

« Donner la voix à la population »

Enquête auprès de la population romande concernant la santé intégrative

Initiative Santé intégrative et société

Marina Cabitza¹, Gisana Riedo², Francesca Bosisio¹, Gaia Barazzetti¹, Alain Kaufmann¹,
Lisa Audergon², Nicolas Pekari², Line Rochat¹, Julie Dubois³ & Brigitte Rorive⁴

Mars 2022



¹ Le ColLaboratoire, Université de Lausanne

² Centre de compétences suisse en sciences sociales (FORS)

³ Institut de médecine de famille, Université de Fribourg

⁴ Fondation Leenaards

Table des matières

1	<i>Introduction</i>	2
2	<i>Enquête qualitative</i>	5
2.1	Méthodologie	5
2.1.1	Une méthodologie « mixte »	6
2.1.2	Recherche collaborative, recherche-action, sciences citoyennes, sciences participatives : quelques éléments de précision	6
2.2	Analyse des résultats	8
2.3	Résultats	8
2.3.1	Photo-langage	9
2.3.2	Le partenariat entre les patient·e·s et les professionnel·le·s	10
2.3.3	L’articulation des paradigmes de soins	11
2.3.4	L’inclusivité	13
3	<i>Enquête quantitative</i>	15
3.1	Déroulement et contenu de l’enquête	15
3.2	Structure et durée de l’enquête.....	16
3.3	Méthode des choix discrets.....	17
3.4	Analyses	18
3.5	Résultats	18
3.5.1	Profil des répondant·e·s	18
3.5.2	Utilisation des approches conventionnelles et complémentaires	20
3.5.3	Satisfaction	25
3.5.4	Conception de la santé	25
3.5.5	Attitude des proches et des médecins	27
3.5.6	Attentes, avis et besoins en matière de santé intégrative	30
3.5.7	Préférences concernant les caractéristiques de prise en charge	33
4	<i>Analyse et discussion des résultats</i>	39
4.1	Perception de la santé et du système actuel	39
4.2	Articulation des paradigmes de soins.....	40
4.3	Partenariat entre les patient·e·s et les professionnel·le·s.....	42
4.4	Inclusivité.....	45
5	<i>Conclusion</i>	47

1 Introduction

Apparu aux États-Unis au début des années 1990, le terme de médecine intégrative est en premier lieu utilisé pour désigner le recours simultané et coordonné à la médecine conventionnelle (approche visant à traiter la maladie en prenant appui sur une validation scientifique et enseignée dans les facultés de médecine) et aux médecines non conventionnelles ou complémentaires (approche regroupant de nombreuses thérapies qui ont en commun d'appréhender le-la patient-e en tant que tout)^{1, 2}. Ce concept a essaimé au Canada³ et en Europe⁴, notamment à partir des travaux du *National Center for Complementary and Integrative Health* du NIH⁵; lequel définit la santé intégrative comme 1) la combinaison des approches conventionnelles et complémentaires, 2) la prise en compte de la personne dans sa globalité et 3) la coordination renforcée de tou-te-s les professionnel-le-s et institutions de santé dans la prise en charge.

Même si le terme de santé intégrative semble remplacer progressivement celui de médecine intégrative, on trouve encore dans la littérature l'utilisation des deux substantifs, parfois couplés, avec des définitions interchangeables. Ces dernières semblent maintenant faire consensus et, comme le résume *l'Academic Consortium for Integrative Medicine and Health*⁶, comprennent les éléments constitutifs suivants : 1) la reconnaissance de l'importance de la relation patient-e – thérapeute et de la personne dans sa globalité ; 2) l'évidence comme base ; 3) le recours à tout type d'approche thérapeutique appropriée et aux approches basées sur le mode de vie ; 4) la coordination des professionnel-le-s pour obtenir les meilleurs effets sur la santé et la guérison⁷.

La santé intégrative est donc vue comme la combinaison non seulement des approches médicales conventionnelles et complémentaires, mais également de la « médecine du mode de vie » ou « *Lifestyle Medicine* », c'est-à-dire l'intégration des pratiques de vie dans l'approche thérapeutique et la prévention des maladies par la promotion de la santé⁸.

C'est dans ce paradigme que s'inscrit l'initiative *Santé Intégrative & Société* lancée par la Fondation Leenaards en 2021.

¹ Bell I.R. et al. (2002). Médecine intégrative et recherche systémique sur les objectifs thérapeutiques : Enjeux de l'émergence d'un nouveau modèle pour les soins primaires, *Arch. Intern. Medicine*, 162, p.133-140.

² Snyderman, R., & Weil, A. T. (2002). Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal medicine*, 162(4), 395-397.

³ Pélissier-Simard L., Xhignesse M. (2008). Qu'est-ce que la médecine intégrative?. *Le Médecin du Québec*, 43(1), 20-22.

⁴ Mondain, V., Midol, N., Juston-Baqué, M., & Guyon, A. (2021). L'Observatoire des Médecines Complémentaires et Non Conventionnelles: un organisme au service du développement d'une médecine intégrative et scientifique. *Journal of Interdisciplinary Methodologies and Issues in Science*, 6.

⁵ <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>

⁶ <https://imconsortium.org/about/introduction/>

⁷ Bagot, J. L., Theunissen, I., Mouysset, J. L., Wagner, J. P., Magné, N., & Toledano, A. (2021). La santé intégrative: définition et exemples de mises en œuvre en oncologie en France. *La Revue d'Homéopathie*, 12(4), 215-221.

⁸ Bodai, B. I., Nakata, T. E., Wong, W. T., Clark, D. R., Lawenda, S., Tsou, C., ... & Campbell, T. M. (2018). Lifestyle medicine: a brief review of its dramatic impact on health and survival. *The Permanente Journal*, 22.

Cette initiative part du constat que la volonté affichée de « mettre le-la patient·e au centre » aboutit souvent à une forme d'enfermement des patient·e·s, isolé·e·s au sein d'un système de santé complexe qui, indépendamment de la qualité des prestations fournies, semble répondre davantage à ses propres besoins qu'aux besoins et attentes d'une grande partie de la population⁹. Les trajectoires individuelles des patient·e·s montrent que l'idée d'opposer les professionnel·le·s de la santé d'horizons différents est encore trop souvent la norme et que les patient·e·s restent cantonné·e·s dans un rôle plutôt passif, peu co-décideurs·euses des choix thérapeutiques et des projets de soins.

À l'inverse de ces tendances, le concept de « Santé Intégrative » se veut inclusif, car il suppose l'utilisation coordonnée des approches de la médecine conventionnelle et des médecines complémentaires, pour le bénéfice des patient·e·s. Il promeut une approche holistique de la personne¹⁰, une posture qui reconnaît l'expertise du patient ou de la patiente dans le vécu et la gestion de la maladie, et favorise son autonomie.

Rassembler ces différents mondes, revisiter le rôle des patient·e·s et de leurs proches, tel est l'objectif de l'initiative *Santé Intégrative & Société*. Il s'agit de favoriser le dialogue et la coopération entre soignant·e·s, patient·e·s et proches, afin d'améliorer l'intégration des différents savoirs et expertises et, par ce biais, améliorer l'expérience des soins.

C'est parce que la santé intégrative invite le-la patient·e, actuel·le et futur·e, à jouer un rôle actif et décisionnel dans sa prise en charge, qu'il a semblé important aux promoteurs et promotrices de l'initiative de consacrer un des axes d'action de ce programme à interroger la population sur ce concept. Certes, plusieurs études cartographient occasionnellement l'évolution des médecines complémentaires ou des besoins en santé, mais très peu visent à recueillir les avis et propositions de la population sur le concept même de santé intégrative.

« Donner la voix à la population » est donc un des axes (vecteurs) d'action de l'Initiative. Son objectif est double, à savoir : sonder l'opinion de la population en matière de santé intégrative au travers d'une enquête, pour ensuite identifier et expérimenter des pistes de mise en œuvre de ce concept dans notre système de santé. C'est une démarche citoyenne et participative qui entend s'ancrer dans les besoins et attentes exprimés par la population et non dans la perception qu'en ont les professionnel·le·s de la santé.

S'appuyant sur ces aspirations, l'ambition de ce vecteur est de formuler, avec le concours des participant·e·s à l'enquête, des propositions innovantes pour améliorer l'offre et l'organisation des soins et promouvoir la santé intégrative. Ces innovations seront, par la suite, conduites au travers de « Laboratoires citoyens », dispositifs collaboratifs et participatifs d'expérimentation et de co-production de nouvelles façons de faire.

La dernière enquête sur la santé de l'OFS (2017) montrait un recours important aux médecines complémentaires, avec 38% de la population romande et 29% de la population suisse qui en aurait bénéficié au cours des 12 derniers mois¹¹.

⁹ « Santé Intégrative et Société », Fondation Leenaards – septembre 2020.

¹⁰ Rake, R. E. (2006). *Essential family medicine: Fundamentals and case studies*. Saunders Elsevier.

¹¹ OFS. (2019, 28 février). *Une personne sur deux en Suisse prend des médicaments chaque semaine*. Communiqué de presse. Disponible ici : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.7486440.html>

L'enquête conduite en Romandie dans le cadre de l'initiative *Santé Intégrative et Société* a cherché à confirmer cette tendance, sous l'angle de la santé intégrative, en élargissant le champ d'investigation à l'exploration des représentations de la population quant au concept même de santé intégrative ; à l'état et l'évolution du recours aux soins, tant conventionnels que complémentaires et du recours aux approches intégratives ; ainsi qu'à l'exploration des attentes, besoins et préférences en matière de santé et de prise en charge.

« Donner la voix à la population » est une démarche de recherche exploratoire qui vise à répondre aux trois questions suivantes :

- Quel sens est donné à la santé intégrative par la population romande ?
- Existe-t-il un réel besoin de développer cette approche ?
- Quelles sont les attentes à prendre en considération pour le développement de cette approche ?

Ce rapport présente les résultats de l'enquête populationnelle réalisée en Suisse romande durant l'année 2021 et les perspectives qu'elle ouvre. L'équipe de recherche interdisciplinaire était constituée de collaborateur·trice·s du ColLaboratoire de l'Université de Lausanne, de FORS – le Centre de compétences suisse en sciences sociales, de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg et de la Fondation Leenaards.

Dans une démarche classique d'enquête populationnelle, une phase qualitative, réalisée sous forme d'entretiens et d'un focus groupe¹², précède une phase quantitative d'administration d'un questionnaire à large échelle, dont le contenu et le vocabulaire sont guidés par les résultats de la phase qualitative. Bien que ce processus ait été suivi dans le cadre de l'enquête « Donner la voix à la population », cette dernière repose en fait sur une méthodologie « mixte »^{13, 14} qui fait dialoguer, tout au long de la démarche, des approches qualitatives, quantitatives et participatives de façon à enrichir la compréhension des pratiques de santé émergentes.

Après un arrêt sur cette méthodologie, qui se démarque par son originalité, les résultats de l'enquête sont présentés au chapitre 2 pour la partie qualitative et au chapitre 3 pour la partie quantitative, avec une explicitation des étapes ayant conduit à l'élaboration du questionnaire. Les résultats de ces démarches d'exploration des attentes de la population sont discutés et mis en perspective avec d'autres travaux (chapitre 4). Enfin, dans un dernier chapitre, les auteur·e·s reviennent sur les questions de recherche, les principaux messages que formule la population et les opportunités d'ouverture pragmatique qui en découlent.

¹² Outil issu de la psychologie sociale américaine, plus précisément des travaux de Kurt Lewin sur la dynamique des groupes, qui désigne un entretien groupé autour d'une problématique sociale.

¹³ Aguilera, T., & Chevalier, T. (2021). Les méthodes mixtes: vers une méthodologie 3.0?. *Revue française de science politique*, 71(3), 361-363.

¹⁴ Schweizer, A., Carral, M. D. R., & Santiago-Delefosse, M. (2020). *Les méthodes mixtes en psychologie: De la théorie à la pratique*. Dunod.

2 Enquête qualitative

Des entretiens et un focus groupe ont été réalisés au printemps 2021 dans le but d'explorer les représentations de la santé et de la santé intégrative, ainsi que d'identifier les principales thématiques pouvant servir la construction du questionnaire quantitatif.

2.1 Méthodologie

L'enquête sur la santé intégrative menée auprès de la population romande s'inscrit dans une démarche innovante, fortement participative et collaborative. Son originalité, mais également sa solidité, réside d'abord dans la prise en compte, à la fois constante et itérative, des besoins, attentes et thématiques exprimées par les citoyen·ne·s qui y ont participé. Peu à peu se crée par ce processus une communauté d'intérêts et d'intention autour des évolutions souhaitées pour notre système de santé vers l'intégration des différents paradigmes de soins.

La méthode de l'entretien semi-directif consiste à travailler par thèmes plus ou moins déterminés et ajustés selon la réactivité, les intérêts et le domaine de pratique et d'expertise de la personne interrogée (Ketele et Roegiers 1996 *In* Imbert 2010 *op.cit.*)¹⁵. En contexte d'entretien semi-directif, le principe est de laisser l'interlocuteur·trice développer son point de vue, tout en se tenant prêt·e à « reprendre la main, approfondir des questions, clarifier des points restés obscurs, faire dire ce qui a été précédemment dit à demi-mot, revenir sur ou éclairer des contradictions que l'on a pu repérer dans les propos des enquêté·e·s, et contribuer ainsi à faire la lumière sur un certain nombre de faits passés sous silence ou restés obscurs » (Beaud 1996 :244)¹⁶. La posture du·de la chercheur·e se veut donc marquée par une grande qualité d'écoute, une attention et une réceptivité à l'autre.

Dans le cas de la présente enquête, le premier volet qualitatif a permis d'identifier certains critères qui importaient dans la définition que les participant·e·s attribuaient à la notion de « santé intégrative », notamment au travers de l'emploi d'images ou « photo-langage »¹⁷ et d'un focus groupe. Cette première étape a permis par la suite l'élaboration d'un questionnaire quantitatif diffusé à une plus large échelle.

¹⁵ Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 23-34.

¹⁶ Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 9(35), 226-257.

¹⁷ La méthode Photolangage© date de 1965 et fut créée par un groupe de psychologue lyonnais dans le cadre de leurs travaux auprès d'adolescent·e·s. Les images proposées servaient de support à la parole dans des situations où les participant·e·s rencontraient des difficultés à s'exprimer sur leurs expériences diverses et à les partager avec le groupe.

2.1.1 Une méthodologie « mixte »

La méthodologie de la présente enquête peut être qualifiée de « mixte », dans le sens où elle fait dialoguer différents niveaux de compréhension du monde ; en d'autres termes, chaque approche méthodologique dit quelque chose de particulier sur le phénomène étudié. Comme le rappellent Aguilera et Chevalier (2021)¹⁸ l'utilisation de méthodes mixtes, qui peuvent se définir comme « l'articulation dans une même recherche de méthodes quantitatives et de méthodes qualitatives » n'est pas récente en sciences sociales, même si elle reste encore peu répandue à l'heure actuelle en raison de la complexité de sa mise en œuvre, principalement dans les pays francophones.

La valeur heuristique des méthodes mixtes réside principalement dans l'avantage qu'elles fournissent « en termes de compréhension, de corroboration, d'explicitation, de validation, de transférabilité et de généralisation » (Bujold, Nha Hong, Ridde *et al.* 2018, 20)¹⁹. Ainsi, la dimension collaborative et participative s'adresse tant aux acteur·trice·s sociaux·ales concerné·e·s par la thématique de la santé intégrative qu'aux chercheur·e·s et thérapeutes issu·e·s de disciplines diverses inclus·e·s dans le projet : « Si l'on admet le pluralisme des savoirs, il faut accepter la variété des méthodes d'observation et s'abstenir d'ériger en science autonome ce qui n'est souvent qu'une théorie adaptée à ses moyens » (Héran 1991, 471)²⁰.

Au sein de l'initiative *Santé Intégrative & Société*, approches qualitatives, quantitatives, délibératives et d'innovation sociale sont réunies au sein d'un même élan, celui de la recherche collaborative et de la recherche-action. La visée étant ici de mettre la recherche au service du changement social.

2.1.2 Recherche collaborative, recherche-action, sciences citoyennes, sciences participatives : quelques éléments de précision

Lorsqu'on parle de « sciences participatives », on fait référence à « des formes de production de connaissances scientifiques auxquelles des acteurs non-scientifiques professionnels – qu'il s'agisse d'individus ou de groupes – participent de façon active et délibérée » (Houillier (dir.) 2016, 6)²¹. Cette participation peut prendre diverses formes d'engagement, de l'information à l'*empowerment* ou capacité d'action. Les domaines d'applications sont multiples, allant des sciences de l'univers à la santé en passant par la biologie, le climat, l'énergie ou la génétique.

¹⁸ Aguilera, T., & Chevalier, T. (2021). Les méthodes mixtes: vers une méthodologie 3.0?. *Revue française de science politique*, 71(3), 361-363.

¹⁹ Bujold, M., Hong, Q. N., Ridde, V., Bourque, C. J., Dogba, M. J., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé*. Association francophone pour le savoir.

⁷ Héran F. (1991). Sociologie de l'éducation et sociologie de l'enquête : réflexions sur le modèle universaliste, *Revue française de sociologie*, 32(3).

²¹ Houillier J.-F. (dir.) (2016). *Les sciences participatives en France. État des lieux, bonnes pratiques & recommandations*, Rapport du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, [En ligne]

URL : <https://hal.inrae.fr/hal-02801940/document>.

La recherche collaborative, dont les fondements remontent à la fin des années 90, peut s'entendre comme « visant à intégrer les points de vue des acteurs sociaux pour éclairer les problématiques complexes qui les concernent (...); la tendance est à privilégier une démocratie délibérative, ayant pour finalité l'émancipation individuelle et collective, afin de faire face aux problèmes contemporains » (Morrissette 2013, 36)²².

Plus précisément, la recherche collaborative désigne l'« exploration d'un objet qui conduit à la co-construction de savoirs autour d'une pratique professionnelle » (Desgagné 1998 *In* Morrissette 2013, 37 *op.cit.*). Cette approche vise surtout un rapprochement entre le monde académique et celui de la pratique professionnelle, et la compréhension en profondeur de l'objet étudié qui relie les partenaires de la démarche. Dans cette approche, les savoirs « pratiques » et « théoriques » sont conçus sur un plan symétrique, et les acteur·trice·s sociaux·ales sont reconnu·e·s comme compétent·e·s dans leurs domaines d'activité respectifs.

La recherche-action désigne quant à elle « une stratégie d'intervention dynamique à caractère social ; elle vise donc principalement le changement au travers d'une démarche de résolution de problèmes susceptibles de contribuer à améliorer une situation jugée problématique » (*op.cit.*, 37).

Dans cette approche, chercheur·e·s et acteur·trice·s sociaux·ales sont partenaires tout au long du processus de recherche. La méthodologie s'articule principalement autour d'une dynamique de rencontres collectives, d'échanges, de formulation de nouveaux plans d'action, d'expérimentation, de leçons tirées, de reformulation et ainsi de suite sur un mode itératif d'ajustement progressif.

C'est une démarche qui exige du temps, de la souplesse en termes méthodologiques : « (...) il est impossible de travailler au début de la recherche à l'aide d'un objectif et d'une problématique fixés dans les moindres détails ; la démarche se construit selon les successions de réflexions posées sur l'action, et le problème est redéfini en fonction des nouveaux éclairages qui se dégagent de l'expérimentation continue » (*op.cit.*, 40). C'est bien dans cette approche complexe et dynamique que se situe les chercheur·e·s et les participant·e·s au présent projet et c'est là que réside le principal facteur d'originalité de la démarche.

Dans la phase suivante de l'enquête, il s'agira de « donner vie aux résultats », d'aller au-delà des constats et des attentes pour expérimenter de nouvelles façons de pratiquer les soins de manière intégrative, dans le cadre de « Laboratoires citoyens » qui seront mis en place au printemps 2022.

Les participant·e·s à cette première phase qualitative de l'enquête ont été recruté·e·s au sein de divers services hospitaliers, associations ou institutions dans différents cantons romands (Annexe 1). En effet, l'objectif ici était de couvrir un large éventail de la population afin d'obtenir un échantillon diversifié.

²² Morrissette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative: quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs?. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.

Un focus groupe de sept participant·e·s, trois entretiens à deux et vingt-six entretiens individuels ont été réalisés, pour atteindre un total de 39 personnes rencontrées. Au vu de la situation sanitaire, la majorité des entretiens s'est déroulée en ligne. Il a été demandé à chaque participant·e l'autorisation d'enregistrer la rencontre. Les enregistrements étaient ensuite retranscrits et rendus anonymes.

Les entretiens étaient initiés par la présentation d'un choix d'images, ou « photo-langage », évoquant la santé intégrative, sélectionnées par des professionnel·le·s de la santé et des étudiant·e·s de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'UNIL ; puis se poursuivaient par une grille de questions posées de manière semi-directive (Annexes 2 et 3 respectivement). Le canevas, élaboré par l'équipe de recherche élargie, à l'expertise et aux compétences variées, a parfois dû être adapté à l'interlocuteur·trice et, dans une démarche « opportuniste », d'autres questions d'intérêt ont parfois été approfondies. Il s'intéressait aux conceptions de la santé et aux définitions individuelles données à la médecine conventionnelle et aux approches complémentaires. Il abordait aussi l'articulation de ses dernières, les manières d'y recourir et leur accessibilité. Enfin, il se penchait sur les exemples concrets de prises en charge vécues et les attentes de chacun·e. À la fin de chaque entretien, les participant·e·s étaient informé·e·s de la suite de la démarche et invité·e·s à participer aux futurs laboratoires citoyens.

2.2 Analyse des résultats

Les données récoltées lors des entretiens et du focus groupe ont été regroupées, synthétisées et analysées de manière à permettre l'émergence de thématiques diverses et les plus représentatives des rencontres. Ainsi, l'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes : pour chaque entretien, une synthèse des thèmes a été établie, puis une synthèse a été appliquée à l'ensemble des différents thèmes réunis. Cette liste a ensuite servi à la seconde phase de l'enquête, soit à l'élaboration du questionnaire quantitatif. Une liste de la sémantique utilisée par les participant·e·s a été relevée et a soutenu la formulation du questionnaire. Ainsi, ce travail se situe dans une méthodologie mixte, alliant approche qualitative et quantitative, où les résultats des phases précédentes ont servi à construire les suivantes.

2.3 Résultats

La phase qualitative de ce premier axe de l'initiative *Santé Intégrative & Société* avait pour objectif d'investiguer les représentations de la santé et de la santé intégrative de la population et des professionnel·le·s, ainsi que leurs besoins et attentes vis-à-vis de cette dernière. Les résultats obtenus pour le photolangage sont présentés brièvement, puis le chapitre met l'accent sur les trois dimensions de la santé intégrative ayant été révélées par les entretiens qualitatifs.

2.3.1 Photo-langage

Parmi les trente-deux images à choix ayant été présentées pour lancer les entretiens (Annexe 2), les trois photos les plus fréquemment choisies par les participant·e·s sont présentées ci-après.



Les participant·e·s ont expliqué leur préférence pour la première image (en haut à gauche) notamment parce qu'elle incarnait pour eux·elles la combinaison de plusieurs approches : l'élargissement du champ des compétences, la possibilité d'une meilleure adaptation à chaque personne qui peut trouver ainsi l'équilibre qui lui est propre.

La seconde image (en haut à droite) a, quant à elle, été sélectionnée parce qu'elle illustrait le partenariat et la complémentarité, pour certain·e·s entre les patient·e·s, les médecins conventionnels·le·s et les thérapeutes complémentaires, et pour d'autres entre les patient·e·s, les proches et les soignant·e·s.

Enfin, la troisième image (en bas) a été choisie, car elle rendait compte de la multiplicité des différentes professions existantes, ainsi que des pratiques personnelles adoptées par les individus. De plus, du fait qu'elle regroupe une grande variété d'activités formant un tout, elle rendait aussi compte de la diversité de la population, par exemple, en termes d'âge ou de culture.

2.3.2 Le partenariat entre les patient·e·s et les professionnel·le·s

Un des principaux résultats observés, qui ressort dans la majorité des entretiens, renvoie à la définition de la santé intégrative à travers le prisme du partenariat entre les patient·e·s et les soignant·e·s, où ce dernier apparaît comme une condition *sine qua non* à ce nouveau paradigme de soins et de prise en charge. Les participant·e·s expriment le besoin d'établir une relation de confiance avec les professionnel·le·s, où leur expertise est reconnue et dans laquelle ils·elles font partie intégrante du processus de décision.

Dans cette lecture intégrative de la santé, les patient·e·s souhaitent prendre une place dans le rapport aux professionnel·le·s où ils·elles constituent le point de départ de la relation, où leur avis est écouté et pris en considération. Les participant·e·s expriment le besoin d'établir une relation de confiance avec les professionnel·le·s, où leur expertise est reconnue et où ils·elles sont cru·e·s. Certain·e·s participant·e·s ont par ailleurs partagé le sentiment d'impuissance qui peut être engendré quand la personne n'est pas crue par les professionnel·le·s et le frein que cela représente dans la recherche d'options thérapeutiques supplémentaires.

Dans l'ensemble, la possibilité de choisir est valorisée et les participant·e·s estiment que leur rôle est de pouvoir proposer ce dont ils·elles ont besoin. Pour cela, ils·elles mettent en évidence l'importance de disposer de suffisamment de temps de discussion dans la consultation et de pouvoir communiquer de façon ouverte, curieuse et respectueuse des différents points de vue et représentations. Pour que le partenariat puisse se construire, ceci demande aux professionnel·le·s d'adopter une posture humaine, empathique et bienveillante qui encourage la patientèle à expérimenter de nouvelles solutions. Le partenariat permettrait alors de susciter une dynamique qui favorise l'échange des connaissances, ainsi que le pouvoir d'agir des patient·e·s qui peuvent s'engager dans une prise en charge dotée de sens.

Si le dialogue entre les patient·e·s et les professionnel·le·s compte beaucoup pour les répondant·e·s, ils·elles soulignent qu'il est toutefois nécessaire de bénéficier de suffisamment de temps de rencontre pour que l'échange d'informations puisse se faire adéquatement ; un critère que les participant·e·s expriment comme étant essentiel dans leur prise en charge dans pratiquement tous les entretiens. Le temps accordé est souvent perçu comme insuffisant dans une consultation conventionnelle, vécu comme une entrave à l'appréhension de la globalité de la personne, et comme un obstacle pour la continuité du parcours de soins de la personne. Certain·e·s participant·e·s disent par exemple se sentir pressé·e·s par le temps, qui est compté et qui ne permet pas de présenter la complexité de la réalité éprouvée par la personne. Ce temps manquant est alors recherché du côté des approches complémentaires qui apparaissent, ici, plus propices à une écoute et à une temporalité adaptées.

Du côté des patient·e·s, une certaine asymétrie est ressentie dans le dialogue avec les professionnel·le·s, notamment dans le fait que les soignant·e·s représentent une source d'information crédible, tandis que l'expertise des patient·e·s est plus volontiers remise en question. L'accès à Internet, par exemple, peut participer à rétablir davantage d'équilibre au sein de la relation dans la mesure où il permet aux patient·e·s de se sentir plus à même de se positionner face aux professionnel·le·s à propos de leur situation et des décisions à prendre.

Le partenariat semble donc se créer au sein d'une relation de confiance, dans des conditions de bienveillance où les patient·e·s et les professionnel·le·s peuvent partager leurs savoirs, élaborer différentes pistes à explorer et construire une prise en charge individualisée.

2.3.3 L'articulation des paradigmes de soins

L'articulation des paradigmes de soins se réfère à l'intégration des approches thérapeutiques conventionnelles et complémentaires dans les soins et la prise en charge des patient·e·s. En agissant en complémentarité, selon plus de la moitié des personnes interrogées, elles permettraient d'offrir davantage de qualité et d'équilibre. La santé intégrative vue sous cet angle soulève diverses questions comme celles du remboursement, de la coordination des soins ou simplement de la conception de la santé. C'est pourquoi l'articulation de ces paradigmes est perçue — si ce n'est attendue — comme permettant de mieux répondre aux besoins de la personne et au sens recherché dans ses traitements et sa prise en charge.

Dans l'ensemble, les participant·e·s expriment rechercher une prise en charge qui ait du sens et qui corresponde à leur histoire, besoins et attentes. La population interrogée voit dans l'articulation de différentes approches thérapeutiques une possibilité de trouver des solutions hybrides parce que leur situation peut être lue sous différents angles, ce qui permet de mieux répondre à leur état de santé.

Ici, le recours à une approche complémentaire s'avère être une manière de s'approprier sa propre santé qui offre des possibilités plus diversifiées et des choix congruents à ses attentes. De plus, l'intégration des approches conduit la personne à mieux comprendre son corps, sa maladie et ses symptômes et, de cette manière, à se sentir davantage capable de prendre en main sa santé, d'agir dessus ; ce qui favorise son autonomie. Il s'avère, de plus, que l'articulation des approches thérapeutiques conventionnelles et complémentaires correspond à des temporalité et situation différentes. Le recours aux thérapies complémentaires semble dans l'échantillon interrogé privilégié à des fins de maintien de la santé et du bien-être ainsi que de prévention des maladies. Le recours à la médecine conventionnelle est quant à lui préféré lorsqu'il s'agit d'intervenir dans une situation d'urgence.

Si la grande majorité des participant·e·s exprime la volonté d'être des acteurs·trices de leur santé, ils·elles formulent aussi le besoin d'échanger avec des professionnel·le·s qui connaissent les différentes approches et puissent ainsi mieux les accompagner dans leur parcours de soins.

Toutefois, ce qui émerge des entretiens est que cette attente va à l'encontre de ce qui est vécu par les personnes interrogées qui soulignent que les professionnel·le·s semblent manquer de connaissances au sujet des différentes thérapies existantes et de leurs effets respectifs. Ceci est vécu alors par les participant·e·s comme un frein à l'intégration des diverses approches et participe au sentiment de solitude parfois éprouvé dans cette démarche intégrative, face aux multiples offres, ainsi que dans la coordination des soins. En effet, les personnes interrogées reportent fréquemment se retrouver au sein d'un système où les professionnel·le·s agissent en silos et ne se parlent pas -ou trop peu-, surtout lorsqu'ils ou elles proviennent d'orientations disciplinaires ou thérapeutiques différentes. C'est donc aux patient·e·s qu'incombe la plupart du temps ce rôle de coordination. Pour une articulation efficace des paradigmes de soins, la communication interprofessionnelle apparaît donc être un facteur essentiel.

Dans cette enquête qualitative, il est souvent ressorti que la communication entre les praticien·ne·s issu·e·s du champ de la médecine conventionnelle et de celui des approches complémentaires faisait défaut ou restait à améliorer ; le dialogue interprofessionnel est apparu limité par la hiérarchisation présente entre les approches, elle-même basée sur une méconnaissance partagée des pratiques de chacun·e. L'échange d'informations entre disciplines ainsi qu'entre les professionnel·le·s d'une même approche est perçu comme essentiel par la plupart des personnes interrogées et comme pouvant favoriser la qualité des parcours de soin des patient·e·s. Ces dernier·e·s estiment que la communication doit être sous-tendue par le fait de tenir compte de l'expertise d'autrui, dont celle acquise par la patientèle, et par l'adoption d'une posture d'ouverture, de transparence et de modestie de la part des professionnel·le·s.

L'intégration des approches semble, en effet, dépendre de l'attitude ouverte adoptée par les acteurs, actrices de la santé et même des institutions de santé ; élément qui est revenu presque systématiquement lors des entretiens. De plus, la collaboration semble facilitée quand les professionnel·le·s ont la possibilité d'échanger de manière informelle et d'être familiarisé·e·s avec la pratique d'autres collègues, ce qui parallèlement contribue à la création d'un réseau qui peut profiter aux patient·e·s.

Les professionnel·le·s comme les patient·e·s déplorent un manque d'informations centralisées en ce qui concerne les spécialistes, thérapeutes et les offres existantes. Cette préoccupation illustre un obstacle à l'accès à une prise en charge intégrée. En effet, la difficulté de connaître et de s'orienter dans le paysage thérapeutique peut compliquer la prise de décision des patient·e·s et conduire les professionnel·le·s à se sentir moins capables de proposer des pistes alternatives.

Toutefois, quand les professionnel·le·s ont connaissance de l'existence d'une approche complémentaire validée sur le plan scientifique, leurs *a priori* sont réduits et cette dernière est plus volontiers prescrite. La recherche scientifique, qui a été abordée dans plus de la moitié des entretiens, apparaît apporter davantage de crédibilité à une approche complémentaire et un langage commun aux différent·e·s professionnel·le·s de santé. Ceci est donc présenté comme un élément favorisant la communication interprofessionnelle.

2.3.4 L'inclusivité

Enfin, la dimension inclusive de la santé intégrative a été mise en avant par les participant·e·s dans la quasi-totalité des entretiens, via la demande d'un système de santé équitable face à l'accès aux soins et qui tienne compte des fractions de la population les plus vulnérables et précaires. D'une part, car les moyens financiers de la personne semblent influencer le type d'assurance contractée et donc les approches auxquelles elle va pouvoir recourir et, d'une autre part, car les coûts élevés de la santé impactent l'égalité d'accès aux prestations de soins. Une autre considération concernant cette fraction de la population relève du fait qu'elle a souvent d'autres priorités que la santé en général et va donc probablement moins aborder la question du recours à des approches complémentaires avec le·la médecin traitant·e.

Les participant·e·s revendiquent un système de santé qui vise l'égalité des soins et expriment l'importance du rôle des professionnel·le·s de la santé dans l'accompagnement des personnes pour les aider à oser parler du recours aux approches complémentaires, le cas échéant.

Les processus migratoires, qui peuvent par ailleurs être traumatisants, sont aussi considérés comme un contexte de vulnérabilité. Les personnes peuvent se retrouver au sein d'un système d'incompréhensions mutuelles, engendrant de multiples conséquences non seulement sur la relation entre les patient·e·s et les professionnel·le·s, mais aussi sur le parcours de soins. Dans ce contexte, particulièrement, les participant·e·s reconnaissent l'importance d'accepter, avec réciprocité et curiosité, le système de croyances de l'autre – patient·e comme professionnel·le.

Si les participant·e·s disent, dans l'ensemble, se retrouver souvent face à des professionnel·le·s qui méconnaissent les autres approches, il s'avère nécessaire selon eux·elles de disposer d'un sentiment d'auto-efficacité suffisamment élevé pour oser découvrir différentes thérapies et se positionner face aux professionnel·le·s de la santé. En effet, certain·e·s participant·e·s redoutent le fait d'être stigmatisé·e·s et craignent des répercussions sur leur prise en charge. La littératie en santé des patient·e·s semble donc aussi jouer un rôle primordial pour favoriser cette démarche de recherche active d'informations et cette posture qui permette de faire entendre leurs choix et de proposer des pistes de traitements. Ainsi, les situations des patient·e·s, notamment sur les plans éducatif, social et économique, semblent être une variable importante à considérer. La notion d'accessibilité aux offres de soins semble ainsi dépendre du type d'assurance contractée, ainsi que des informations dont la personne dispose.

L'inclusivité se rapporte aussi à l'attitude attendue des professionnel·le·s, à savoir une attitude ouverte à ce que les pratiques d'autres thérapeutes peuvent apporter, non-jugeante et à l'écoute de ce que les patient·e·s recherchent et ont déjà pu expérimenter dans leur parcours de soin.

De plus, les participant·e·s insistent dans la santé intégrative, sur la nécessité d'inclure l'entourage des patient·e·s et de reconnaître son expertise. Les proches peuvent en effet rendre compte de la réalité et des difficultés quotidiennes de la personne concernée et sont aussi des acteurs et actrices de sa prise en charge.

L'implication de l'entourage s'avère fondamentale tant au niveau du soutien pratique qu'émotionnel. Il semble de plus jouer un rôle dans l'intention de recourir à une approche complémentaire, dans la mesure où l'expérience des proches peut inciter les patient·e·s à devenir plus curieux·euses et tenter plus volontiers un recours à une telle approche.

Pour conclure ce chapitre sur les résultats issus des entretiens individuels et du focus groupe, l'on peut retenir que le développement de la santé intégrative semble se jouer sur de nombreux axes à commencer par les patient·e·s qui se présentent comme des partenaires de santé, ce qui vient aussi interroger la définition du rôle des professionnel·le·s qui ne semble plus cantonné·e·s à la seule recherche immédiate de guérison ou de dispensateur·trice·s d'informations de type technique.

L'entourage social, les médias et Internet influencent aussi la connaissance des différentes offres existantes et les choix effectués, notamment parce qu'ils participent au processus de démocratisation et de promotion des approches complémentaires. Un système de santé intégrative requiert toutefois certaines conditions, notamment une coordination adéquate et efficace, une connaissance éclairée des différentes approches thérapeutiques et l'inclusion des fractions vulnérables de la population.

L'ensemble des thématiques émergeant des entretiens et du focus groupe ont été regroupées en catégories qui ont alimenté l'élaboration du questionnaire utilisé dans la partie quantitative de l'enquête présentée dans le chapitre suivant.

3 Enquête quantitative

3.1 Déroutement et contenu de l'enquête

Le questionnaire utilisé dans le cadre de cette enquête a été élaboré par FORs en étroite collaboration avec l'équipe de recherche élargie. Il a été construit sur la base des données issues des entretiens qualitatifs menés par le ColLaboratoire et sur la base d'autres questionnaires relatifs à la thématique de la santé intégrative existants. Le questionnaire a été programmé sur le logiciel d'enquête en ligne Qualtrics en français.

L'invitation à l'enquête a été adressée, entre le 13 et le 23 août 2021, par courrier, à 3'216 personnes de plus de 18 ans vivant en Suisse romande, dont les coordonnées ont été fournies par l'entreprise AZ Direct. Le courrier contenait une brève présentation du projet, le lien pour participer à l'enquête, de même qu'un identifiant personnel. Un courrier de rappel a ensuite été adressé, le 31 août, aux personnes n'ayant pas encore commencé à répondre ou terminé leurs réponses à l'enquête. Un second rappel a été envoyé par courrier le 14 septembre 2021. Cette lettre était accompagnée d'une version papier du questionnaire. L'enquête a été clôturée le mardi 19 octobre 2021. Afin de motiver davantage la participation, il était indiqué lors des contacts que trois personnes ayant participé seraient tirées au sort et recevraient une somme de 300 CHF.

Sur les 3'216 personnes invitées à participer, 102 ont été retirées, car elles n'ont pas pu être contactées ou n'ont pas pu recevoir le courrier (décès, adresse introuvable, etc.). Ainsi, sur les 3'114 personnes effectivement contactées, 1'011 personnes ont répondu au questionnaire, dont 894 de manière valide²³. Cela correspond à un taux de réponse de 29%, en considérant uniquement les questionnaires valides. Seuls ces derniers font l'objet du présent rapport puisque la plupart des réponses incomplètes ne contiennent que très peu d'informations et seraient exclues de la majorité des croisements statistiques.

Par ailleurs, il est à noter que le canton de Vaud était surreprésenté au sein de l'échantillon reçu d'AZ Direct, tandis que les cantons de Genève, Fribourg et Neuchâtel étaient sous-représentés. Ainsi, une pondération²⁴ a été appliquée aux données, afin de correspondre au mieux à la distribution réelle de la population romande. Les résultats indiqués en pourcentage dans ce rapport sont, par conséquent, toujours présentés avec les données pondérées.

²³ Sont considérés comme valides les questionnaires pour lesquels les répondant-e-s ont complété plus de 70% des questions non filtrées, à savoir les questions ayant été posées à l'ensemble des répondant-e-s, puisqu'elles ne dépendent pas de réponses précédentes.

²⁴ Un tableau présentant les coefficients de pondération utilisés est disponible en annexe (Annexe 5.1).

3.2 Structure et durée de l'enquête

La structure et le contenu du questionnaire ont été définis sur la base des résultats de l'enquête qualitative, afin d'investiguer, au moyen de diverses méthodes (p. ex. questions à choix multiples, échelles de Lickert, méthode des choix discrets (DCE)), les thématiques principales mises en évidence lors de cette première phase d'enquête. Ainsi, le questionnaire (cf. Annexe 4) était constitué de 12 sections, décrites brièvement dans le tableau suivant, pour un total de 64 questions ou groupes de questions et 6 vignettes. La durée de complétion médiane, pour les répondant·e·s ayant participé à l'enquête en ligne, était de 33 minutes.

Section	Contenu
Introduction	Présentation de l'enquête et définition des concepts de médecine conventionnelle et complémentaire.
Utilisation	Questions concernant l'utilisation et la perception du système de santé en Suisse romande (approches conventionnelles et complémentaires).
Vignettes (ou DCE)	Partie centrale du questionnaire. Définition des souhaits des participant·e·s pour l'avenir des soins avec l'usage de la méthode des choix discrets – décrite au point 3.3.
Conception de la santé	Questions relatives à la conception de la santé, aux facteurs qui l'influencent et aux freins à une bonne prise en charge.
Motifs de recours	Questions relatives aux conditions de recours aux méthodes conventionnelles et/ou complémentaires (éléments influençant le choix du recours, approches privilégiées pour différents problèmes de santé ...).
Réactions	Questions sur les réactions des proches et médecins concernant le recours à des méthodes complémentaires, sur l'aisance à aborder la thématique des approches complémentaires avec les médecins et sur le positionnement et l'ouverture aux approches complémentaires de ces derniers·ères.
Attentes et besoins	Série de questions sur les attentes et besoins des répondant·e·s pour le futur du système de santé, notamment concernant leur rôle.
Avis et propositions	Intention de recours à différentes stratégies qui pourraient être mises en place à l'avenir.
Assurance	Questions sur les assurances maladie de base et complémentaires, de même que sur leur utilisation et sur le renoncement aux soins pour des raisons financières.
État de santé	Questions sur la littératie en santé et l'état de santé des participant·e·s.
Données sociodémographiques	Questions sur l'âge, le genre, l'état civil, la composition du ménage, le niveau de formation, le statut professionnel et le revenu, de même que le fait d'être proche aidant·e ou d'être aidé·e par un·e proche.
Conclusions	Espace libre pour commenter le questionnaire ou la thématique abordée. Présentation des prochaines étapes et possibilité de communiquer les informations de contact en cas d'intérêt à participer à la suite de l'initiative <i>Santé Intégrative & Société</i> (Forums et Laboratoires Citoyens).

3.3 Méthode des choix discrets

La méthode des choix discrets (Discrete Choice Experiment, ou DCE), à laquelle nous avons eu recours dans la troisième section de cette enquête, est une approche permettant d'étudier les arbitrages réalisés par une population entre différents attributs d'une situation ou d'un bien. Cette méthode, développée initialement par Louviere et Hensher (1982)²⁵, consiste à présenter aux participant·e·s un certain nombre de situations hypothétiques (vignettes) contenant deux scénarios ou plus, où les niveaux de différentes dimensions de la situation ou du bien étudié varient. Il est ensuite demandé aux participant·e·s de faire leur choix entre les deux scénarios présentés et ceci pour chacune des vignettes. Grâce à cette méthode, le poids, sur le choix du scénario favori, des différentes dimensions de la situation et de leurs modalités peut être mis en lumière. Développée initialement dans le contexte du recrutement de personnel, la méthode des choix discrets est souvent utilisée dans le domaine de la santé et de la santé publique.

Cette approche a par exemple récemment été utilisée dans le cadre de projets menés par l'OBSAN²⁶ et Unisanté²⁷, en collaboration avec FORS, pour mesurer les préférences de la population concernant de futurs modèles de santé.

Dans le cadre de cette enquête, cette méthode a été utilisée pour mesurer les préférences concernant six caractéristiques liées à la prise en charge de la santé et quantifier le poids de la préférence pour différentes dimensions et modalités. Ces dimensions, de même que leurs différentes modalités, ont été élaborées sur la base des éléments mis en lumière lors de la phase qualitative et d'autres études sur la santé ayant eu recours aux DCE. Ainsi, les six dimensions suivantes — identifiées comme centrales pour la thématique de la santé intégrative lors de la phase qualitative — ont été retenues pour l'expérience des choix discrets:

1. Éléments pris en compte lors de la prise en charge (5 modalités) ;
2. Approches utilisées dans la prise en charge (5 modalités) ;
3. Fondement des traitements utilisés (4 modalités) ;
4. Temps à disposition pour expliquer sa situation (3 modalités) ;
5. Rôle dans la consultation et dans le suivi (3 modalités) ;
6. Échange d'informations entre les professionnel·le·s impliqué·e·s (3 modalités).

Enfin, une dernière dimension, composée de 4 modalités, était présente dans les vignettes. Il s'agissait de l'impact sur le budget mensuel de santé. Cette dimension permet de quantifier le poids des préférences des participant·e·s concernant les différentes dimensions et modalités.

²⁵ Louviere, J. J., & Hensher, D. A. (1982). On the design and analysis of simulated choice or allocation experiments in travel choice modelling. *Transportation research record*, 890(1), 11-17.

²⁶ Kaufmann, C., Föhn, Z., & Balthasar, A. (2021). Zukünftige ambulante Grund-versorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung.

²⁷ Nicolet, A., Perraudin, C., Wagner, J., Gilles, I., Krucien, N., Peytremann-Bridevaux, I., & Marti, J. (2022). Patient and Public Preferences for Coordinated Care in Switzerland: Development of a Discrete Choice Experiment. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 1-12.

Sur la base de ces dimensions et modalités²⁸, trente vignettes ont été élaborées à l'aide du logiciel Ngene pour définir la combinaison de scénarios qui apporte statistiquement le plus d'informations possible, tout en ménageant l'effort cognitif requis pour les répondant·e·s. Une vignette constitue un tableau présentant, côte à côte, deux scénarios composés des sept dimensions, mais dont les modalités varient (exemple en Annexe 5.2). Chaque répondant·e était soumis·e à six vignettes (ou tableaux).

3.4 Analyses

Une combinaison de différentes analyses a été effectuée, afin d'obtenir les résultats présentés dans la suite de ce rapport. La première partie consiste en des analyses descriptives des variables d'intérêt, à savoir des analyses de leur distribution, de même que des croisements entre variables, afin de déterminer d'éventuelles différences de répartitions pour certains groupes de répondant·e·s. Enfin, une grande partie de ces résultats repose sur l'analyse des vignettes (méthode des choix discrets) qui a été réalisée en utilisant un modèle logistique mixte en spécifiant qu'il s'agit de données issues de modèles de choix dans le logiciel Stata.

3.5 Résultats

3.5.1 Profil des répondant·e·s

Plusieurs informations sociodémographiques ont été demandées à l'ensemble des participant·e·s, afin de connaître la composition du groupe des répondant·e·s²⁹ et pour pouvoir croiser ces informations avec les variables d'intérêt.

Les résultats indiquent que la distribution par rapport au sexe correspond à la moyenne en Suisse romande. La moyenne d'âge, de 58 ans, est légèrement supérieure à la moyenne de la population étudiée, ce qui est habituel dans les enquêtes, qui ont tendance à sous-représenter les jeunes. Cette tendance a probablement été renforcée par la thématique de la santé qui séduit plus souvent les personnes plus âgées.

Concernant les aspects socio-éducatifs, on observe les différences habituelles dans le cadre d'enquête, à savoir une sous-représentation des niveaux éducatifs les plus bas, en particulier les personnes sans éducation post-obligatoire et une sur-représentation de personnes avec une formation tertiaire (Université, EPF, HES et HEP).

En ce qui concerne leur état de santé, les répondant·e·s indiquent majoritairement que celui-ci est bon (50%) ou très bon (23%) par rapport aux personnes du même âge (cf. Annexe 5.5) et plus de quatre répondant·e·s sur dix (43%) n'ont pas reçu de traitement pour une quelconque maladie au cours des derniers 12 mois. Si 40% des répondant·e·s reportent n'avoir pris aucun médicament de manière régulière, plus d'un quart des répondant·e·s indique en avoir pris plus de deux par jour³⁰.

²⁸ L'ensemble des dimensions et modalités possibles sont décrites de manière détaillée en annexe (Annexe 5.3).

²⁹ Les résultats détaillés sont présentés en annexe (cf. Annexe 5.4).

³⁰ La proportion de personnes en moins bonne santé augmente avec l'augmentation de l'âge. Il en va de même avec la proportion de médicaments consommés par jour (cf. Annexe 5.5).

Même si des données de référence ne sont pas disponibles pour comparer l'échantillon, il est connu que les enquêtes sous-représentent typiquement les personnes en mauvaise santé. Ceci principalement à travers la sous-représentation des personnes issues des catégories socio-éducatives basses, qui sont en moyenne en moins bonne santé³¹. Le lien direct est plus difficile à mettre en évidence — faute de données de référence — mais, dans les études longitudinales, les personnes en moins bonne santé ont tendance à interrompre plus facilement leur réponse aux questionnaires.

La littératie en santé (*health literacy*) correspondant au niveau de connaissances des répondant·e·s concernant la santé et la maladie, élément important à prendre en compte pour les analyses de ce type d'enquête, a été mesurée de plusieurs manières indirectes : connaissance des prestations de l'assurance de base, de l'assurance complémentaire et difficulté exprimée à remplir un formulaire médical. Un peu plus de la moitié des répondant·e·s à l'enquête connaît les prestations des deux types d'assurances auxquelles ils-elles ont souscrit (cf. Annexe 5.6). Toutefois, 15% des personnes disent n'avoir aucune idée du contenu. Finalement, deux tiers des répondant·e·s estiment ne rencontrer aucune difficulté à remplir un formulaire médical, alors que 5% rencontrent des difficultés à le faire. À nouveau, on peut considérer que les proportions de littératie basse sont sous-estimées, vu que cette fraction de la population a également moins tendance à répondre à des enquêtes, surtout par écrit. Comme pour l'état de santé, ceci est en lien avec le fait que les personnes de niveau socio-éducatif bas sont moins enclines à répondre en général. De plus, comme le montrent certaines études³²⁻³³, une littératie en santé basse peut également dissuader, de manière directe, de participer à des enquêtes par questionnaire.

Les répondant·e·s ont également été interrogé·e·s sur l'aide apportée à un·e proche ou reçue de la part de ceux-ci ou celles-ci, afin de pouvoir mesurer, pour certaines variables, si ces profils se distinguent. Un tiers des participant·e·s a aidé un·e proche au cours des douze derniers mois, alors que 11% ont été aidé·e·s (cf. Annexe 5.7).

³¹ Ekholm, O., Gundgaard, J., Rasmussen, N. K. R., & Hansen, E. H. (2010). The effect of health, socio-economic position, and mode of data collection on non-response in health interview surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), 699–706.

³² Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research*, 17(1), 52.

³³ Barber, M. N., Staples, M., Osborne, R. H., Clerehan, R., Elder, C., & Buchbinder, R. (2009). Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. *Health Promotion International*, 24(3), 252-261.

3.5.2 Utilisation des approches conventionnelles et complémentaires

3.5.2.1 Approches utilisées et fréquence du recours

La première partie du questionnaire s'intéressait à l'utilisation des différents services et approches de santé qu'ils soient conventionnels ou complémentaires, dont les résultats détaillés sont présentés en annexe (cf. Annexe 5.8). Sans surprise, la quasi-totalité des répondant·e·s a déjà eu recours à un·e médecin traitant ou spécialiste (98% et 92%). Parmi les approches conventionnelles, les psychothérapeutes, psychologues ou psychiatres sont le moins souvent mentionné·e·s (34%).

En ce qui concerne les approches complémentaires, trois personnes sur quatre y ont déjà eu recours, principalement au travers des méthodes basées sur le corps et sa manipulation (64%) ou par des thérapies basées sur les substances naturelles (45%). Les répondant·e·s pouvaient ensuite spécifier, pour les approches sélectionnées, lesquelles ils·elles ont utilisées. Les résultats détaillés, approche par approche, sont présentés en annexe (cf. Annexe 5.9), toutefois, les méthodes les plus fréquemment citées sont : l'ostéopathie, les massages thérapeutiques ou sportifs, l'utilisation de tisanes, l'acupuncture, de même que l'utilisation de compléments alimentaires et le recours à l'homéopathie.

La proportion de répondant·e·s ayant déjà eu recours aux approches complémentaires est supérieure à celle obtenue dans l'enquête menée par la Fondation Suisse pour les Médecines Complémentaires (ASCA)³⁴ en 2021 (75% vs 65%). Toutefois, l'enquête de l'ASCA se focalise sur le recours occasionnel ou régulier, alors que la présente enquête s'intéresse à tout recours, même s'il a été unique. Ce qui peut expliquer, au moins partiellement, la différence observée en termes de proportion de recours aux approches complémentaires. En ce qui concerne les approches les plus utilisées, la tendance est la même entre les deux enquêtes. En effet, dans l'enquête de l'ASCA, les thérapies manuelles — qui englobent la réflexologie en plus des méthodes basées sur le corps et sa manipulation de la présente enquête — sont les plus fréquemment utilisées (70% de recours pour les répondant·e·s romand·e·s) ; suivie par les méthodes prescriptives, qui regroupent bon nombre des approches classées ici sous la catégorie des thérapies basées sur les substances naturelles.

En termes de fréquence de recours, on constate que les médecins de famille et les spécialistes sont les seul·e·s professionnel·le·s qu'une majorité de répondant·e·s a consulté au cours de l'année précédant l'enquête, avec respectivement 72% et 67% des répondant·e·s qui y ont eu recours entre 1 et 5 fois dans le courant de l'année. Pour les autres services, que ce soit conventionnels ou complémentaires, la proportion y ayant eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois est nettement inférieure (cf. Annexe 5.10).

³⁴ ASCA (2021). *Etude auprès de la population suisse concernant les médecines complémentaires*. Présentation non-publiée.

Il est toutefois important de noter que 38% des répondant·e·s ont eu recours à au moins une approche complémentaire au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui est correspond aux données obtenues dans l'enquête suisse sur la santé de 2017³⁵, où 38% des répondant·e·s romand·e·s déclaraient avoir eu recours à au moins un traitement complémentaire dans l'année.

3.5.2.2 Motifs de recours

Lorsqu'on s'intéresse au contexte dans lequel les répondant·e·s ont ou auraient recours aux méthodes complémentaires, on peut constater, comme le montre la figure 1, que les répondant·e·s ont ou auraient majoritairement recours aux méthodes complémentaires en parallèle à l'usage de méthodes conventionnelles (50%).

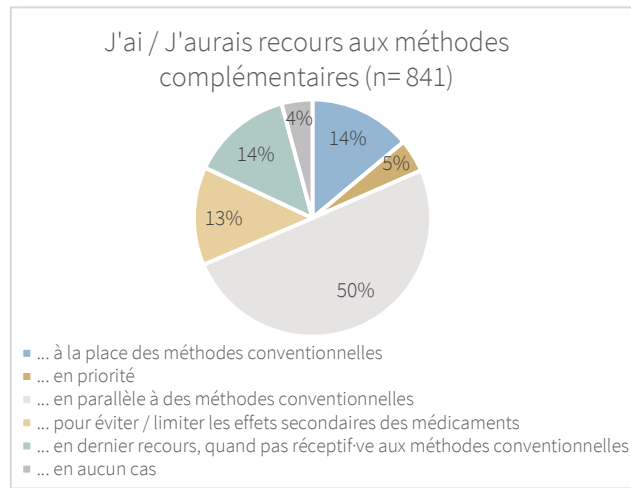


Figure 1 : Situations de recours à des méthodes complémentaires.

Toutefois, 14% des personnes utilisent ou utiliseraient ces méthodes principalement à la place de la médecine conventionnelle. Un pourcentage égal estime qu'ils-elles y font ou feraient appel uniquement en dernier recours lorsqu'ils-elles ne sont pas réceptifs-ves à d'autres méthodes.

Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse aux approches qui seraient utilisées en priorité dans le cadre de problématiques de santé spécifiques (cf. figure 2), nous constatons qu'une majorité des répondant·e·s (entre 49% et 78%) favoriserait une combinaison des approches conventionnelles et complémentaires. Bien que ce soit le cas pour l'ensemble des problématiques de santé présentées, nous observons tout de même des variations dans la proportion de recours à chaque approche selon la problématique de santé étudiée.

³⁵ OFS. (2019, 28 février). *Une personne sur deux en Suisse prend des médicaments chaque semaine*. Communiqué de presse. Disponible ici: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.7486440.html>

Ainsi, les douleurs chroniques, les problèmes psychologiques ou psychiatriques, de même que les problèmes sexuels ou reproductifs sont le type de problèmes où l'importance des approches complémentaires ressort le plus. Pour ces problématiques, moins de la moitié des personnes aurait recours principalement ou uniquement aux approches conventionnelles. Ceci est particulièrement marqué pour les douleurs chroniques, où seuls 16% des répondant-e-s auraient recours uniquement aux approches conventionnelles. À l'inverse, la médecine conventionnelle est vue comme la solution de priorité surtout dans le cas de problèmes cardiaques et de blessures. Toutefois, même dans ces cas-là, une part non négligeable de répondant-e-s aurait recours, dans une proportion plus ou moins importante, aux médecines complémentaires.

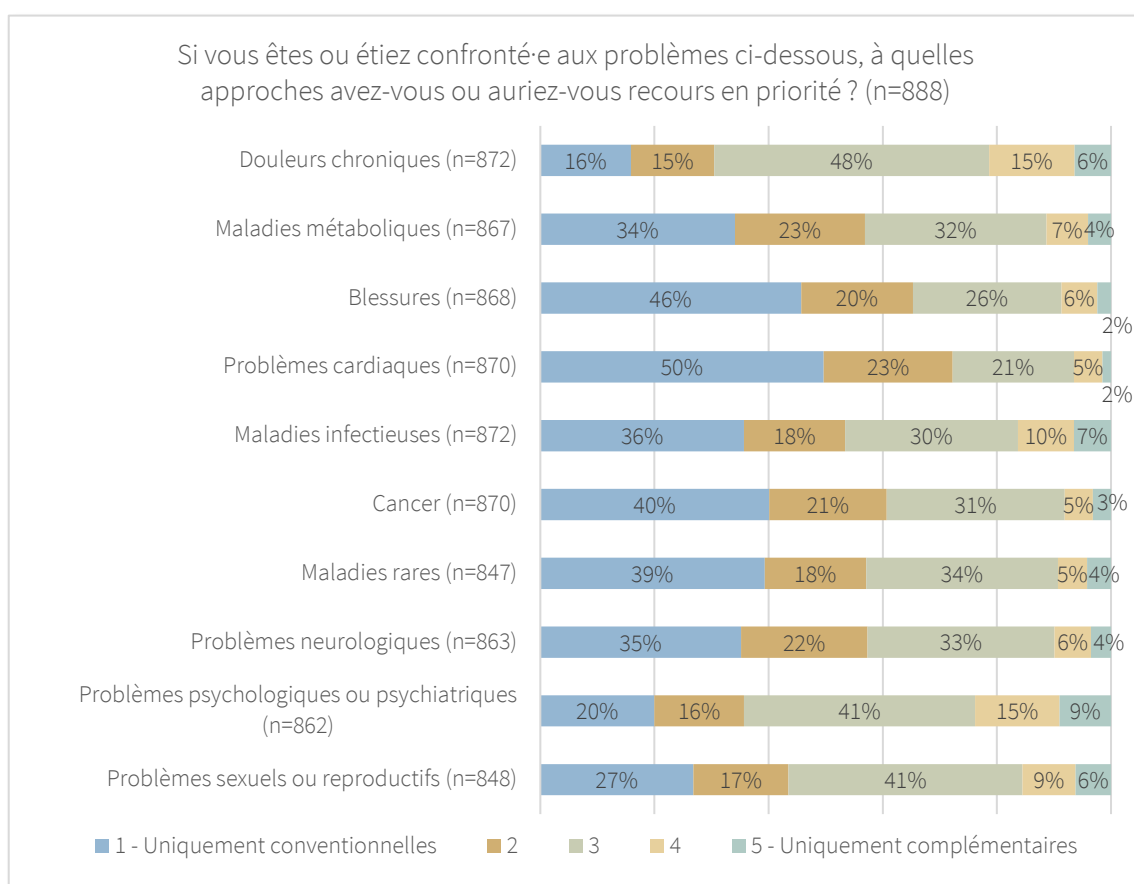


Figure 2 : Graphique représentant différents problèmes de santé et l'approche que les participant-e-s prioriseraient pour leur prise en charge.

Les résultats de l'ASCA sont relativement comparables pour les raisons du recours aux approches complémentaires, puisque la proportion des répondant-e-s ayant recours à ces approches ou qui les envisagerait est plus élevée pour le bien-être et les douleurs que lors d'un accident. En revanche, dans l'enquête de l'ASCA, les troubles psychologiques sont une des raisons où la proportion de personnes qui n'auraient pas recours aux approches complémentaires est la plus élevée, alors que dans la présente enquête c'est une des raisons où le recours aux approches complémentaires, que ce soit à un degré plus ou moins élevé, serait favorisé.

Comme le montre la figure 3, les éléments considérés comme importants dans le choix d'une thérapie sont principalement : la confiance dans les professionnel·le·s (98%), suivent ensuite, à égalité, les preuves scientifiques, les expériences personnelles, le nombre d'effets secondaires, ainsi que les recommandations des professionnel·le·s de santé (78%). À l'inverse, les médias, Internet et les réseaux sociaux sont considérés comme pas du tout importants pour faire un choix de recours à un traitement par 31% des personnes et peu importants par 38%. Les résultats détaillés sont présentés en annexe (cf. Annexe 5.11).

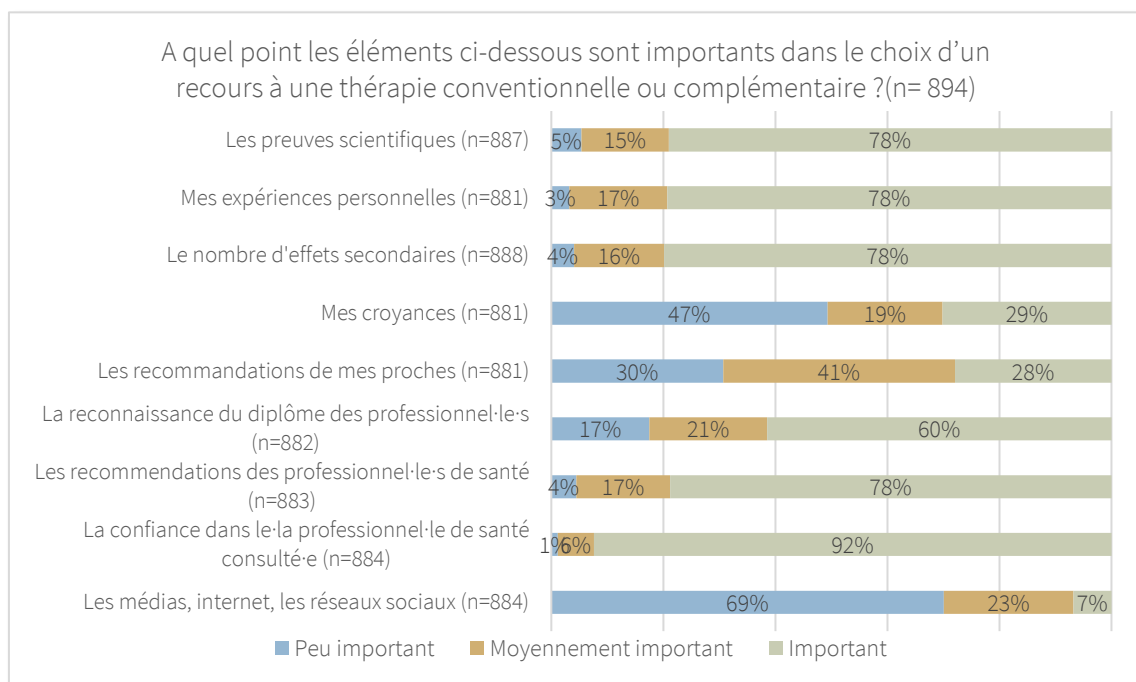


Figure 3 : Importance de différents éléments dans le choix d'un recours à une thérapie.

3.5.2.3 Recours et renonciation aux soins selon les profils

Le recours aux différentes approches, de même que la renonciation aux soins, semblent différenciés en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques ou relatives aux connaissances en santé.

Profils des personnes ayant recours aux méthodes complémentaires

Nous avons vu précédemment que parmi les répondant·e·s, 75% ont déjà eu recours à des méthodes complémentaires. Nous nous intéressons ici aux profils distinctifs, que ce soit en termes de revenu, de genre, d'état de santé ou de niveau socio-éducatif, des personnes qui recourent aux méthodes complémentaires comparativement à celles qui ne le font pas. Les tableaux des différents croisements présentés ici figurent en annexe (cf. Annexe 5.12).

On constate que la répartition du recours aux méthodes complémentaires est similaire entre les niveaux de revenus, à l'exception des personnes dont le salaire se situe entre 9'001 et 13'000 CHF qui y ont recours dans une proportion nettement supérieure (88%) que les autres catégories de revenu (moyenne 75%). Le recours chute particulièrement chez les personnes avec un revenu inférieur à 3'000 CHF par mois.

Pour les personnes avec un diplôme du tertiaire, on observe un plus grand usage des méthodes complémentaires (entre 78% et 86%). À l'inverse, pour celles et ceux qui n'ont aucune formation ou qui se sont arrêté·e·s après l'école obligatoire, la proportion y ayant recours baisse à respectivement 63% et 61%. On constate également une différence entre les sexes, puisque les hommes sont nettement moins nombreux à avoir recours aux méthodes complémentaires comparativement aux femmes (66% contre 84%).

S'agissant de l'état de santé perçue, il apparaît que celles et ceux dont la santé est jugée comme moins bonne utilisent moins les méthodes complémentaires (71% contre 77% pour les personnes en très bonne santé). Les personnes ayant une fonction de proches aidant·e·s ont, quant à eux/elles, davantage recours aux méthodes complémentaires (82%) que la moyenne (75%).

On constate également que les personnes les plus âgées, qui sont celles qui ont, de manière générale, le plus fréquemment eu recours aux approches conventionnelles au cours des douze mois précédant l'enquête, recourent moins fréquemment aux approches complémentaires que les personnes plus jeunes (cf. Annexe 5.13).

Profils et comportements des personnes ayant renoncé à des soins

Afin d'identifier des pistes d'actions allant dans le sens d'une santé plus intégrative, qui limite l'exclusion de certains profils de personnes des prestations de santé, il nous a semblé pertinent d'investiguer le profil des répondant·e·s ayant renoncé, pour des raisons financières, à certains soins au cours des douze mois précédant l'enquête (cf. Annexe 5.14). Cette situation concerne un quart des répondant·e·s, pour lequel·le·s la renonciation a surtout concerné les soins complémentaires (45%). Toutefois, une part importante des répondant·e·s (30%) a renoncé tant à des soins conventionnels que complémentaires.

Premièrement, en termes de profils, nous pouvons constater que, sans réelle surprise, ce sont les plus bas salaires qui ont davantage renoncé aux soins. A contrario, bien que la différence ne soit pas significative, les personnes ayant une formation universitaire ou d'une EPF semblent avoir moins renoncé aux soins que les membres des autres catégories. Les répondant·e·s qui ont renoncé à des soins sont également plus nombreux et nombreuses à ne pas connaître ce qui est inclus dans l'assurance de base comparativement à la moyenne.

En termes de comportements, les personnes qui ont été contraintes à renoncer à certains soins ont eu recours aux méthodes complémentaires dans une plus grande proportion (81%) que celles qui n'y ont pas renoncé (73%). Elles ont également plus recours aux services d'urgences (71%) que les autres (61%). En revanche, elles ont moins fréquemment souscrit à une assurance complémentaire (71%) que les personnes ayant pu avoir recours à l'ensemble des soins souhaités (80%).

3.5.3 Satisfaction

La majorité des répondant·e·s estime que ses problèmes de santé sont plutôt bien (58%) ou tout à fait bien (23%) traités et pris en compte. Seuls 4% des répondant·e·s pensent que ce n'est plutôt pas, voire pas du tout, le cas (cf. Annexe 5.15). On constate également que les personnes en très bonne santé sont plus promptes à répondre que leurs problèmes sont tout à fait pris en compte (36%), alors que ce pourcentage descend à 15% pour les personnes en moins bonne santé.

Lorsqu'on s'intéresse au niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge, ceci pour les différent·e·s professionnel·le·s de santé consulté·e·s (cf. Annexe 5.16), on observe que, de manière générale, la satisfaction est élevée et que les différent·e·s professionnel·le·s se distinguent peu. La moins bonne moyenne est attribuée aux services d'urgence, mais s'élève tout de même à 7,3 sur 10. À l'inverse, les thérapeutes utilisant des méthodes basées sur le corps et sa manipulation se démarquent légèrement, avec une évaluation moyenne de 8,8 sur 10. Les autres thérapeutes se situent entre 7,9 et 8,4.

Quant à la satisfaction par rapport au temps consacré dans le cadre des consultations, les moyennes sont également élevées. L'évaluation la plus faible est à nouveau attribuée aux services d'urgence (7,8), tandis que les thérapeutes utilisant des méthodes mobilisant les énergies ont une moyenne de 8,9 sur 10, mais ces derniers·ères ont été évalué·e·s par un faible nombre de répondant·e·s. Les autres thérapeutes obtiennent une moyenne entre 8,1 et 8,7.

Ainsi, la satisfaction moyenne pour les approches conventionnelles (en excluant les services d'urgence) ne se différencie pas de celle concernant les approches complémentaires. Pour la satisfaction moyenne concernant le temps consacré, la moyenne est légèrement plus élevée pour les approches complémentaires. Toutefois, cette différence reste faible.

3.5.4 Conception de la santé

Une partie du questionnaire était dédiée à la conception de la santé et du système de santé, tel qu'il est actuellement ou devrait l'être à l'avenir, en questionnant notamment les répondant·e·s sur le but des soins, les éléments influençant la santé et les freins actuels à une bonne prise en charge.

3.5.4.1 But des soins

Le but principal des soins est vu de manière hétérogène dans la population (cf. Annexe 5.17). En effet, la catégorie la plus fréquente, à savoir traiter/guérir la maladie, n'est choisie que par un peu plus d'un tiers des personnes (35%). En deuxième position vient le fait de permettre d'atteindre un bien-être physique, mental et spirituel (21% des répondant·e·s). Prendre en compte les besoins et priorités des patient·e·s vient en quatrième position.

On n'observe aucune différence significative dans le but attendu des soins selon l'état de santé perçu des répondant·e·s (cf. Annexe 5.17) ; avec tout de même une légère tendance à valoriser davantage la qualité de vie pour les répondant·e·s en moins bonne santé.

Dans le même sens, le fait d'avoir souffert ou d'avoir été traité·e pour une ou plusieurs maladies au cours des 12 mois précédant l'enquête semble être lié au fait de penser que les soins devraient avant tout permettre de maintenir une qualité de vie acceptable (15%) ; alors que 10% des personnes sans traitement ou maladie optent pour cette proposition. À l'inverse, 40% des personnes qui n'ont eu ni traitement ni maladie estiment que les soins se doivent de traiter/guérir la maladie, contre 32% des personnes ayant été malades. Cette différence pourrait s'expliquer par l'impossibilité de soigner à court terme certaines maladies auxquelles sont confronté·e·s les répondant·e·s, notamment les maladies chroniques, sans toutefois pouvoir le vérifier puisqu'il n'était pas demandé aux participant·e·s de renseigner le type de maladie dont ils·elles ont souffert.

3.5.4.2 Influence perçue de différents éléments sur la santé

Le facteur perçu comme influençant de façon forte ou majeure la santé (cf. Annexe 5.18) est l'hygiène de vie et les comportements individuels (83%, dont près de 40% qui pensent que ce facteur a un impact majeur). L'environnement et la génétique, de même que la relation aux proches et aux ami·e·s sont des aspects qui sont évalués comme ayant un fort impact sur la santé, par respectivement 63%, 54% et 48% des répondant·e·s.

D'après les analyses croisées, la perception de l'influence des facteurs ci-dessus diffère, dans la plupart des cas, selon le niveau socio-éducatif (cf. Annexe 5.19). Les personnes avec un niveau de formation plus élevé ont surtout tendance à dire plus souvent que l'hygiène de vie est un élément qui exerce une forte influence. Elles citent également plus souvent l'influence de l'environnement, ainsi que celle des croyances et de la spiritualité. Les personnes ayant un haut niveau de littératie en santé (défini ici par le fait de ne rencontrer aucune difficulté à compléter un formulaire médical) sont également plus nombreuses (85%) à mentionner un impact fort ou majeur de l'hygiène de vie sur la santé (cf. Annexe 5.20). Les personnes ayant un bas niveau de littératie ont, quant à elles, tendance à moins considérer l'environnement comme un facteur d'influence important (70%). De plus, 12% d'entre elles estiment que ce facteur n'a aucune influence sur la santé, alors que cette proportion est de 2% dans les deux groupes ayant un niveau de littératie supérieur.

3.5.4.3 Freins actuels à une bonne prise en charge

Une question de l'enquête visait à connaître quel(s) élément(s) étai(en)t considéré(s) comme des freins à une bonne prise en charge de la santé. Si 15% des répondant·e·s estiment qu'aucun élément présenté ne constitue un frein, les autres répondant·e·s ont sélectionné entre 1 et 8 freins (cf. Annexe 5.21). Les freins les plus fréquemment sélectionnés sont le coût des traitements (38%) et la difficulté à connaître les différentes options de soins possibles (31%).

A l'inverse, la qualité de la formation des professionnel·le·s de santé, la qualité de la relation avec ces derniers·ères, ainsi que la difficulté à expliquer ses problèmes de santé sont les freins les moins relevés (moins de 10% de mentions).

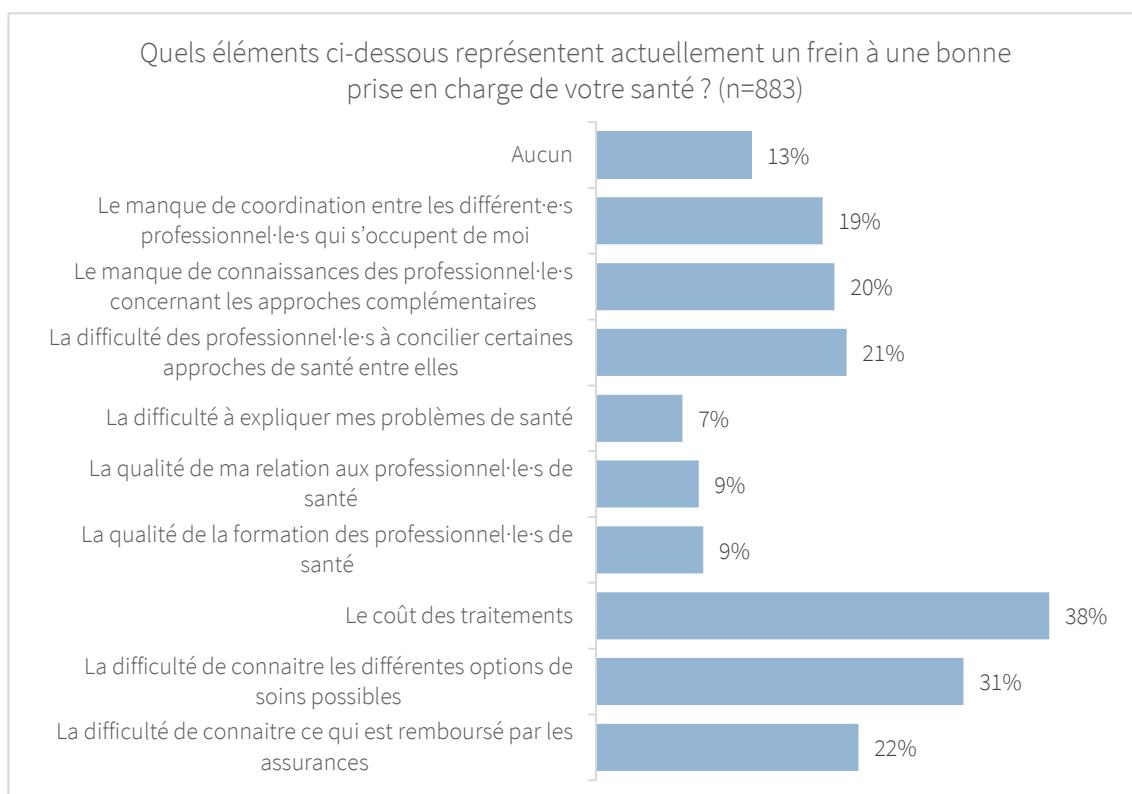


Figure 4 : Freins perçus à une bonne prise en charge de la santé

Par ailleurs, la perception des freins à une bonne prise en charge de la santé varie selon la catégorie de revenu et le niveau socio-éducatif (cf. Annexe 5.21). Le coût des traitements représente, évidemment, davantage un frein pour les ménages à plus bas revenu, de même que pour les personnes ayant complété uniquement l'école obligatoire. De leur côté, les ménages plus aisés (entre 9'000 et 13'000 CHF/mois) estiment que la difficulté de connaître les différentes options de soins est un problème, de même que le manque de connaissances des professionnel·le·s concernant les approches complémentaires et leur difficulté à concilier les approches entre elles. Ces deux derniers éléments sont également davantage mentionnés par les personnes au bénéfice d'une formation dans une haute école.

3.5.5 Attitude des proches et des médecins

Afin de mieux comprendre le lien entre les pratiques en matière de santé et les attitudes des proches et des soignant·e·s consulté·e·s par les répondant·e·s, une section du questionnaire était dédiée aux réactions de l'entourage et des professionnel·le·s concernant les approches complémentaires.

Ainsi, parmi les répondant-e-s ayant déjà eu recours à des approches complémentaires, une majorité indique être encouragée dans son choix par son entourage (53%). Pour 18%, l'entourage est indifférent à cette décision et 15% n'en discutent pas avec leurs proches. 8% déclarent tout de même que leur entourage est sceptique/hésitant face à leur choix.

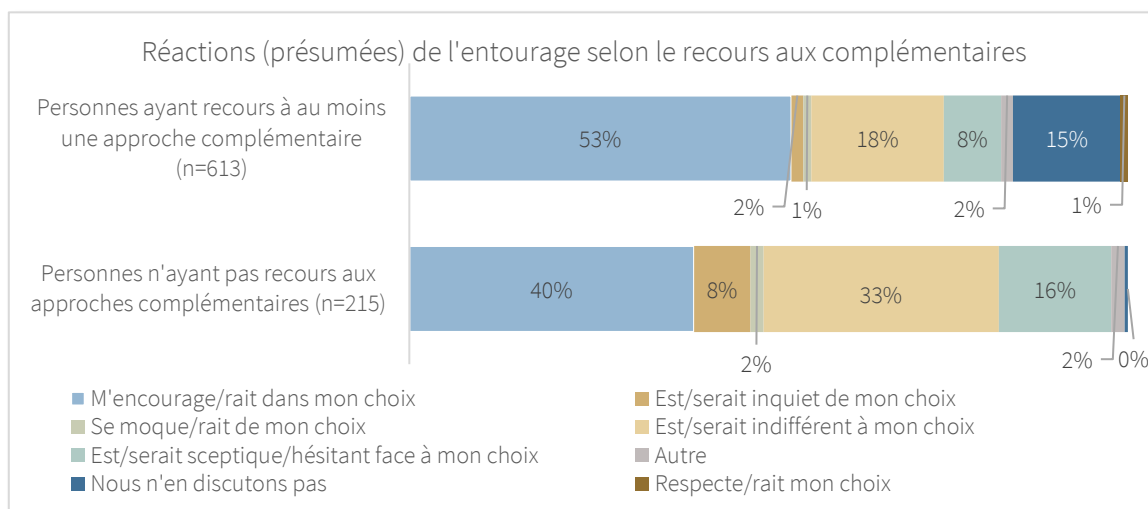


Figure 5 : Réactions (ou réactions attendues) de l'entourage lorsque le recours aux approches complémentaires est (ou serait) abordé.

Les répondant-e-s n'ayant pas eu recours à des méthodes complémentaires estiment moins souvent que leur entourage les encouragerait (40%). Les réactions négatives augmentent également, puisque 16% considèrent que leur entourage serait sceptique ou hésitant face à cette décision, alors que pour 8% celui-ci s'en inquiéterait.

Concernant l'aisance à discuter d'un potentiel recours aux approches complémentaires avec son médecin (cf. Annexe 5.22), une part importante des répondant-e-s se sent ou sentirait très à l'aise (30%) ou plutôt à l'aise (37%) de le faire. Seule une minorité estime qu'ils-elles seraient plutôt (6%) ou même très (1%) mal à l'aise. Ce résultat peut être mis en parallèle avec l'enquête de l'ASCA qui met en évidence que 58% des répondant-e-s romand-e-s informent leur médecin traitant de leurs consultations avec des thérapeutes non-médecins.

Les personnes n'ayant pas eu recours à des méthodes complémentaires sont significativement moins nombreuses à se dire très à l'aise dans cette discussion avec leur médecin (24% contre 33% des personnes ayant eu recours à des méthodes complémentaires).

3.5.5.1 Éléments pris en considération lors des consultations

Une question de l'enquête interrogeait les répondant-e-s sur les éléments qu'ils percevaient comme pris en considération lors de leurs consultations en médecine conventionnelle et en approches complémentaires.

Comme le montre la figure 6, 91% des répondant-e-s estiment que le traitement de la maladie et de ses symptômes est ce qui est le plus pris en compte lors d'une consultation chez un-e médecin spécialiste ou un-e médecin traitant. Viennent ensuite les précédentes consultations médicales (72%), le mode de vie (66%) et la santé mentale (50%).

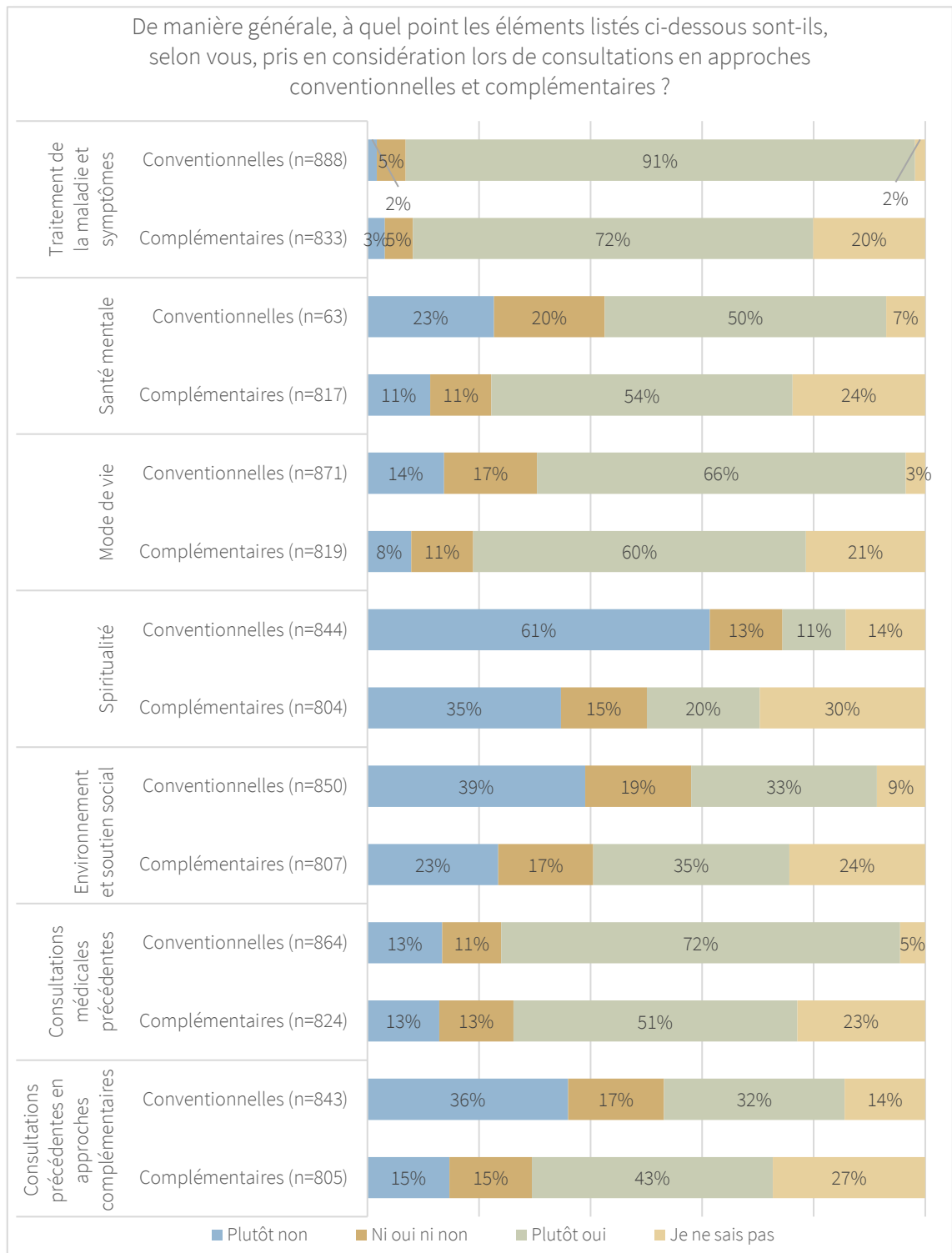


Figure 6 : Aspects pris en compte dans la prise en charge conventionnelle et complémentaire

Lors d'une consultation en médecine complémentaire, le traitement de la maladie et des symptômes serait moins pris en compte, mais cet effet est principalement dû à une grande proportion de « Je ne sais pas » (20%), venant principalement des personnes n'ayant pas eu recours à ces approches. Un cas de figure similaire apparaît pour les précédentes consultations médicales. En faisant abstraction des personnes n'ayant pas d'opinion, tous les autres aspects sont nettement plus souvent mentionnés comme pris en compte dans le cadre de la médecine complémentaire. C'est surtout proportionnellement le cas pour l'aspect de la spiritualité.

Dans une volonté de mieux connaître la perception des proches aidant·e·s et des personnes aidées sur la prise en compte de l'environnement et du soutien social, les résultats de cette dimension ont été croisées avec le statut d'aidant·e/aidé·e. Ainsi, on constate que les proches aidant·e·s, de même que les personnes aidées considèrent davantage que l'environnement et le soutien social sont pris en considération, que ce soit lors des consultations en approches complémentaires ou conventionnelles, que les personnes n'ayant pas l'un ou l'autre statut (cf. Annexe 5.23).

3.5.6 Attentes, avis et besoins en matière de santé intégrative

Cette partie adresse les attentes des répondant·e·s quant à leur rôle dans le système de santé ainsi que leurs besoins et souhaits pour le futur, à travers des questions directes, alors que la dernière partie des résultats sera consacrée aux souhaits des répondant·e·s exprimés de manière indirecte au travers des vignettes.

3.5.6.1 Rôle perçu et souhaité

Concernant le rôle joué par les répondant·e·s dans le système en vigueur, ils·elles indiquent que leur rôle actuel est important surtout dans le choix des professionnel·le·s à consulter (62%), mais aussi dans le choix des orientations thérapeutiques (51%), la coordination de leurs soins (47%) et le choix des traitements (46%). Le rôle dans le choix des moyens de diagnostic est sans grande surprise, celui où le rôle est perçu comme le moins important, avec tout de même 34% de personnes qui voient leur rôle comme important et seulement 11% des personnes voient leur rôle comme très faible. Une grande majorité des personnes ont donc l'impression d'avoir un rôle non négligeable dans les différents aspects du système de santé actuel.

Cependant, on voit également dans la figure 7 que les personnes souhaitent avoir un rôle plus important dans tous les domaines, montrant une certaine insatisfaction avec le système actuel, malgré une implication déjà assez importante. Toutefois, il y a une certaine cohérence entre le rôle actuel et souhaité, et aucun aspect ne ressort fortement comme étant un domaine où la demande d'augmentation d'importance du rôle soit extrêmement forte. Les augmentations les plus importantes concernent la coordination des soins et le choix des traitements, qui sont de 79% et 78% respectivement. Très peu de personnes souhaitent un rôle faible, le choix du moyen de diagnostic se démarquant ici avec 9% des personnes ayant ce souhait.

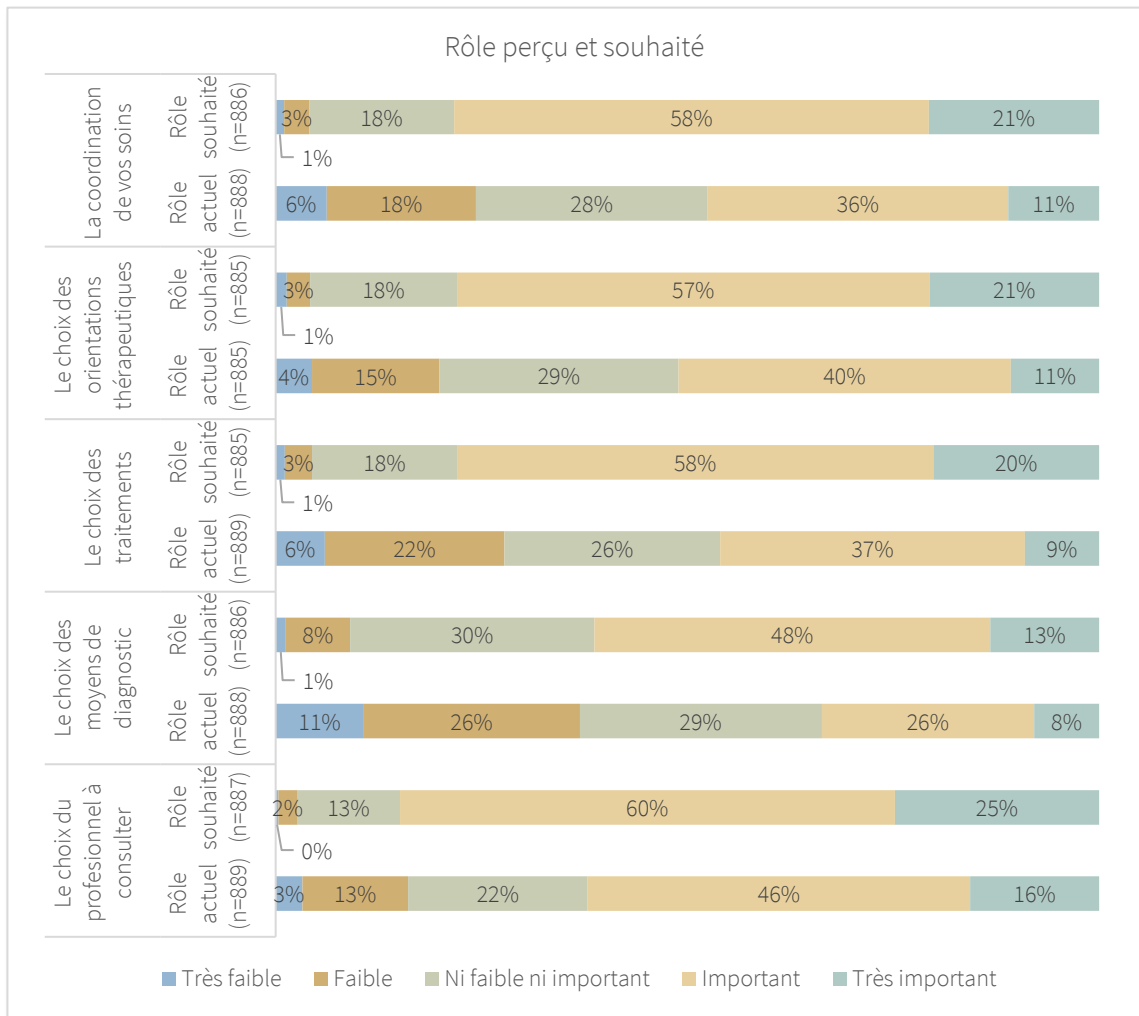


Figure 7 : Rôle joué actuellement par les répondant·e·s dans différents aspects de la prise en charge et souhaits des participant·e·s quant au rôle à jouer dans le futur.

D'après les analyses croisées, le rôle perçu dans certains aspects de la prise en charge est différent en fonction de l'âge des répondant·e·s. Les moins de 50 ans estiment généralement jouer un moins grand rôle que les plus de 50 ans dans toutes les dimensions, sauf dans le choix des professionnel·le·s à consulter.

Similairement, le rôle souhaité varie aussi selon la catégorie d'âge. En effet, les moins de 35 ans souhaitent jouer un rôle moins important que les autres, notamment dans la coordination des soins et le choix des moyens de diagnostic.

3.5.6.2 Besoins, souhaits

Par rapport aux besoins que les personnes pourraient avoir concernant le système de santé, toutes les propositions incluses dans la figure 8 sont plébiscitées par la moitié des répondant-e-s ou plus. La demande la plus importante est celle d'avoir leurs avis pris en compte par les professionnel-le-s de santé consulté-e-s, avec plus d'un tiers des répondant-e-s (36%) estimant en avoir tout à fait besoin et 52% plutôt besoin. Vient ensuite le besoin que soient proposées des solutions qui ne soient pas uniquement des approches conventionnelles, que 34% estiment être tout à fait un besoin et 45% plutôt un besoin. Ces résultats montrent à quel point une approche qui prend en compte la personne dans sa globalité et qui intègre les différents types de médecines sont des besoins ressentis comme prioritaires par une grande majorité de la population. Le besoin de parler avec d'autres personnes ayant vécu les mêmes problèmes de santé et le dossier informatisé du ou de la patient-e sont plus clivants, même si une majorité y reste favorable.

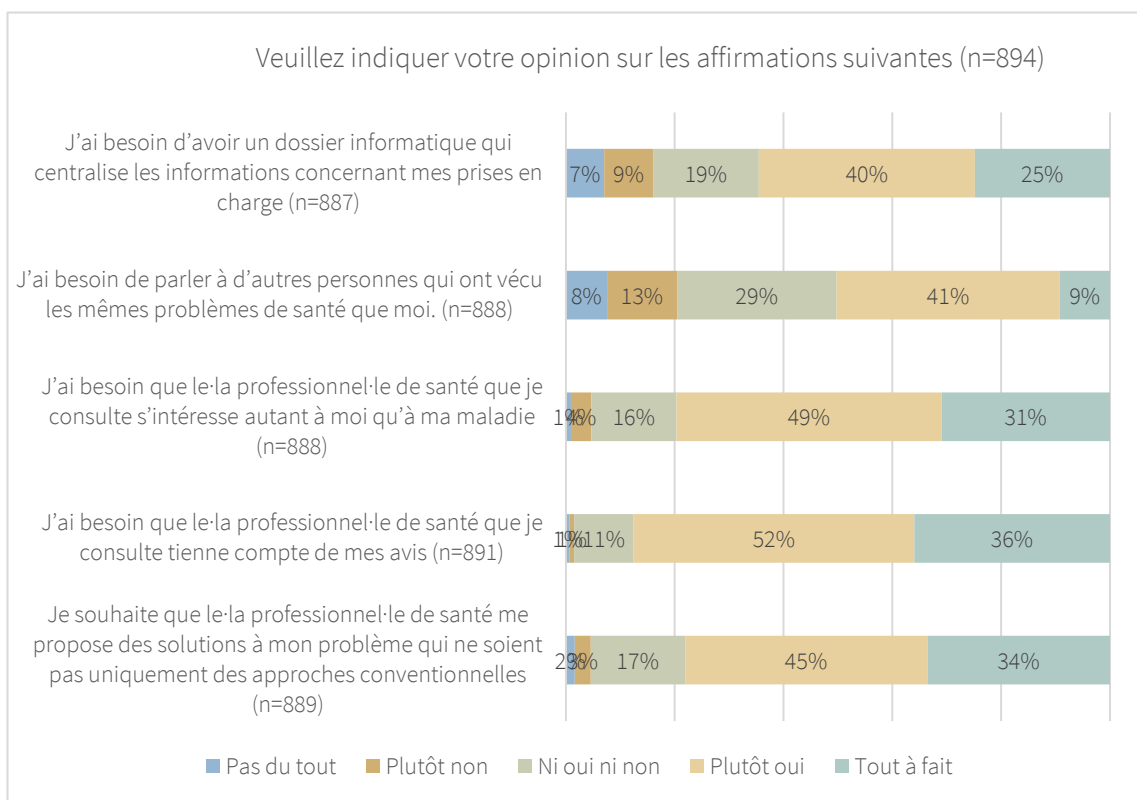


Figure 8 : Opinion des participant-e-s quant à différents besoins pour leur prise en charge.

Les répondant-e-s sont globalement très favorables aux stratégies de prises en charge proposées dans l'enquête pour aller dans la direction d'une santé intégrative (voir figure 9). Avoir à disposition quelqu'un qui a une vision globale des approches possibles et qui serait capable de renseigner les personnes sur les options de prises en charge est la stratégie qui serait la plus désirable (81%), suivie par un système de soin mettant l'accent sur la prévention (79%). La stratégie divisant le plus les répondant-e-s est le système de bonus financier qui servirait à valoriser la promotion de la santé : 51% y auraient plutôt ou tout à fait recours et 25% n'y auraient plutôt pas ou pas du tout recours.

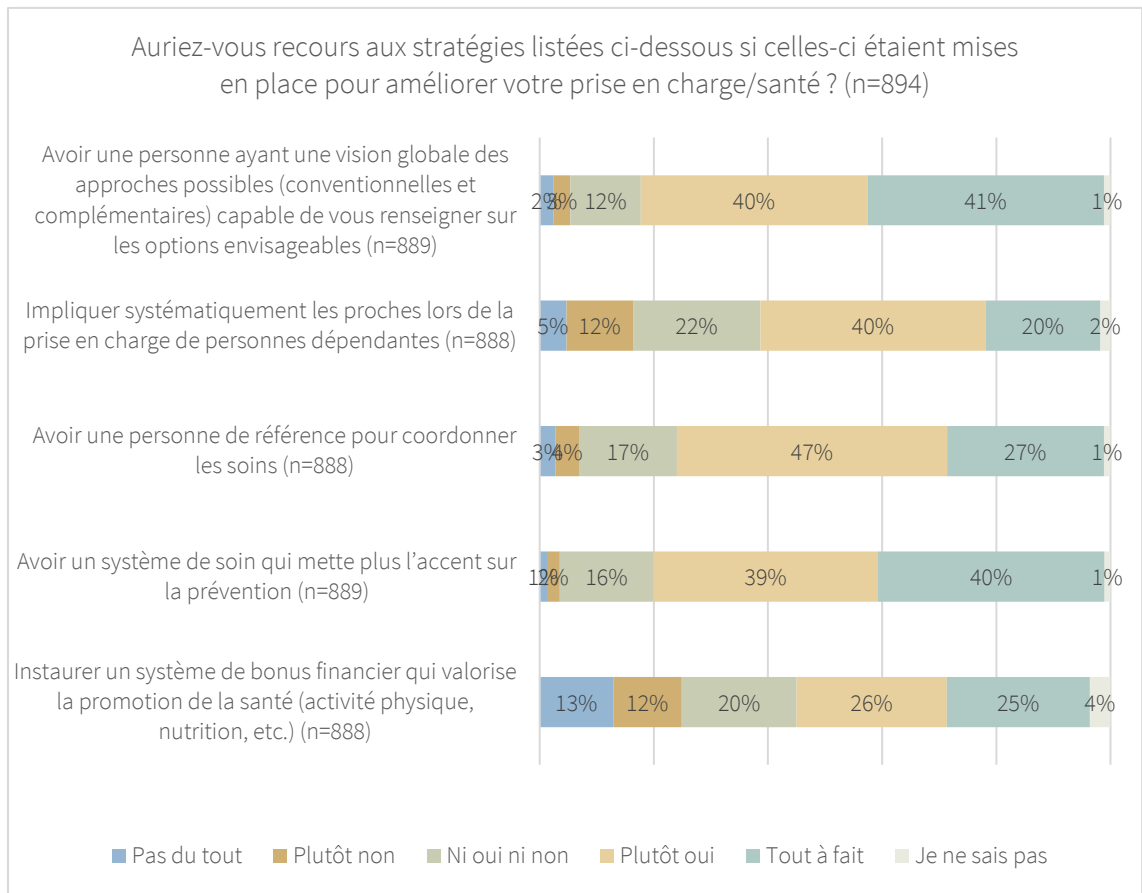


Figure 9 : Graphique de la volonté des participant-e-s de recourir aux stratégies proposées ci-dessus.

Les personnes ayant un niveau de littératie autoreporté plus bas, documenté via la question de l'aisance à compléter un formulaire médical, tendent à souhaiter davantage avoir une personne ayant une vision globale des approches et avoir une personne de référence pour coordonner les soins. Toutefois, en raison du faible nombre de personnes ayant indiqué avoir des difficultés à remplir un formulaire médical, ces résultats doivent être considérés avec précaution.

3.5.7 Préférences concernant les caractéristiques de prise en charge

3.5.7.1 Analyse des vignettes : modalités préférées

L'analyse des vignettes a pour objectif de mettre en évidence les dimensions et les modalités préférées des répondant-e-s grâce à l'analyse des scénarios choisis. Les analyses peuvent se faire en utilisant directement les coefficients de régression rapportés sous forme de odds ratio (OR) (différence de probabilité de choix d'une modalité au sein d'une dimension comparativement à la modalité de référence) ou, pour une lecture plus parlante, la « Willingness To Pay » (WTP) (prix que l'on est prêt à payer pour le passage d'une modalité à une autre).

Grâce aux odds ratio, présentés dans le tableau suivant, il est possible de savoir, pour chaque dimension, la probabilité de choisir un scénario lorsque chaque modalité est présentée, comparativement à la probabilité de choisir ce même scénario si la modalité de référence était présentée à la place.

N°	Dimension	Modalités comparées	Odds ratio
1	Éléments pris en compte lors de la prise en charge	Uniquement physique	<i>Modalité de référence</i>
		Physique + environnement social	1,67 ***
		Physique + mental	1,69 ***
		Physique + mode de vie	1,84 ***
		Votre personne dans sa globalité	2,01 ***
2	Approches utilisées dans la prise en charge	Uniquement conventionnelles	<i>Modalité de référence</i>
		Autant conventionnelles que complémentaires	1,83 ***
		Principalement complémentaires	0,89
		Principalement conventionnelles	1,29 ***
		Uniquement complémentaires	0,71 ***
3	Fondements principaux des traitements utilisés	Preuves scientifiques	<i>Modalité de référence</i>
		Expérience pratique	1,09
		Intuitions et/ou croyances	0,42 ***
		Preuves scientifiques et expérience pratique	1,54 ***
4	Temps à disposition pour exposer sa situation	Temps limité	<i>Modalité de référence</i>
		Temps libre	2,12 ***
		Temps suffisant	2,23 ***
5	Rôle dans la consultation et le suivi	Guidé	<i>Modalité de référence</i>
		Autonome	0,94
		Collaboratif	1,39 ***
6	Échanges d'informations entre les professionnel·le·s impliqué·e·s	Aucun échange d'informations	<i>Modalité de référence</i>
		Au sein d'une même profession/établissement	1,62 ***
		Entre toutes les personnes qui vous suivent	2,18 ***

Ainsi, pour les éléments pris en considération lors de la prise en charge (dimension n°1), on peut voir que la prise en compte de tout autre élément que l'aspect physique seul — qui est la catégorie de référence — est très appréciée. En effet, toutes les modalités proposées sont significativement plus susceptibles d'être choisies qu'une prise en charge « uniquement physique », avec une augmentation de probabilité du choix du scénario d'environ 70% pour l'inclusion de l'environnement social ou de l'aspect mental, 84% pour l'inclusion du mode de vie et 100% pour la prise en compte de la personne dans sa globalité. Par ailleurs, cette dernière dimension se distingue significativement des prises en charge axées sur l'environnement social et sur le mental, alors qu'elle ne se distingue pas significativement de la prise en charge axée sur le mode de vie.

Concernant les approches utilisées dans la prise en charge (dimension n°2), l'option d'utiliser des approches tant conventionnelles que complémentaires se démarque significativement des autres avec 83% d'augmentation de probabilité du choix par rapport au fait de n'avoir recours qu'à des approches conventionnelles. Sans surprise, l'option de recourir uniquement aux approches complémentaires est l'option la moins appréciée. Il est intéressant de noter qu'il y a une nette préférence pour un équilibre entre les deux types d'approches par rapport au recours aux médecines conventionnelles principalement.

La préférence des répondant·e·s s'agissant des fondements principaux des traitements utilisés dans leur prise en charge (dimension n°3) est clairement l'expérience pratique et les preuves scientifiques. La combinaison de ces deux aspects est très nettement préférée aux preuves scientifiques seules (54% de probabilité en plus). Par ailleurs, l'expérience pratique seule est, elle, appréciée de façon équivalente aux preuves scientifiques seules, avec même une très légère tendance à la préférence. Ces deux résultats montrent à quel point l'aspect de l'expérience pratique est primordial pour les personnes. De toutes les modalités présentées dans les vignettes (toutes dimensions confondues), la modalité proposant de fonder principalement les traitements sur les intuitions et/ou les croyances est celle qui correspond le moins au souhait des personnes.

Les répondant·e·s ont aussi montré à quel point le temps à disposition (dimension n°4) leur est important. Ils·elles sont plus de deux fois plus enclin·e·s à choisir l'option d'avoir un temps libre ou suffisant en comparaison à avoir un temps limité pour exposer la situation lors d'une consultation. Les deux premières modalités ne diffèrent toutefois pas significativement l'une de l'autre, probablement en raison de la faible différence perçue entre les deux termes utilisés.

S'agissant du rôle qu'ils·elles souhaitent jouer dans leur prise en charge (dimension n°5), seule l'option de travailler en collaboration avec le ou la médecin est plus attrayante pour les répondant·e·s que l'option d'être « guidé·e·s ». Le fait d'être autonome plait d'ailleurs également significativement moins que le travail collaboratif avec les professionnel·le·s de santé et ne se démarque pas de l'option d'être guidé·e.

Les personnes accordent également une grande importance à l'échange d'informations (dimension n°6) et préfèrent que celles-ci soient partagées par tou-te-s les intervenant-e-s impliqué-e-s dans le traitement et non seulement à l'intérieur d'un seul établissement ou d'une profession. La première option fait plus que doubler la probabilité du choix du scénario, alors que l'augmentation est de 62% pour la dernière.

3.5.7.2 Analyse des vignettes : importance relative des différentes dimensions

La figure 10 représente visuellement la différence de prix absolue théorique que les répondant-e-s sont prêt-e-s à mettre en plus par mois entre la modalité la plus et la moins souhaitable, et ceci pour chaque dimension. Cette analyse permet de mettre en évidence de manière claire les dimensions qui ont le plus d'importance dans le choix d'un scénario.

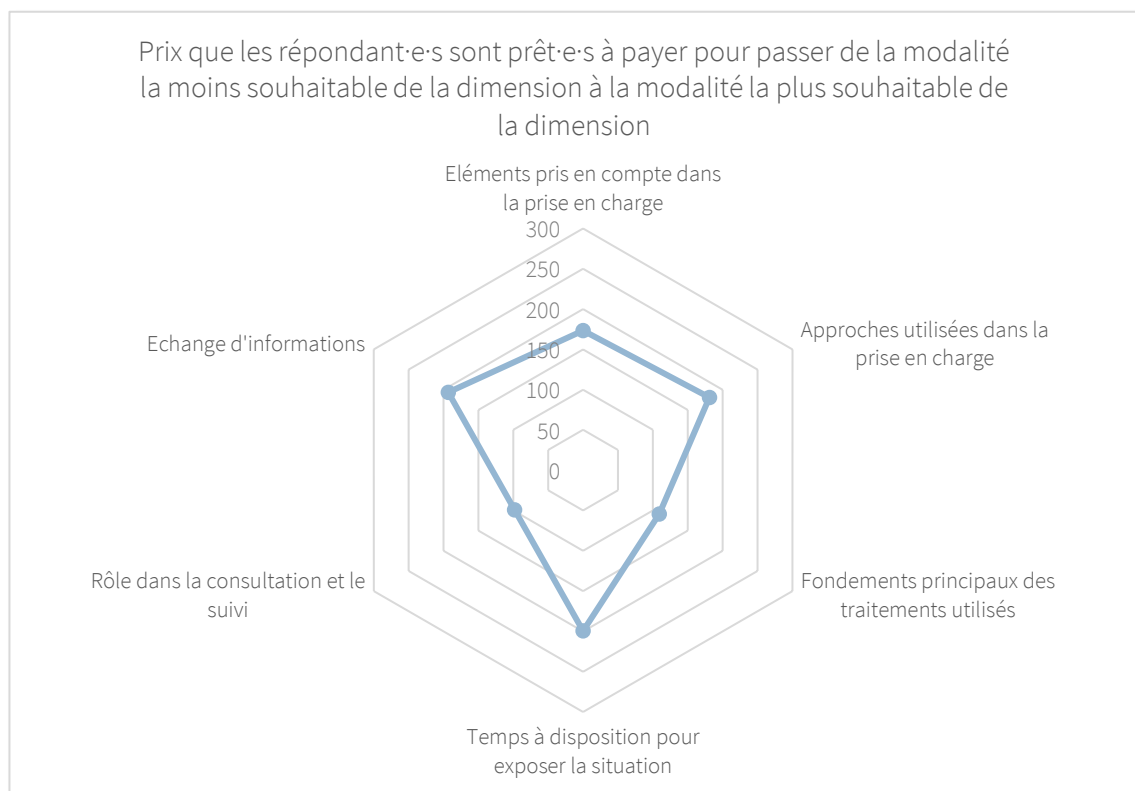


Figure 10 : Graphique représentant la Willingness To Pay des participants pour les différentes dimensions proposées.

En excluant de nos analyses les modalités qui ont peu de probabilité d'exister dans un système de santé futur (comme le fait de n'être pris en charge qu'avec des méthodes complémentaires ou avec des méthodes basées sur les croyances), il apparaît que le temps à disposition et les échanges d'informations entre professionnel-le-s sont les dimensions les plus importantes dans le choix des scénarios. Celles-ci sont suivies de près par les éléments pris en compte dans la prise en charge et les approches utilisées. Pour chacune de ces quatre dimensions, la valeur perçue, pour passer de la modalité la moins appréciée à la plus appréciée est proche de 200 CHF par mois.

Le rôle des répondant·e·s dans la consultation et leur suivi, de même que les fondements principaux de la prise en charge ont, quant à eux, une valeur perçue d'environ 100 CHF par mois. Il est important de préciser que les montants indiqués ne veulent pas dire que les personnes sont réellement prêtes à payer cette somme en plus des coûts actuels, car la situation actuelle n'est pas forcément l'option la moins appréciée. Cependant, il s'agit d'une manière de rendre plus concrète et visuelle la valeur relative que les personnes attribuent aux différentes dimensions telles qu'elles sont présentées dans les vignettes.

3.5.7.3 Analyse des vignettes : préférences selon les profils

Les vignettes donnant des résultats pour l'ensemble des répondant·e·s, des analyses supplémentaires sont nécessaires afin de mettre en évidence des différences de préférence selon les sous-groupes.

Différences de préférences selon le sexe

D'après les analyses d'interactions, nous avons pu observer des différences significatives entre les sexes sur les deux premières dimensions des vignettes, c'est-à-dire les éléments et les approches pris en compte dans la prise en charge.

Tout d'abord, la modalité « physique et mental » est plus importante pour les femmes que pour les hommes. Il y a aussi une tendance à ce que la prise en compte de la personne dans sa globalité soit plus importante pour les femmes.

Ensuite, s'agissant des approches utilisées dans la prise en charge, les femmes donnent plus d'importance aux options « principalement complémentaires » et « uniquement complémentaires ». Elles ont aussi une tendance à choisir davantage l'option « autant conventionnelles que complémentaires », bien que cette différence avec les hommes ne soit pas significative.

Différences de préférences selon le niveau socio-éducatif

Afin de déterminer si des différences existaient dans les préférences de modalités selon le niveau d'éducation, nous avons regroupé les répondant·e·s en deux catégories : haut et bas niveau d'éducation. Dans le premier ensemble, nous retrouvons les personnes ayant une formation universitaire ou d'une haute école, tandis que dans le deuxième se trouvent les personnes sans formation, une formation uniquement primaire, secondaire ou une formation professionnelle.

Il ressort que les répondant·e·s avec un niveau éducatif plus élevé donnent moins d'importance spécifiquement à la modalité « Votre personne dans sa globalité » et considèrent cette catégorie comme ayant la même attractivité que la combinaison de l'aspect physique et du mode de vie.

S'agissant des approches qui sont utilisées dans la prise en charge, aucune interaction ne s'est avérée statistiquement significative. Néanmoins, il y a une tendance, pour les personnes ayant un haut niveau d'éducation, consistant à choisir les scénarios avec des approches « autant conventionnelles que complémentaires » et « principalement complémentaires ».

Enfin, le rôle que souhaitent jouer les personnes dans leurs consultations et leurs suivis varie significativement selon le niveau socio-éducatif. En effet, les personnes avec un niveau plus élevé de formation optent plus facilement pour un rôle autonome et collaboratif.

Différences de préférences selon la littératie en santé

Aucune différence de préférence n'est statistiquement significative pour la littératie en santé (mesurée ici par l'absence de connaissance des prestations incluses dans l'assurance de base), à l'exception de la troisième dimension (fondements principaux des approches utilisées dans la prise en charge). En effet, les répondant·e·s n'ayant pas du tout connaissance des prestations incluses dans l'assurance de base ont moins tendance à sélectionner les scénarios où le fondement est la combinaison des preuves scientifiques et de l'expérience pratique que les répondant·e·s ayant connaissance, au moins partiellement, des prestations incluses dans l'assurance maladie de base. Une tendance peut également être observée en ce qui concerne le rôle joué par les répondant·e·s. Là aussi, les répondant·e·s ayant un faible niveau de littératie sont moins enclin·e·s à sélectionner le rôle collaboratif que les autres répondant·e·s.

Différences de préférences selon le recours aux complémentaires

Si l'on s'intéresse aux différences en termes de choix en fonction du recours ou non aux méthodes complémentaires par le passé, l'on constate qu'une différence significative est observable uniquement sur la dimension relative à l'approche proposée. Ainsi, sans vraie surprise, les personnes ayant déjà eu recours aux méthodes complémentaires sont plus enclines à sélectionner des scénarios où l'approche proposée est soit uniquement complémentaire, soit principalement complémentaire, soit autant conventionnel que complémentaire, comparativement aux personnes qui n'ont pas eu recours aux méthodes complémentaires jusqu'ici.

Une tendance se dégage également en ce qui concerne la dimension du rôle joué, où les personnes ayant déjà eu recours aux complémentaires sélectionnent davantage le rôle collaboratif que les personnes qui n'ont encore jamais eu recours aux complémentaires.

Différences de préférences selon le revenu du ménage

Finalement, lorsqu'on analyse les choix au sein des dimensions en fonction du revenu du ménage des répondant·e·s, on constate que les personnes ayant un bas revenu mettent plus de poids sur le fait d'avoir un temps libre ou suffisant lors des consultations comparativement aux personnes ayant un revenu plus élevé.

4 Analyse et discussion des résultats

Comme on le constate à la lecture des résultats, cette enquête populationnelle sur la santé intégrative se révèle riche, à la fois dans les thématiques abordées, les réponses obtenues et les analyses croisées réalisées. Afin de donner corps à la définition du concept de santé intégrative, issue de la phase qualitative, les différents indicateurs étudiés, et leurs résultats, ont été regroupés pour discussion selon les trois dimensions qui définissent la santé intégrative. En préambule, il nous a semblé intéressant de revenir sur certains éléments de la perception de la santé et du système de soins actuel.

4.1 Perception de la santé et du système actuel

La satisfaction globale par rapport à la prise en charge des problèmes de santé est bonne pour 81% des répondant·e·s (58% plutôt bonne, 23% tout à fait bonne). Ce résultat est un peu plus faible que celui indiqué pour la Suisse dans le dernier panorama de la santé de l'OCDE³⁶. En effet, selon ce rapport plus de 90% des Suisse·sse·s sont satisfait·e·s de leur système de santé. Cet écart tient peut-être au fait que la question posée dans notre enquête est plus directe et concerne la prise en charge des problèmes de santé et non pas le système dans son ensemble. On peut également mettre cet écart en perspective avec le fait que 85% des répondant·e·s à notre enquête identifient un ou plusieurs freins à une bonne prise en charge. Les freins identifiés sont de deux ordres, d'une part un ensemble de difficultés relatives à la coordination des soins, la conciliation des approches conventionnelles et complémentaires et la connaissance des différentes options thérapeutiques par les professionnel·e·s autant que par la population. D'autre part, des freins d'ordre financier, essentiellement le coût des traitements et la méconnaissance des soins remboursés par les assurances.

Il peut être étonnant de constater que le but des soins est vu de façon hétérogène par la population interrogée alors que les autres dimensions relatives à la perception de la santé et du système de soins obtiennent des réponses plus homogènes, exception faite pour les catégories socio-économique et socio-professionnelle les plus faibles. Ainsi, le but des soins est pour un tiers des répondant·e·s de guérir / traiter la maladie et pour un cinquième d'atteindre un bien-être physique, mental et spirituel. Notons que les personnes souffrant de problèmes de santé récurrents sont plus nombreuses (15%) à viser la qualité de vie comme but des soins que les personnes en bonne santé (10%). On peut voir derrière ces résultats le sentiment largement exprimé lors des entretiens qualitatifs que le traitement de la maladie doit rester un objectif important, mais qu'il ne doit pas être le seul. Doit s'y ajouter en effet la prise en compte de la personne dans tous ses aspects, biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. C'est, par ailleurs, une des attentes des participant·e·s à l'enquête par rapport à la santé intégrative.

³⁶ OCDE. *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>.

Parmi les stratégies d'évolution, celle d'un système de santé davantage centré sur la prévention est choisie par 79% des répondant·e·s, ce qui témoigne d'un vrai souhait à cet égard. Ce choix de stratégie est cohérent avec la prise de conscience de l'importance de l'hygiène de vie et des comportements individuels sur la santé par 83% des répondant·e·s.

4.2 Articulation des paradigmes de soins

Nos résultats sont assez comparables à ceux d'autres enquêtes en matière de recours aux médecines complémentaires et confirment qu'une part non négligeable de la population romande y fait appel. En effet, 38% de nos répondant·e·s ont eu recours au moins une fois à une approche complémentaire au cours des 12 derniers mois, ce qui correspond aux résultats obtenus pour la Romandie dans l'enquête suisse sur la santé de 2017 (OFS)³⁷. Par ailleurs, les différences constatées avec l'enquête menée par la Fondation Suisse pour les Médecines Complémentaires (ASCA)³⁸ en 2021 s'expliquent probablement par le fait que l'enquête de cette fondation se focalise sur le recours occasionnel ou régulier, alors que la présente enquête s'intéresse à tout recours, même s'il a été unique. Ainsi 75% de nos répondant·e·s ont déjà eu recours à une thérapie complémentaire, tandis qu'ils-elles sont 65% dans l'enquête de l'ASCA.

On constate également une forme de normalisation du recours aux médecines complémentaires. Une majorité de personnes est à l'aise ou très à l'aise pour en discuter avec son médecin (67%) et a le soutien de ses proches dans cette démarche de soins (53%). Il semble qu'on assiste à une évolution du recours aux médecines complémentaires dans la mesure où les patient·e·s semblent plus enclin·e·s à en parler avec leur médecin et les professionnel·e·s plus ouvert·e·s à la discussion. En effet, dans une enquête publiée en 2014, le Centre de médecine intégrative et complémentaire du CHUV³⁹ mettait en évidence que 77% des personnes qui y avaient recours ne le disaient pas à leur médecin. De même, dans une méta-analyse publiée en 2019, Foley et al.⁴⁰ mettaient encore en évidence une forte tendance des patient·e·s à ne pas informer leur médecin de ce type de recours. Les principales raisons évoquées étant le manque de temps lors de la consultation, le fait que les médecins ne posent pas la question ou que les patient·e·s ne pensent pas à leur en parler, la faible connaissance des professionnel·e·s et la peur de la désapprobation du médecin. Ce sont des éléments que nous retrouvons dans les attentes et souhaits de la population interrogée.

³⁷ OFS. (2019, 28 février). *Une personne sur deux en Suisse prend des médicaments chaque semaine*. Communiqué de presse. Disponible ici: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.7486440.html>

³⁸ ASCA (2021). *Etude auprès de la population suisse concernant les médecines complémentaires*. Présentation non-publiée.

³⁹ Schneider, S., Graz, B., Rodondi, P. Y., & Bonvin, E. (2014). Attitudes des médecins généralistes envers les médecines complémentaires et besoins de formation. Résultats d'une enquête suisse. *Pédagogie Médicale*, 15(2), 157-160.

⁴⁰ Foley, H., Steel, A., Cramer, H., Wardle, J., & Adams, J. (2019). Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 9(1), 1-17.

Un des intérêts de cette étude est qu'elle met en évidence que les différentes approches thérapeutiques sont pour la majorité des répondant·e·s perçues comme complémentaires et non comme exclusives. L'usage des médecines complémentaires se fait en parallèle aux approches conventionnelles pour 50% des répondant·e·s, à la place de ces dernières, ou en dernier recours, pour 14% seulement. Il serait intéressant de réinterroger la profession médicale à cet égard, puisque dans l'enquête du CHUV citée précédemment, les médecins qui conseillaient le recours aux médecines complémentaires, dont la proportion était faible, le faisaient lorsqu'ils-elles ne pouvaient plus proposer d'autres solutions à leurs patient·e·s.

La population interrogée exprime un réel souhait de disposer d'une combinaison des différentes approches thérapeutiques, comme le démontrent les deux indicateurs suivants. 79% des répondant·e·s souhaitent que les professionnel·le·s de santé proposent des solutions qui ne soient pas uniquement des approches conventionnelles. 81% souhaitent disposer d'un·e interlocuteur·trice ayant une vision globale des approches possibles (conventionnelles et complémentaires). Si le souhait d'une combinaison des approches est présent pour les différents problèmes de santé évoqués dans le questionnaire, la proportion varie cependant en fonction du type de pathologie. Ce sont les problématiques aiguës, comme les problèmes cardiaques, pour lesquelles le recours à une approche combinée est le plus faible, mais néanmoins important (48% des répondant·e·s). À l'inverse, le recours le plus important à une approche combinée s'exprime en cas de douleurs chroniques (78% des répondant·e·s).

D'autres résultats montrent que des réflexions doivent être menées pour faciliter cette conciliation des approches conventionnelles et complémentaires. Si la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge reste en général très élevée, elle diminue pour les personnes qui se déclarent en mauvaise santé et qui se trouvent confronté·e·s de façon plus directe avec le système actuel. En effet, 36% des personnes en très bonne santé estiment que leurs problèmes sont tout à fait bien traités et pris en compte, alors que ce pourcentage descend à 15% pour les personnes en moins bonne santé. Par ailleurs, plus de 80% des répondant·e·s estiment qu'il existe un ou plusieurs freins à une bonne prise en charge, parmi lesquels la difficulté à concilier les approches complémentaires et conventionnelles et le manque de connaissances des professionnel·le·s de santé à cet égard (respectivement 21 et 20%).

L'analyse des vignettes utilisées pour identifier les préférences de modalités de prise en charge (Méthode des choix discrets) confirme l'importance de cette dimension dans la représentation de la santé intégrative. La probabilité de choisir un scénario de prise en charge augmente en effet de 83% lorsque l'option d'une combinaison des approches conventionnelles et complémentaires est présente, par rapport à un scénario où seules les approches conventionnelles sont proposées.

Pour la majorité des répondant·e·s, l'articulation des paradigmes de soins demande un partenariat et une collaboration renforcés entre tous les professionnel·le·s de santé. Outre le fait que le manque de coordination des soins représente un frein à une bonne prise en charge pour 19% des répondant·e·s, l'échange d'informations entre tou·te·s les professionnel·le·s impliqué·e·s dans une prise en charge double la probabilité de choisir un scénario de soins lorsqu'il inclut cette dimension comparativement au même scénario sans partage d'informations entre les professionnel·le·s. L'importance du partage d'informations est un élément qui a également été mis en évidence par l'étude de l'OBSAN⁴¹, qui a étudié, aux moyens des choix discrets, les préférences de la population suisse en matière de santé pour 2040, au travers de dimensions telles que la personne de contact, le mode de contact, la personne en charge du traitement, les horaires, le rôle de la personne dans la décision et la présence d'une personne de coordination.

Ce dernier élément est par ailleurs un besoin qui ressort fortement auprès de la population sondée dans la présente étude, puisque le souhait d'avoir une personne de référence pour la coordination des soins est exprimé par 74% des répondant·e·s. Notons que, sans grande surprise, la proportion augmente pour les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé.

4.3 Partenariat entre les patient·e·s et les professionnel·le·s

Les entretiens qualitatifs ont mis en évidence une demande d'évolution de la relation entre patient·e et professionnel·le de santé, que ce soit au niveau du temps qui lui est consacré, de la prise en compte globale de la personne et de son rôle dans la prise en charge thérapeutique. On peut parler à cet égard d'une recherche d'alliance thérapeutique. En effet, le processus de décision partagée où les patient·e·s et les professionnel·le·s se considèrent comme des partenaires qui cherchent à établir un consensus sur les décisions thérapeutiques et les stratégies à prendre, afin de s'adapter au mieux à la vie de la personne concernée, fait appel à la notion d'alliance thérapeutique (Aronson, 2007 ; Cushing & Metcalfe, 2007) ⁴², ⁴³. Par ailleurs, la confiance que les patient·e·s ont envers les professionnel·le·s et les compétences interpersonnelles dont les professionnel·le·s font preuve sont des éléments sous-jacents à cette alliance qui impactent notamment l'adhésion thérapeutique (Baudrant-Boga, Lehmann & Allenet, 2012) ⁴⁴.

⁴¹ Kaufmann, C., Föhn, Z., & Balthasar, A. (2021). Zukünftige ambulante Grund-versorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung.

⁴² Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383.

⁴³ Cushing, A., & Metcalfe, R. (2007). Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Therapeutics and clinical risk management*, 3(6), 10-47.

⁴⁴ Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2012). Penser autrement l'observance médicamenteuse: d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant—Concepts et déterminants. In *Annales pharmaceutiques française*, 70(1),15-25.

Pour les participant·e·s à l'étude qualitative présentée plus haut, le concept de santé intégrative doit viser l'intégration active des patient·e·s dans le dispositif de soins et donner une place centrale aux rapports de confiance. Nous avons cherché à confirmer cette dimension au travers du questionnaire quantitatif. La confiance envers le·la professionnel·le de santé est centrale pour la population interrogée. En effet, c'est le premier élément de choix de recours à une thérapie, qu'elle soit conventionnelle ou complémentaire. 92% des répondant·e·s l'identifient comme important, avant les preuves scientifiques, l'expérience personnelle ou les recommandations faites par des proches, dimensions considérées comme importantes par 78% des répondant·e·s. Ce résultat mérite d'être souligné quand on connaît l'importance de la confiance en psychologie de la santé, son impact majeur sur l'adhésion thérapeutique et les effets néfastes lorsqu'elle est absente (Gauchet et al, 2007)⁴⁵.

Les préférences exprimées dans les choix de scénario de prise en charge confirment cet aspect. Un scénario où les fondements des traitements utilisés se basent à la fois sur les connaissances scientifiques et l'expérience pratique est nettement préféré à un scénario où seules les preuves scientifiques sont mobilisées.

Nous avons posé la question du temps consacré à la relation thérapeutique. Elle a été abordée dans les questions relatives à la satisfaction envers le système actuel de santé et au travers des vignettes. Contrairement aux perceptions exprimées lors de la phase qualitative de l'enquête, la satisfaction relative au temps consacré au patient lors des consultations reste globalement élevée et peu différenciée en fonction du type d'approche, conventionnelle ou complémentaire. Ces résultats sont quelque peu étonnants, notamment lorsqu'on les met en perspective avec les vignettes et la dimension du temps à disposition pour exposer sa situation. C'est en effet l'option qui obtient le plus de préférences dans l'ensemble des vignettes, que ce soit en termes de temps libre ou de temps suffisant. Dans les deux cas, cette option fait plus que doubler la probabilité de choisir un scénario qui la propose comparativement au même scénario où le temps est limité. C'est également la dimension qui a la plus forte valeur financière pour les répondant·e·s avec une « willingness to pay » estimée à 200 CHF.

L'importance de la confiance, de l'expérience, du temps, exprimée par les répondant·e·s à notre enquête renvoie à la notion de l'éthique du *care* initiée par Carol Gilligan dès 1982⁴⁶.

En plaçant l'attention à l'autre, à ses besoins, au cœur d'une éthique ordinaire et concernant tous les êtres humains, les rapports de soins peuvent être repensés comme des relations qui se construisent, se négocient, de manière concrète. Les rapports de force ne sont pas effacés, mais l'accent est mis sur la façon dont les individus composent ensemble, trouvent des solutions, se rencontrent dans le processus de prise de décision (Molinier, Laugier, Paperman 2009)⁴⁷.

⁴⁵ Gauchet, A., Tarquinio, C. & Fischer, G.N. (2007). Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 141-150.

⁴⁶ Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

⁴⁷ Molinier P., Laugier S. et Paperman P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Les souhaits et attentes en matière de soins de la population interrogée s'inscrivent dans cette perspective. Ils mettent en évidence des besoins quant à la posture qui doit caractériser les relations entre soignant·e·s et soigné·e·s, que l'on retrouve dans le concept d'éthique du *care*. Ainsi, 88% des répondant·e·s expriment le besoin que les professionnel·le·s de santé tiennent compte des avis des patient·e·s et 80% souhaitent que le personnel de santé consulté s'intéresse autant à la personne du ou de la patient·e qu'à sa maladie. Ce dernier souhait est nettement présent dans le choix des scénarios proposés par les vignettes. Dès qu'un scénario ajoute la considération d'autres aspects que le physique seul, il est préféré à un scénario où seul l'aspect physique est pris en compte. C'est particulièrement vrai pour l'option de la prise en compte de la personne dans sa globalité qui suscite deux fois plus de préférence.

L'intérêt de considérer la personne au-delà de l'unique aspect biomédical de sa maladie a été mis en avant dans le modèle de Leventhal⁴⁸. Ce dernier montre à quel point les croyances, les valeurs et les expériences antérieures peuvent influencer les comportements de santé (dont l'adhésion thérapeutique). Penser les individus dans leur globalité signifie également considérer que ce qui se joue dans la relation thérapeutique touche à des dimensions sociales et pas uniquement psychologiques, puisque les manières de penser la maladie et de la communiquer aux médecins sont ancrées dans des conceptions d'ordre socio-culturelles. On peut proposer ici un rapprochement avec l'ethnographie d'Aline Sarradon-Eck (2002)⁴⁹ portant sur la rencontre entre médecin et patient·e dans le lieu de la consultation clinique. Elle s'attache à décrire les « logiques sociales de l'attribution des causes de la maladie » dans le contexte de la rencontre clinique. Sarradon met en lumière le fait que la relation thérapeutique est également une relation sociale, c'est-à-dire « une rencontre entre deux acteurs (le malade et le médecin), tous deux membres de groupes sociaux divers, et engagés dans une action réciproque (le soin) » (Sarradon-Eck, 2002)⁵¹.

Une majorité des répondant·e·s indique jouer actuellement un rôle important ou très important dans sa prise en charge, principalement quant au choix des professionnel·le·s à consulter (62%) et au choix des orientations thérapeutiques (51%). Néanmoins, on note un réel souhait d'une implication plus active du·de la patient·e dans son projet ou programme de soins. Ils et elles sont 85% à vouloir un rôle important ou très important dans le choix des professionnel·le·s à consulter et 78% à souhaiter un rôle soutenu ou très soutenu dans la coordination des soins, le choix des orientations thérapeutiques et des traitements. En matière de rôle, seule l'implication des patient·e·s dans le choix des moyens diagnostiques est considérée comme moins importante, à la fois dans le rôle actuel (34% estiment avoir un rôle d'importance) et dans le rôle souhaité (64% souhaitent avoir un rôle d'importance).

⁴⁸ Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 143-163.

⁴⁹ Sarradon, A. (2002). La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. *Revue du Praticien (La)*, 16(578), 938-943.

La question du rôle du·de la patient·e renvoie à celle de son savoir, de son expertise, et à celle de sa reconnaissance par le·la professionnel·le de santé. Comme le rappelle Louise Blais⁵⁰ dans ses travaux largement inspirés par le philosophe Michel Foucault, « seul, le savoir des gens est impuissant. Seul, le savoir expert, technocratique, lui, est dangereux ». Elle plaide pour un couplage de ces savoirs dans le domaine de la santé, couplage qui semble correspondre à une demande de la population que nous avons interrogée.

4.4 Inclusivité

Le thème de l'inclusivité a été abordé dans le questionnaire quantitatif par le biais de questions relatives au renoncement aux soins, aux assurances et à la littératie en santé, d'une part, et par le biais d'analyse croisée entre variables d'intérêt et données socio-économiques et socio-professionnelles, d'autre part.

Le premier constat concerne le recours même aux médecines complémentaires, lequel chute chez les personnes disposant d'un revenu inférieur à 3000 CHF, puisque seul 63% de cette population y a eu recours, alors que la moyenne est à 75%. Cette chute trouve probablement son origine dans divers facteurs : le manque de connaissance de ces approches en lien avec la faible littératie en santé et l'absence d'une personne de référence, le manque de connaissance des couvertures assurantielles, le renoncement aux soins pour des raisons économiques, et peut-être également un rapport différent à la santé et au système de soins.

En matière de renoncement aux soins, nos résultats convergent avec d'autres études, notamment le rapport sur le système de santé suisse réalisé périodiquement par l'OMS et un rapport de l'OBSAN⁵¹ qui indique une augmentation du renoncement aux soins pour des raisons financières durant les six dernières années avec une augmentation de 10.3% à 22.5% du taux de renonçant·e·s. Parmi nos répondant·e·s, 25% déclarent avoir renoncé à des soins et les personnes à faible revenu sont largement représentées dans cette catégorie.

Les liens entre situation socio-économique et renoncement aux soins sont connus depuis plusieurs années (OFS, 2013⁵² ; Guessous et al, 2012⁵³) et confirmés dans notre enquête. En effet, 33% des personnes à faible revenu (moins de 5000 CHF/ mois) indiquent avoir renoncé à des soins ainsi que 36% des personnes qui n'ont pas terminé une formation. Comme on peut s'y attendre, la population qui renonce aux soins fréquente davantage les services d'urgence (71%) que celle qui n'y renonce pas (61%).

⁵⁰ Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151-163.

⁵¹ Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé–Situation en Suisse et comparaison internationale. *Analyse de l'International Health Policy Survey sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)(Obsan Dossier 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

⁵² Office fédéral de la statistique. (2013). *Etat de santé, renoncement aux soins et pauvreté*. Neuchâtel: OFS.

⁵³ Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive medicine*, 55(5), 521-527.

Paradoxalement, les personnes qui indiquent avoir dû renoncer à des soins semblent plus nombreuses à recourir à des thérapies complémentaires (81%) que celles qui n'y ont pas renoncé (73%). On peut émettre l'hypothèse que la situation socio-économique de la personne ne permet pas, à elle seule, d'expliquer entièrement le renoncement aux soins ; il serait intéressant d'investiguer les critères mobilisés dans ces situations et tenir compte du niveau de formation et de littératie des personnes concernées ainsi que les situations de santé de ces dernières.

On peut par ailleurs chercher des pistes de compréhension chez les travaux proposés dans le numéro de la revue *Anthropologie et Santé* consacré au pluralisme thérapeutique dans les situations de cancer (2011)⁵⁴. Les multiples travaux qui constituent ce numéro mettent notamment en lumière les critères retenus dans l'orientation vers des approches dites non-conventionnelles : pragmatiques (pour soulager la souffrance), symboliques (recherche d'une forme de mise en sens du monde, d'une affirmation de soi, d'un renforcement de son identité), idéologiques (mouvement de contestation d'une médecine jugée trop autoritaire), ou fondés sur une valorisation de la singularité de la personne (chaque malade est l'acteur de sa maladie et de sa trajectoire thérapeutique).

Le périmètre temporel et financier dans lequel s'est inscrite cette enquête n'a pas permis d'approfondir les liens entre la perception de la santé, et du système de santé, d'une part, et les niveaux socio-économiques et socio-professionnels, d'autre part. Néanmoins, les quelques résultats obtenus interpellent et mériteraient une attention plus soutenue à cette problématique dans la suite de l'initiative SantéIntégra. Ainsi, alors que l'hygiène de vie et les comportements individuels sont considérés globalement comme le principal facteur influençant la santé, leur influence est vue comme nulle ou faible par 38% des répondant·e·s sans formation achevée. Il en est de même pour l'influence du réseau de relations aux proches et ami·e·s. Elle est considérée comme nulle ou faible par 66% des répondant·e·s sans formation achevée et par une proportion allant de 15 à 20% pour les autres catégories socio-professionnelles. La confiance dans les professionnel·le·s de santé, qui ressort comme un élément central de la santé intégrative, est, elle aussi, vue différemment par les personnes sans formation achevée, car elles sont 20% à considérer cet élément comme peu ou non important dans le choix d'un·e professionnel·le de santé.

⁵⁴ Cohen, P., & Rossi, I. (2011). Le pluralisme thérapeutique en mouvement. Introduction du numéro thématique «Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (2).

5 Conclusion

L'enquête « Donner la voix à la population » avait pour objectif d'explorer l'opinion, les représentations et les attentes de la population romande en matière de santé intégrative, de façon à identifier puis à pouvoir expérimenter de nouvelles façons de faire. Concrètement elle visait à répondre à trois questions. Celle du sens donné à ce concept par la population, celle du souhait, ou non, de développer cette approche et celle des orientations à donner aux développements souhaités.

Lors de la phase qualitative de l'enquête, les participant·e·s se sont entendu·e·s pour donner trois sens au concept de santé intégrative. D'abord celui de la combinaison coordonnée des approches thérapeutiques conventionnelles et complémentaires dans un parcours de soins. Ensuite, celui de l'implication des patient·e·s avec un rôle plus actif dans les décisions et la coordination des soins, et une prise en compte de l'ensemble des éléments constitutifs de leur mode de vie. Ces deux dimensions essentielles de la santé intégrative font écho à la définition communément reconnue dans la littérature. Néanmoins, les participant·e·s à l'enquête ont souhaité apporter un troisième sens au concept, celui de l'inclusion de tou·te·s les citoyen·ne·s, particulièrement les plus vulnérables, dans un système de santé intégrative. Cette préoccupation apporte une dimension nouvelle au concept et sera prise en compte dans la suite de la démarche *Santé Intégrative & Société*. Cette troisième façon d'entendre la santé intégrative peut être vue aussi comme un des apports du choix de recherche participative et collaborative qui a conduit les auteur·e·s de l'enquête à impliquer la population interrogée dans la définition même du concept étudié, sans présupposer que la définition produite par les expert·e·s et les professionnel·le·s de la santé soit à même de saisir l'ensemble des attentes et des conceptions de la santé intégrative.

L'enquête quantitative a confirmé le souhait, déjà exprimé dans la phase qualitative, de voir ce concept se développer dans notre système de soins. Le manque de connaissance des approches intégrées par les professionnel·le·s de santé est vu comme un frein à une bonne prise en charge ; la possibilité de disposer d'informations sur l'ensemble des orientations thérapeutiques possibles, voire de bénéficier d'une personne de référence à cet égard, est une option stratégique largement plus plébiscitée que la présence d'un dossier patient·e informatisé ou l'instauration d'un système de bonus financier. Enfin, le temps à disposition, les échanges d'informations entre professionnel·le·s, les éléments pris en compte dans la prise en charge et les approches utilisées sont les modalités les plus déterminantes pour le choix d'un scénario de soins proposé dans les vignettes.

Quant aux orientations à donner au développement du concept, les résultats sont prometteurs. Ils montrent que, dans les parcours de soins, la combinaison des approches conventionnelles et complémentaires est recherchée et socialement acceptée, mais aussi qu'elle dépend de la problématique de santé concernée, des questions financières ainsi que de la disponibilité et de la visibilité des options de soins. L'articulation seule des approches thérapeutiques ne constitue qu'une facette de la santé intégrative, telle que définie par la population interrogée.

S'y ajoute en effet la dimension du partenariat entre le·la patient·e et/ou ses proches, et les professionnel·le·s de santé, avec la confiance envers ces dernier·e·s comme vecteur principal du choix thérapeutique. Le·la patient·e se veut plus actif·ve dans le processus de décision, son avis doit être davantage pris en compte tout au long de son parcours de soins et il·elle souhaite bénéficier d'une prise en charge qui considère sa personne dans sa globalité.

Le message mérite qu'on s'y arrête, car il change la perspective des rapports entre patient·e·s et professionnel·le·s de santé, et donc notre vision de ce qui constitue une preuve acceptable en matière d'efficacité thérapeutique. En effet, il ne s'agit plus uniquement de bénéficier d'une médecine moderne basée sur les dernières connaissances scientifiques, encore faut-il que cette dernière intègre de manière optimale et systématique le·la patient·e, sa propre expertise et sa perception subjective de l'efficacité des traitements dans la coordination et les décisions de soins.

Le concept doit aussi se développer en tenant compte de la volonté exprimée d'un système de santé équitable dans l'accès aux soins, où chaque fraction de la population est incluse et prise en compte selon ses caractéristiques et besoins particuliers. En effet, au-delà de la problématique du renoncement aux soins confirmée par notre enquête, des différences ressortent dans la perception de la santé, les attentes vis-à-vis du système ainsi que les rôles souhaités, selon les niveaux de revenu, de formation et de littératie en santé. Ces différences plaident pour des approches nuancées et adaptées en fonction des publics cibles. Leur prise en considération lors de la définition et de la composition des futurs « Laboratoires citoyens » s'avère d'autant plus nécessaire que la communauté de citoyen·ne·s intéressé·e·s et engagé·e·s dans la démarche, qui se construit peu à peu, résulte d'un biais d'auto-sélection inévitable.

L'enquête a montré un intérêt manifeste de la population pour le concept de santé intégrative et, pour certain·e·s, une envie de s'engager et de participer au changement. Elle a fait émerger plusieurs pistes d'amélioration du système de santé, que ce soit au niveau systémique, organisationnel ou relationnel. Les futurs Laboratoires citoyens seront une occasion originale, solide et concrète d'impliquer la population, comme ambassadrice légitime, dans la mise en œuvre de la santé intégrative.

Fondée sur une méthodologie originale qui fait dialoguer entre elles les méthodes qualitatives et quantitatives et implique les participant·e·s à chaque étape de l'enquête, de la construction du questionnaire à l'interprétation des résultats, cette enquête n'est pas une fin en soi. Elle sert de prélude à une phase de définition et d'expérimentation de modalités de mise en œuvre concrètes du concept de santé intégrative. C'est là que réside l'autre facteur d'originalité de la démarche « Donner la voix à la population », puisqu'il s'agit maintenant de « donner vie aux résultats », d'aller au-delà des constats de l'étude pour entrer dans l'action, ensemble, et expérimenter de nouvelles façons de faire.