe, sans attendre de décision politique nationale.

Une troisième perspective porte sur la consolidation et l'extension du modèle de financement hybride documenté dans la série. Le dispositif développé par l'ASBL Microtubules est le seul modèle structuré et reproductible identifié dans la série pour intégrer une MAC sans créer de poste salarié ni imposer un coût plein au patient. Le formaliser, en sécuriser le financement et l'étendre à d'autres pratiques légalement reconnues constituerait une avancée concrète, d'autant plus pertinente dans le contexte du plan Vandenbroucke qui ouvre une réflexion sur le financement des soins primaires.

Ces perspectives opérationnelles s'articulent avec un enjeu plus structurel : la nécessité d'un cadre légal clair et cohérent pour les MAC en Belgique. L'un des résultats les plus structurants de cette recherche est la circularité du blocage, absence de preuves, absence de cadre légal, absence de financement, absence de formation, absence d'intégration. La situation actuelle est particulièrement instable : la loi Colla a été abrogée en novembre 2025, et la réforme Vandenbroucke risque d'exclure davantage les MAC des remboursements complémentaires. Dans ce contexte de transition, les maisons médicales ont un rôle à jouer pour porter une voix collective : plaider pour des critères de qualification transparents et des modalités de

financement adaptées aux publics précaires serait cohérent avec leurs valeurs fondatrices d'équité d'accès.

Sur le plan de la recherche, cette étude exploratoire ouvre plusieurs pistes à approfondir. Il serait pertinent d'inclure la perspective des patients eux-mêmes leurs pratiques MAC réelles, leurs raisons de ne pas en parler en consultation. Il serait également intéressant d'élargir le terrain à d'autres contextes géographiques belges afin de vérifier si les patterns identifiés à Bruxelles se retrouvent dans d'autres contextes institutionnels et culturels. Enfin, une recherche longitudinale permettrait de documenter ce qui permet à une intégration de se pérenniser au-delà de la trajectoire individuelle d'un professionnel.

Ces perspectives s'inscrivent dans une dynamique internationale. La stratégie mondiale OMS 2025-2034 fixe comme objectif stratégique l'intégration des TCIM sûres et efficaces dans les systèmes de santé, en identifiant les soins de santé primaires comme point d'entrée naturel et privilégié (OMS, 2025). Les maisons médicales bruxelloises, par leur modèle GICAP, correspondent précisément à ce que cette stratégie appelle à mobiliser. Ce que cette recherche met en lumière, c'est que les conditions de base sont déjà présentes dans une partie des structures bruxelloises. Ce qui manque, ce sont les mécanismes institutionnels pour transformer ces initiatives individuelles en politique collective et c'est précisément ce que la stratégie OMS appelle à construire.

10. Conclusion

En conclusion, la réponse à la question de recherche « *Comment les MAC sont-elles perçues, utilisées et intégrées par les professionnels de santé au sein des maisons médicales de la région de Bruxelles-Capitale ?* » peut être résumée ainsi, les MAC sont perçues avec pragmatisme, utilisées de façon fragmentée et informelle et intégrées de manière précaire, presque exclusivement là où un professionnel individuellement formé a choisi de s'y engager. Ce n'est pas l'institution qui intègre, c'est la personne.

Les résultats ont permis de mettre en évidence un paradoxe central, celui d'une ouverture majoritaire mais silencieuse, qui ne se traduit pas en intégration durable faute de conditions structurelles pour l'activer. La plupart des professionnels interrogés ne sont ni pro-MAC ni anti-MAC de façon dogmatique, ils sont pragmatiques, prêts à envisager une pratique si elle est utile, non substitutive et exercée par quelqu'un de compétent. Pourtant, cette ouverture latente reste largement bloquée par trois verrous qui se renforcent mutuellement : l'absence de

financement, le cercle fermé de la formation, et une culture EBM d'équipe qui opère comme norme implicite sans avoir besoin d'être formulée. Ce pluralisme thérapeutique, pour reprendre les mots de Jamart (2023), n'est encore qu'à l'état d'ébauche dans notre pays et les données de cette recherche confirment que les maisons médicales bruxelloises ne font pas exception à ce constat.

Ce qui permet à l'intégration de se produire malgré tout, c'est la trajectoire individuelle d'un praticien qui s'est formé par intérêt personnel ou par frustration clinique face aux limites de la médecine conventionnelle. Ce professionnel est à la fois le moteur et la fragilité du système : quand il part, la pratique disparaît avec lui, sans laisser de trace dans la culture de l'équipe. Ce résultat, confirmé dans huit entretiens sur douze, constitue la proposition analytique centrale de ce mémoire : l'intégration des MAC dans les maisons médicales bruxelloises est le produit d'une équation individuelle opérant dans un contexte structurellement défavorable. En l'absence d'une politique institutionnelle qui la soutienne et la prolonge, cette intégration reste invisible, fragile et inégalement distribuée.

Ces constats s'inscrivent dans une dynamique internationale que l'OMS reconnaît et encourage. La stratégie mondiale 2025-2034 identifie les soins de santé primaires comme point d'entrée naturel pour l'intégration des médecines traditionnelles et complémentaires. Les maisons médicales bruxelloises, par leur modèle GICAP et leurs valeurs d'équité d'accès, incarnent précisément ce type de structures. Les conditions de base sont là une ouverture pragmatique, des initiatives individuelles, une patientèle diversifiée. Ce qui manque, ce sont les mécanismes pour transformer ces élans individuels en politique collective durable.

Pour clôturer, il me semble important de faire un bilan personnel de mon expérience dans la réalisation de ce mémoire. Mener cette recherche a été une expérience profondément enrichissante. Les rencontres avec les professionnels interrogés m'ont beaucoup apporté par leur franchise, leurs doutes et leurs convictions. J'ai été frappée par la sincérité avec laquelle chacun a réfléchi à sa pratique, à ses limites et à ce qu'une prise en charge plus globale pourrait apporter aux patients qu'ils accompagnent. Ce mémoire m'a aussi confortée dans l'idée que les maisons médicales bruxelloises sont des espaces de soin profondément humains, où les questions difficiles peuvent être posées et où des réponses nouvelles peuvent émerger, si on leur en donne les moyens.

11. Référence bibliographique

Armano, L., Trnčević, M., Armano, A., Perak, A., & Racz, A. (2025). Comparing the attitudes of healthcare professionals and cancer patients toward the integration and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine. *Healthcare*, 13(21), 2818.

<https://doi.org/10.3390/healthcare13212818>

Aujoulat, I., Dauvrin, M., Lenoble, T., Schmitz, O., Servais, J., & Simar, D. (2021). *Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet* (Cahier 0).

UCLouvain-IRSS & HE Vinci.

https://www.uclouvain.be/system/files/uclouvain_assetmanager/groups/cms-editors-irss/irss-sophie/participate-/Cahier_0_synthese_Participate_Brussels.pdf

Boissinot, E. (2020). Place des médecines complémentaires et alternatives. *Hegel*, 10(2), 143–151. <https://doi.org/10.4267/2042/70799>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Médecine*. Dans *CNRTL*. Consulté le 29 juillet 2026, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/médecine>

Chapoix, G. (2018). Une place pour l'ostéopathie en maison médicale ? *Santé Conjuguée*, 82. <https://www.maisonmedicale.org/une-place-pour-l-osteopathie-en-maison-medicale/>

Conseil national de l'Ordre des médecins de France (CNOM). (2023). *Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-05/cnom_psnc.pdf

Cohen, P., Rossi, I., Sarradon-Eck, A., & Schmitz, O. (2010). *Des systèmes pluriels de recours non conventionnels des personnes atteintes de cancer : Une approche socioanthropologique comparative (France, Belgique, Suisse)*. HAL Archives ouvertes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00763219>

De Gendt, T., Desomer, A., Goossens, M., et al. (2011). *État des lieux de l'homéopathie en Belgique*. *KCE Reports 154B*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/kce_154b_homeopathie_en_belgique_0.pdf

De Gendt, T., Desomer, A., Goossens, M., et al. (2010). *État des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique*. *KCE Reports 148B*. Centre fédéral d'expertise des soins de

santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_148b_ost%C3%A9opathie_et_chiropraxie_en_belgique.pdf

De Gendt, T., Desomer, A., Goossens, M., et al. (2011). *État des lieux de l'acupuncture en Belgique. KCE Reports 153B*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) DOI:[10.57598/R153BS](https://doi.org/10.57598/R153BS)

De Laeter, L. (2017). *Étude exploratoire sur les médecines alternatives et complémentaires (MAC) en Belgique : Pourquoi les gens se tournent-ils ou non vers les MAC ?* [Mémoire de master en sciences de la santé publique]. UCLouvain.

Drieskens, S., Janssens, M., & Verhaegen, K. (2025). *Enquête de santé 2023-2024 : Contacts avec des praticiens de médecine non conventionnelle*. Sciensano. Numéro de rapport : D/2025.14.440/114. <https://www.enquetesante.be>

Drieskens, S., Scohy, A., & Berete, F. (2020). *Contacts avec des prestataires de thérapies non-conventionnelles : Enquête de santé 2018*. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/nc_report_2018_fr_final.pdf

Fédération des maisons médicales (FMM). (2021). *Abécédaire de l'histoire des maisons médicales*. Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/ligne-du-temps/>

Hendrick A. et Moreau J-L. (2022, janvier). *De A à Z, histoire(s) du mouvement des maisons médicales*. Fédération des Maisons Médicales. <https://www.maisonmedicale.org/de-a-a-z-histoires-du-mouvement-des-maisons-medicales/>

Hogedez, B. & Gaudreault, N. (2019). Les médecines alternatives et complémentaires dans le système *Evidence-based medicine*. Une étude philosophique de l'ostéopathie. *Ethics, Medicine and Public Health*, 9, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.02.001>

Jamart, H., Van Durme, T., & Belche, J.-L. (2023). Les maisons médicales en Belgique : la santé dans tous ses états. *Revue médicale suisse*, 19(826), 900–905. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.826.900>

Kaptchuk, T. J. (2002). The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Annals of Internal Medicine*, 136(11), 817–825. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-11-200206040-00011>

Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., & Salmenniemi, S. T. (2025). Changes in Complementary and Alternative Medicine (CAM) use from 2014 to 2023: Findings from a cross-national population-based survey in Europe. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02494-1>

Larousse, É. (2017). *Définitions : médecine - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9decine/50082>

Lambert, A.-S., Op de Beeck, S., Herbaux, D., Macq, J., Rappe, P., Schmitz, O., Schoonvaere, Q., Van Innis, A. L., Vandenbroeck, P., De Groote, J., Schoonaert, L., Vercruysse, H., Vlaemynck, M., Bourgeois, J., Lefèvre, M., Van den Heede, K., & Benahmed, N. (2024). *Vers des soins (plus) intégrés en Belgique : Synthèse* (KCE Report 359Bs). Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-10/KCE_359B_Soins_Integres_En_Belgique_Synthese.pdf

Le Spécialiste. (2026, 29 janvier). *Fin de la loi Colla : les médecins acupuncteurs refusent la « tolérance grise »*. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/fin-de-la-loi-colla-les-medecins-acupuncteurs-refusent-la-laquo-tolerance-grise-raquo.html>

Lorant, V. (2013). Les maisons médicales sous la loupe de la sociologie de la santé. *Santé Conjuguée*, 66, 56–61. <https://www.maisonmedicale.org/les-maisons-medicales-sous-la/>

Macq, J., Jamart, H., Herbaux, D., Lambert, A.-S., Scholtes, B., Van Durme, T., & Belche, J.-L. (2025). L'organisation de l'offre de soins primaires en territoire : une illustration d'une maison médicale en Belgique. In N. Senn (dir.), *Imaginer les soins primaires de demain* (pp. 248–256). RMS éditions. <https://doi.org/10.53738/REVMED.95763>

Moniteur belge. (1999, 24 juin). *Loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales*. Gouvernement belge. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=99-06-24&numac=1999022439

Mormont, M. (2019). Patients : les oubliés de l'EBM. *Santé Conjuguée*, 88. <https://www.maisonmedicale.org/patients-les-oublies-de-l-ebm/>

Mormont, M. (2021). Vers un nouveau modèle de soins ? *Santé Conjuguée*, 97. <https://www.maisonmedicale.org/vers-un-nouveau-modele-de-soins/>

Mutualité Chrétienne. (2025). *Thérapies alternatives : bienfaits, limites et ce qu'il faut vraiment savoir*. <https://www.mc.be/sante/prevention/therapies-alternatives>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). *Rapport mondial sur la médecine traditionnelle et complémentaire 2019*. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/312342>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2024). *Integration of traditional, complementary and integrative medicine into health systems: conceptual framework*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110397>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>

RTBF. (2026, 19 mai). *Réforme des mutualités : le ministre Vandenbroucke présente son plan*. <https://www.rtf.be/article/reforme-des-mutualites-le-ministre-vandenbroucke-presente-son-plan-et-ca-demenage-11726378>

Romero-García, P. A., Ramirez-Perez, S., Miguel-González, J. J., Guzmán-Silahua, S., Castañeda-Moreno, J. A., & Komninou, S. (2024). Complementary and alternative medicine (CAM) practices: A narrative review elucidating the impact on healthcare systems, mechanisms and paediatric applications. *Healthcare*, 12(15), 1547. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151547>

Saillant, F., & Gagnon, É. (1999). Présentation. Vers une anthropologie des soins ? *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), 5–14. <https://doi.org/10.7202/015597ar>

Schmitz, O. (2011). Les points d'articulation entre homéopathie et oncologie conventionnelle : Une enquête ethnographique auprès de praticiens et d'usagers de l'homéopathie. *Anthropologie & Santé*, 2. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.701>

Solidaris Wallonie. (2025). *Thérapies alternatives : changements 2026*. <https://mavieenplus.solidaris-wallonie.be/therapies-alternatives-changements-2026/>

Suissa, V., Guérin, S., Denormandie, P., Castillo, M.-C., & Bioy, A. (2020). Médecines complémentaires et alternatives (MCA) : Proposition d'une définition et d'une catégorisation de références. *Hegel*, 10(2), 131–142. <https://doi.org/10.4267/2042/70798>

12. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien structuré autour des trois sous-questions de recherche :

Ce guide constitue la trame de base ayant servi à la conduite des douze entretiens semi-directifs. Conformément à la logique de l'entretien semi-directif et à l'affinement itératif propre à la théorisation ancrée, ce guide a été adapté au profil de chaque intervenant (profession, formations aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) suivies, structure d'exercice, place des MAC dans celle-ci). Les modules ci-dessous précisent les variantes utilisées selon la situation du répondant, sans reproduire l'intégralité des douze versions personnalisées.

Introduction

Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je réalise mon mémoire de master en santé publique à l'UCLouvain sur la place des médecines complémentaires et alternatives dans les maisons médicales bruxelloises.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui m'intéresse, c'est vraiment votre vécu et votre point de vue personnel. L'entretien est anonyme et durera entre 20 et 40 minutes selon les thèmes abordés.

Est-ce que vous acceptez que je l'enregistre pour faciliter la retranscription ?

Bloc 1 : Mise en contexte

→ **Pouvez-vous me parler de votre rôle/pratique au quotidien au sein de la MM?**
Comment se passe une journée type pour vous ?

- *Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans une maison médicale, et dans cette structure en particulier ?*
- *Depuis combien de temps êtes-vous dans la structure, et qu'est-ce que cette ancienneté (ou au contraire cette arrivée récente) vous donne comme regard sur elle ?*
- *Comment décririez-vous la culture de votre maison médicale, ce qui la caractérise, ses valeurs ?*

Angle spécifique selon la profession

- **Accueillant / secrétaire :** valoriser la position de première ligne : « Vous êtes souvent le premier contact du patient avec la maison médicale, qu'est-ce que ça vous donne comme accès à des informations que le reste de l'équipe ne voit pas forcément ? »

- Travailleur en santé communautaire : valoriser le regard à l'échelle du quartier : « Votre rôle vous amène-t-il à être en contact avec des réalités de santé que les soignants voient moins, en dehors des consultations ? »
- Médecin, kinésithérapeute, autre profession clinique : valoriser le choix de l'exercice en maison médicale plutôt qu'en cabinet solo : « Qu'est-ce qui a guidé ce choix ? »

Bloc 2 : Perception générale des MAC

→ **Quand vous entendez « médecines complémentaires et alternatives », qu'est-ce que ça évoque pour vous spontanément ?**

- *D'où vient cette perception selon vous ? votre formation, une expérience personnelle, des échanges avec des collègues ou des patients ?*
- *Est-ce que c'est une perception qui a évolué depuis que vous travaillez en maison médicale ?*
- *Est-ce que vous faites une distinction entre certaines pratiques MAC ? celles qui vous semblent plus légitimes, plus utiles ou mieux fondées que d'autres ?*

Bloc 3 : Rapport personnel aux MAC

3A => Si le répondant est praticien ou formé à une MAC

→ **Vous vous êtes formé.e en [pratique(s) mentionnée(s) dans le formulaire], qu'est-ce qui vous a attiré.e vers cette pratique en particulier ?**

- *C'était une démarche personnelle avant tout, ou vous voyiez déjà un lien avec votre travail ?*
- *Est-ce que vous utilisez cette pratique dans votre vie personnelle également, ou surtout dans un cadre professionnel ?*

→ **Le fait d'être formé.e à cette pratique, est-ce que ça change quelque chose à votre façon d'exercer, d'écouter ou d'interagir avec les patients ?**

- *Est-ce que ça vous a donné un regard différent sur certaines situations que vous n'auriez pas eu autrement ?*
- *Vous sentez-vous légitime pour aborder ce sujet avec les patients, y compris depuis votre poste actuel ?*

3B => Si le répondant n'est pas praticien

→ **Dans votre pratique quotidienne, est-ce qu'il vous arrive de recommander ou d'orienter un patient vers une approche en dehors de la médecine conventionnelle ?**

- *Dans quelles situations concrètes, et qu'est-ce qui guide cette décision ?*
- *Y a-t-il des types de patients ou de plaintes pour lesquels vous y pensez plus naturellement ?*

Bloc 4 : Les MAC au sein de la structure

Ce bloc comporte trois variantes selon la situation de la maison médicale concernée.

4A => MAC intégrées / proposées dans la structure

→ **Comment les MAC s'inscrivent-elles dans la vie de la structure ? est-ce quelque chose de formel, d'organisé, ou plutôt informel ?**

- *Qui les propose ? des membres de l'équipe, des intervenants extérieurs, les deux ?*
- *Comment cela s'est-il mis en place ? décision collective, initiative individuelle, demande des patients ?*
- *Est-ce que vous sentez des différences de points de vue entre collègues sur les MAC au sein de l'équipe ?*

4B => MAC absentes de la structure

→ **Dans votre maison médicale, est-ce que les MAC ont une place, d'une façon ou d'une autre, que ce soit de la part des soignants, des patients ou de la structure elle-même ?**

- *À votre connaissance, est-ce que des membres de l'équipe utilisent ou recommandent des MAC de façon informelle ?*
- *Le sujet a-t-il déjà été abordé en réunion d'équipe, même brièvement ?*

4C => Le répondant ne sait pas si les MAC sont proposées

→ **Vous avez indiqué ne pas savoir si les MAC sont proposées au sein de votre structure — pouvez-vous m'en dire plus sur ce qui rend cette question difficile à trancher ?**

- *Est-ce que certains collègues pratiquent peut-être de façon informelle, sans que ce soit officiel ?*
- *Est-ce un sujet discuté dans la structure, ou plutôt quelque chose dont on ne parle pas ?*

Bloc 5 : La demande des patients

→ **Est-ce que vos patients vous parlent spontanément de MAC qu'ils utilisent, ou vous en demandent ?**

- *Quand cela arrive, comment vous réagissez, et est-ce que vous trouvez ça facile d'aborder ce sujet avec eux ?*
- *Y a-t-il un profil de patients qui semble plus demandeur que d'autres ? par âge, origine, type de plainte ou de problème de santé ?*

→ **Est-ce que des patients font référence à des médecines traditionnelles liées à leur origine culturelle ? médecine chinoise, ayurvédique, remèdes traditionnels ?**

Bloc 6 : Freins à l'intégration

→ **Selon vous, qu'est-ce qui freine encore l'intégration des MAC dans les maisons médicales en général ?**

- *Sur les preuves scientifiques : qu'est-ce qui constitue pour vous une preuve suffisante ? Est-ce le critère le plus important ?*
- *Sur le cadre légal : est-ce que le flou entourant certaines pratiques vous affecte concrètement dans votre travail ?*
- *Sur le financement, la formation, les réticences des collègues : lequel de ces freins vous semble le plus déterminant, et pourquoi ?*

→ **D'après vous, est-ce que les valeurs des maisons médicales (approche globale, centrage sur le patient, multidisciplinarité, accessibilité, équité) s'accordent naturellement avec les MAC ?**

→ **Selon vous, qu'est-ce qui ferait qu'une MAC pourrait légitimement trouver sa place dans une maison médicale, quelles conditions devrait-elle remplir ?**

Bloc 7 : Clôture

On arrive à la fin de notre entretien. Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter, préciser ou nuancer par rapport à ce dont on a parlé ?

Est-ce qu'il y a des collègues dans votre maison médicale ou dans votre réseau qui pourraient être intéressés par un entretien, un point de vue différent du vôtre, pro ou contra les MAC ?

Merci énormément pour votre temps et votre participation. Ce que vous m'avez partagé est vraiment précieux pour ma recherche. Bonne continuité !

