



HAL
open science

Acupuncture et médecine générale: représentations et relations entre patients, acupuncteurs et généralistes.

Une étude qualitative

Éva Ensanyar, Romain Maniere

► To cite this version:

Éva Ensanyar, Romain Maniere. Acupuncture et médecine générale: représentations et relations entre patients, acupuncteurs et généralistes. Une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02516883

HAL Id: dumas-02516883

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02516883>

Submitted on 24 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix*Marseille Université

**Acupuncture et médecine générale : représentations et relations entre
patients, acupuncteurs et généralistes. Une étude qualitative**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Décembre 2019

Par Madame Eva ENSANYAR

Née le 22 septembre 1991 à Saint-Claude (39)

Et par Monsieur Romain MANIERE

Né le 30 octobre 1989 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix*Marseille Université

**Acupuncture et médecine générale : représentations et relations entre
patients, acupuncteurs et généralistes. Une étude qualitative**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Décembre 2019

Par Madame Eva ENSANYAR

Née le 22 septembre 1991 à Saint-Claude (39)

Et par Monsieur Romain MANIERE

Né le 30 octobre 1989 à Avignon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur BERBIS Julie

Assesseur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX :

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre plus profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur Julie BERBIS :

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assurée de notre profonde considération.

A Monsieur le Professeur Pascal ROSSI :

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury. Veuillez croire en l'expression de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur Aurélie JANCZEWSKI :

Merci d'avoir dirigé cette thèse avec enthousiasme, de ta présence et de ton soutien. Tu nous as accompagnés pendant les premiers stages, les premiers remplacements, et tout au long de ce premier travail. Merci pour toute cette énergie.

A tous ceux ayant participé à ce travail, rencontrés au cours des entretiens. Aux acupuncteurs pour leur enthousiasme et leur intérêt pour ce travail. Aux médecins généralistes pour leur disponibilité. Et à toutes les personnes qui ont partagé leurs expériences en acupuncture.

REMERCIEMENTS D'EVA

A P'pa et M'man, pour votre soutien inconditionnel, et votre amour « plus gros qu'une montagne ».

A mes très chers frères. « S'agirait d'grandir... S'agirait d'grandir... »

A mes cousines, mes cousins, mes oncles et mes tantes, d'ici et d'ailleurs.

A mes-amis-mes-amours. Aux amis d'enfance, de jeunesse et de moins-jeunesse. Aux copains rencontrés pendant les études, à toutes les pépites.

A nos moments/expéditions/aventures partagés et tous ceux à venir.

A mon bon Roi, et aux petites merveilles.

A mes maîtres de stage, pour leur accompagnement sur terre, en montagne et en mer.

A mon Román, mon philosophe-dont-la-force-est-avec-toi, pour tout ce qui nous reste à apprendre (surtout si l'on part du « Ce que je sais c'est que je ne sais rien »), et à explorer.

REMERCIEMENTS DE ROMAIN

A tous les médecins généralistes rencontrés depuis le début de ma formation qui ont su m'apporter leur passion de la médecine générale, et tous les autres médecins croisés durant mes stages qui ont su me guider et me faire devenir celui que je suis aujourd'hui.

A mes amis, je ne pourrais pas faire mieux qu'Epicure pour en parler :

« Ce n'est pas tant l'intervention de nos amis qui nous aide mais le fait de savoir que nous pourrons toujours compter sur eux. »

A ma famille dont l'affection, le soutien et l'encouragement m'ont été d'un grand réconfort et ont contribué à l'aboutissement de ces longues études.

Je remercie mes très chers parents et grands-parents qui ont toujours été là pour moi et qui font ce que je suis aujourd'hui.

A Eva

Pour te remercier de m'avoir accepté sur ce travail de thèse, je te propose une nouvelle collaboration sur le thème : « Vécu et ressentis des étudiants en médecine faisant une thèse en binôme... »

Que de détours pour parcourir la distance entre Briançon et Gap. Entre montagnes, mers, forêts et volcans, un itinéraire original qui, j'espère, ne fait que débiter.

« Un hombre con ideas nuevas es un loco hasta que sus ideas triunfan. »

Marcelo BIELSA

SOMMAIRE

1. LISTE DES ABREVIATIONS	5
2. INTRODUCTION	6
2.1. L'ACUPUNCTURE PARMIS LES THERAPIES COMPLEMENTAIRES	6
2.1.1. Définitions	6
2.1.2. Un intérêt grandissant pour les thérapies complémentaires	7
2.2. PRESENTATION DE L'ACUPUNCTURE	8
2.2.1. Principes fondamentaux.....	8
2.2.2. Historique.....	9
2.3. ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR L'ACUPUNCTURE.....	10
2.3.1. Des indications variées pour le recours à l'acupuncture	10
2.3.2. Les difficultés à la réalisation d'essais contrôlés randomisés de qualité	12
2.3.3. Effets indésirables et contre-indications de l'acupuncture	13
2.4. LA PRATIQUE ACTUELLE DE L'ACUPUNCTURE	14
2.4.1. En Chine	14
2.4.2. En Europe et aux Etats-Unis	15
2.4.3. En France	17
2.5. L'ACUPUNCTURE, LE PARCOURS DE SOINS ET LE GENERALISTE	19
2.6. INTERÊT ET OBJECTIF DE L'ETUDE.....	20
3. MATERIEL ET METHODES	21
3.1. CHOIX D'UNE METHODOLOGIE QUALITATIVE	21
3.2. ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT	21
3.2.1. L'échantillonnage	21
3.2.2. Le recrutement.....	22
3.3. LE RECUEIL DES DONNEES	23
3.3.1. Par entretiens individuels semi-dirigés	23
3.3.2. Par entretien collectif semi-dirigé ou focus-group	24
3.4. ANALYSE DES RESULTATS PAR THEORISATION ANCRÉE.....	24
3.5. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	26
3.6. CADRE LEGAL	27
4. RESULTATS DES PATIENTS	28
4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	28
4.2. LES REPRESENTATIONS DE L'ACUPUNCTURE PAR LES PATIENTS	28
4.2.1. L'acupuncture comme synonyme de bien-être	28
4.2.2. L'acupuncture comme manière de vivre	30
4.2.3. L'acupuncture comme moyen pour se soigner	32
4.3. LES LIMITES AU CHOIX DE L'ACUPUNCTURE.....	34
4.3.1. Avoir des craintes et des a priori sur l'acupuncture.....	34
4.3.2. Ne pas avoir entièrement confiance dans la pratique	35
4.4. ACUPUNCTURE COMME ALTERNATIVE A LA MEDECINE GENERALE	35
4.4.1. Rechercher une alternative aux médicaments.....	36
4.4.2. Avoir une vision péjorative de la médecine conventionnelle	36
4.5. L'ACUPUNCTURE EN COMPLEMENT DE LA MEDECINE GENERALE.....	38
4.5.1. Rester fidèle à la médecine générale	38
4.5.2. Une option thérapeutique qui potentialise la prise en charge en allopathie.....	39
4.6. UN PATIENT INTERMEDIAIRE DANS LA RELATION ACUPUNCTEUR – GENERALISTE	40

4.6.1.	Être satisfait du fonctionnement actuel de la relation.....	40
4.6.2.	Comprendre l'absence de communication avec le généraliste, et entre les praticiens.....	41
4.6.3.	Vouloir un changement dans la relation médecin-patient-acupuncteur.....	43
4.7.	LE RECOURS A L'ACUPUNCTURE COMME CHOIX DU PATIENT ACTEUR DE SA SANTE	44
4.7.1.	Un patient autonome dans son itinéraire thérapeutique.....	45
4.7.2.	Savoir ce qui est bon pour soi.....	45
4.7.3.	Ce qui compte c'est le résultat.....	46
4.8.	MODELISATION.....	47
5.	RESULTATS DES MEDECINS GENERALISTES	48
5.1.	DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	48
5.2.	DES REPRESENTATIONS VARIEES DE L'ACUPUNCTURE SANS VERITABLE CONNAISSANCE DE LA PRATIQUE.....	48
5.2.1.	Représentations de l'acupuncture	48
5.2.2.	Une méconnaissance globale de l'acupuncture.....	49
5.3.	DES REACTIONS VARIABLES A L'ACUPUNCTURE	51
5.3.1.	Douter de l'efficacité de l'acupuncture.....	51
5.3.2.	S'inquiéter de la pratique de l'acupuncture.....	51
5.3.3.	Avoir confiance en l'acupuncture.....	53
5.3.4.	S'informer sur l'acupuncture.....	54
5.4.	DEVOIR FAIRE AVEC LE RECOURS EN ACUPUNCTURE.....	56
5.4.1.	Comprendre les raisons du recours en acupuncture	56
5.4.2.	Un soutien variable selon les médecins.....	57
5.5.	INTEGRER L'ACUPUNCTURE DANS LE PARCOURS DE SOINS SOUS CONDITIONS.....	58
5.5.1.	La médecine générale doit conserver sa place dans la prise en charge du patient.....	58
5.5.2.	Le recours en acupuncture doit rester limité à des indications précises.....	59
5.5.3.	L'acupuncture en complément de la médecine générale.....	60
5.5.4.	Privilégier le recours à des médecins acupuncteurs.....	61
5.6.	DES RELATIONS NUANCEES AVEC LES ACUPUNCTEURS	62
5.6.1.	Eprouver des difficultés pour communiquer avec les acupuncteurs.....	62
5.6.2.	Une relation contrainte	64
5.6.3.	Interagir dans des situations particulières.....	66
5.6.4.	Souhaiter plus d'interactions avec les acupuncteurs	66
5.7.	UN PATIENT PIVOT	68
5.7.1.	Un patient moteur qui informe le médecin généraliste sur l'acupuncture	68
5.7.2.	Pouvoir parler de son recours à son médecin généraliste	70
5.7.3.	Se heurter à des obstacles pour communiquer avec son médecin généraliste.....	72
5.8.	DEVOIR EXERCER SON RÔLE DE MEDECIN GENERALISTE AVANT TOUT...74	74
5.8.1.	Être médecin c'est respecter l'autonomie du patient.....	74
5.8.2.	Être médecin, c'est entretenir une relation médecin-patient de qualité	76
5.8.3.	Être médecin c'est informer et conseiller le patient sur sa santé	76
5.8.4.	Être médecin c'est trouver le traitement le plus adapté pour le patient	78
5.8.5.	Remettre en question sa pratique.....	79
5.8.6.	Être ouvert d'esprit est un devoir scientifique	81
5.9.	MODELISATION.....	82
6.	RESULTATS DES ACUPUNCTEURS.....	83
6.1.	DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	83
6.2.	L'ACUPUNCTURE EST UTILE	83
6.2.1.	Pour la médecine générale.....	83

6.2.2.	Pour le patient.....	85
6.2.3.	Pour la santé publique.....	86
6.3.	ACUPUNCTURE ET MEDECINE GENERALE : DEUX APPROCHES DIFFERENTES MAIS COMPLEMENTAIRES	87
6.3.1.	Faire le choix de pratiquer l'acupuncture.....	87
6.3.2.	Respecter la médecine générale.....	88
6.3.3.	Deux pratiques qui se complètent	89
6.3.4.	Vouloir plus d'échanges avec les médecins généralistes	91
6.4.	REGRETTER LA MECONNAISSANCE AUTOUR DE L'ACUPUNCTURE	92
6.4.1.	Du monde médical	92
6.4.2.	Du grand public.....	93
6.5.	FAIRE DES EFFORTS POUR PROMOUVOIR L'ACUPUNCTURE.....	94
6.5.1.	En considérant comme indispensable la communication avec les médecins généralistes.....	94
6.5.2.	En apportant des preuves scientifiques du fonctionnement de l'acupuncture ..	94
6.5.3.	Le rôle particulier du médecin acupuncteur : un lien entre allopathie et acupuncture	95
6.6.	ÊTRE CONFRONTÉ A LA DIFFICULTE DE PARTAGER SES CONNAISSANCES 95	
6.6.1.	Le scepticisme de certains médecins	95
6.6.2.	La difficulté pour communiquer avec les médecins	96
6.6.3.	La difficulté pour apporter des preuves scientifiques d'efficacité de l'acupuncture.....	97
6.6.4.	Être frustré du décalage entre les bénéfices apportés par l'acupuncture et les difficultés pour les faire partager.....	97
6.7.	DEVOIR FAIRE AVEC LA SITUATION ACTUELLE	97
6.7.1.	Créer des réseaux de soin n'incluant pas la médecine générale	98
6.7.2.	Créer du lien avec la médecine générale par l'intermédiaire du patient	98
6.7.3.	Devoir respecter les choix du patient.....	98
6.8.	ETRE SATISFAIT DE LA SITUATION ACTUELLE.....	99
6.8.1.	Être satisfait de sa pratique	99
6.8.2.	Ne pas avoir besoin d'échanges avec la médecine générale	100
6.8.3.	Ne pas s'intéresser à la réflexion sur le statut de l'acupuncture en France....	100
6.9.	UN CADRE DE PRATIQUE QUI NE CONVIENT NI AUX MEDECINS ACUPUNCTEURS NI AUX NON MEDECINS	101
6.9.1.	Une source d'oppositions entre médecins et non médecins	101
6.9.2.	L'acupuncture médicale : une pratique en voie de disparition.....	101
6.9.3.	Un manque de protection de l'acupuncture médicale	102
6.9.4.	Le manque de reconnaissance en tant que médecin.....	103
6.9.5.	Des acupuncteurs non-médecins également inquiets.....	103
6.10.	VOULOIR UN AUTRE CADRE DE PRATIQUE POUR PLUS DE RECONNAISSANCE.....	104
6.10.1.	Une autorisation de pratique pour les non-médecins sous conditions	104
6.10.2.	Un meilleur remboursement de l'acupuncture pour permettre un accès à tous	105
6.10.3.	Vouloir plus de reconnaissance de l'acupuncture	105
6.11.	MODELISATION.....	107
7.	DISCUSSION	108
7.1.	VALIDITE DE L'ETUDE.....	108
7.1.1.	Forces de l'étude.....	108
7.1.2.	Faiblesses de l'étude.....	109
7.2.	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	111

7.3. REPRESENTATIONS DE L'ACUPUNCTURE ET DE SA PLACE DANS L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DU PATIENT	113
7.3.1. L'acupuncture est utile	113
7.3.2. L'acupuncture est complémentaire à l'allopathie	114
7.3.3. L'acupuncture ne traite pas les pathologies graves	114
7.3.4. Avoir confiance en l'acupuncture malgré l'absence de preuves.....	115
7.3.5. Des rapports à l'acupuncture différents selon les patients	116
7.4. RECOURIR A DES ACUPUNCTEURS MEDECINS OU NON-MEDECINS ?.....	118
7.4.1. Selon les médecins généralistes	118
7.4.2. Selon les acupuncteurs	118
7.4.3. Selon les patients	119
7.5. DES FACTEURS REELS OU CONSTRUITS A L'ORIGINE DE DIFFICULTES D'INTERACTION.....	120
7.5.1. La méconnaissance de l'acupuncture	120
7.5.2. Des difficultés à relier les deux pratiques	121
7.5.3. Des acupuncteurs intrusifs dans la prise en charge des médecins généralistes ?.....	122
7.5.4. Un patient trop acteur ?.....	123
7.6. DES DIFFICULTES D'INTERACTION A L'ORIGINE DE MODES DE FONCTIONNEMENT	126
7.6.1. Des patients qui s'adaptent aux attitudes des médecins généralistes	126
7.6.2. Des médecins généralistes qui s'adaptent aux attitudes et aux souhaits des patients	127
7.6.3. Une communication patient-acupuncteur aux antipodes des échanges patient-généraliste.....	128
7.6.4. Un parcours de soin redessiné.....	129
7.7. UNE VOLONTE DE CHANGEMENT PARTAGEE.....	131
7.8. PERSPECTIVES.....	133
7.8.1. S'intéresser à l'acupuncture : quelle utilité pour la médecine générale ?.....	133
7.8.2. Comment améliorer la communication entre médecins généralistes et acupuncteurs ?.....	135
7.8.3. Quelles évolutions pour la pratique de l'acupuncture en France ?.....	138
7.8.4. Intégrer l'acupuncture dans la prise en charge du patient : incorporation, intégration ou pluralisme ?	139
8. CONCLUSION	143
9. BIBLIOGRAPHIE	144
10. ANNEXES	153

1. LISTE DES ABREVIATIONS

AFA :	Association Française d'Acupuncture
AFSOS :	Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
AMELI :	Assurance Maladie en Ligne
AP-HP :	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
CFMTC :	Confédération Française de Médecine Traditionnelle Chinoise
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DFASM :	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
EBM :	Evidence Based Medicine
FAFORMEC :	Fédération des Acupuncteurs pour la Formation Médicale Continue
GERA :	Groupe d'Etude et de Recherche en Acupuncture
HAS :	Haute Autorité de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MeSH :	Medical Subject Headings
MIVILUDES :	Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires
MTC :	Médecine Traditionnelle Chinoise
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OSMC :	Organisation Syndicale de Médecine Chinoise
SFMC :	Syndicat Français de Médecine Chinoise
UNESCO :	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

2. INTRODUCTION

2.1. L'ACUPUNCTURE PARMIS LES THERAPIES COMPLEMENTAIRES

2.1.1. Définitions

L'acupuncture fait partie des quatre « médecines alternatives et complémentaires » reconnues par le Conseil national de l'Ordre des médecins avec l'homéopathie, la mésothérapie et l'ostéopathie (1). Les médecines alternatives et complémentaires sont définies comme étant « *des approches, des pratiques et des produits de santé qui ne font pas partie de la médecine conventionnelle* » (1).

Les termes qui les décrivent sont en constantes évolution. Elles sont parfois appelées « médecines parallèles, médecines douces, médecines naturelles ». Cela représente les modifications de leurs représentations et considérations dans les soins des patients, ainsi que dans le système de santé. Le Ministère de la Santé utilise à présent le terme « médecines ou pratiques de soins non conventionnelles » (2). L'OMS dans son dernier rapport sur ces pratiques l'a remplacé par « médecines traditionnelles, médecines complémentaire » (3).

Le National Center for Complementary and Alternative Medicine est le centre de référence pour l'études des médecines alternatives et complémentaires aux Etats-Unis. Il a changé de nom en 2015, et s'appelle désormais National Center for Complementary and Integrative Health. Il utilise depuis le terme de « médecines alternatives, complémentaires, ou intégratives » (4).

Dans un rapport en 2013, l'Académie nationale de médecine (5) propose d'utiliser le terme de « thérapies complémentaires » car « *il évite l'appellation tout à fait injustifiée de « médecines » et implique que ces pratiques ne sont que de possibles compléments aux moyens de traitement qu'offre la médecine proprement dite, à laquelle elles ne sauraient se comparer ni se substituer.* ». Ce terme est également le libellé MeSH (complementary therapies en anglais).

Selon la MIVILUDES, ces appellations communes regroupent 400 pratiques différentes (6). Ces pratiques sont diverses, et la sémantique utilisée pour les décrire est imprécise (thérapies complémentaires, médecines complémentaires) ou inadaptée (médecines naturelles, douces, parallèles, alternative). Cela peut être source de confusions entre les pratiques, et peut altérer les perceptions des professionnels de santé ou patients sur l'utilisation de chaque thérapie.

2.1.2. Un intérêt grandissant pour les thérapies complémentaires

Le recours aux thérapies complémentaires est en augmentation depuis plusieurs années (7). 40% des français ont recours à ces thérapies (6), et 100 millions de citoyens européens semblent les utiliser régulièrement (8). Pour les patients atteints de cancer, les études menées retrouvent un recours pour 34% (9) à 60% (10) d'entre eux en France. Ce taux varie en fonction de la définition des médecines complémentaires et alternatives et du type de population étudiée.

Certains suggèrent qu'un contexte particulier a favorisé leur émergence : l'esprit du « retour au naturel », la mutation du rôle du patient qui veut s'impliquer dans sa prise en charge et reprendre le contrôle de sa santé, la globalisation et la circulation de modèles et d'informations, ou encore les doutes à l'égard de la médecine technico-scientifique (1,11).

C'est surtout la compatibilité des approches proposées par les thérapies complémentaires avec les valeurs philosophiques, croyances, représentations de la santé et de la maladie des patients qui constitue un facteur important au recours. (11)

En continuité, l'anthropologie apporte une explication au mode de fonctionnement des patients qui combinent différents systèmes médicaux. Deux modèles explicatifs des représentations de la maladie ont été théorisés. Ils permettent d'éclairer sur les différentes façons d'appréhender la maladie (12,13).

- Le premier modèle propose une compréhension externe de la maladie : la maladie est causée par un agent externe qu'il faut combattre. Les traitements sont administrés de manière externe et viseront à soustraire cet agent du corps. Le patient n'a pas de participation active dans ce système d'extraction. Dans ce modèle, la biomédecine propose des traitements adaptés (chirurgie, chimiothérapie, antibiotiques...).

- Le deuxième modèle propose une approche interne, fonctionnelle de la maladie : la maladie est alors le signal d'un déséquilibre interne au sujet. Il n'y a pas d'intrusion externe, il s'agit d'une modification de la relation du sujet avec son environnement ou en lui-même. L'action thérapeutique passe par une réflexion personnelle et/ou guidée du sujet, et vise à maintenir l'état d'équilibre ou de le rétablir. Dans ce contexte, l'approche que propose l'acupuncture est la plus bénéfique pour assurer l'amélioration ou le maintien de la santé.

En fonction des représentations de chaque individu sur sa santé, du vécu de certaines pathologies ou d'états, le patient s'orientera vers l'approche qu'il considère la plus bénéfique, dans un contexte précis.

2.2. PRESENTATION DE L'ACUPUNCTURE

2.2.1. Principes fondamentaux

L'acupuncture correspond à la stimulation de points précis du corps humain (« points d'acupuncture ») par divers moyens physiques à visée thérapeutique.

Les aiguilles sont le mode de stimulation le plus connu. Etymologiquement, « acupuncture » est issu du mot latin « acus » qui signifie « aiguille » et « punctura » qui signifie « piqûre » (14). D'autres modes de stimulation existent tels que la chaleur (moxibustion), l'électricité (électroacupuncture), la stimulation laser, ou plus simplement la stimulation manuelle (l'acupression) (15).

L'acupuncture est une branche thérapeutique de la Médecine Traditionnelle Chinoise (16). La MTC comprend cinq disciplines : la diététique, l'acupuncture et moxibustion, les massages (Tuina), la pharmacopée (phytothérapie chinoise et utilisation de minéraux et de substances animales) et les exercices énergétiques (Qigong).

Le principe de base de la médecine traditionnelle chinoise se fonde sur la notion de « Qi ». Cette notion peut se traduire par « souffle » ou par « énergie ». Cette énergie se caractérise par un équilibre constant entre « yin et yang ». Ces deux formes caractérisant chaque élément du corps et de l'environnement sont inséparables, opposées et complémentaires.

Une autre notion fondamentale est le système des cinq éléments, ou des cinq mouvements (le Bois, le Feu, la Terre, le Métal, l'Eau). Des correspondances se font entre ces cinq éléments et les phénomènes naturels et humains au travers de ces éléments. Chacun de ces éléments possède des propriétés caractéristiques. Et tout ce qui possède ces caractéristiques est mis en relation avec cet élément (une couleur, une saison, un climat, un élément terrestre, une saveur, une partie du corps humain, une émotion...) (17).

Ils sont interdépendants, et reliés par des règles de fonctionnement précises qui permettent d'obtenir un équilibre entre eux.

Le « Qi » qui circule dans l'univers, faisant alterner le jour et la nuit ou les saisons, circule aussi dans le corps humain, normalement de façon harmonieuse, sans blocage ni contresens. Le « Qi » circule le long de trajets spécifiques appelés « méridiens » qui parcourent l'ensemble de l'organisme en se connectant les uns aux autres, et qui sont en relation avec les différents organes et structures du corps (18).

La médecine chinoise perçoit donc le corps humain comme un ensemble dynamique où tout est harmonieux et équilibré si l'on est en bonne santé. Mais à partir du moment où cette

circulation est confrontée à un ou des obstacles, apparaissent alors les maladies. Ces obstacles peuvent être représentés par un déséquilibre nutritionnel, un traumatisme, un trouble climatique (le froid, l'humidité) ou un trouble émotionnel (la colère, l'anxiété, la tristesse, etc....).

Le retour d'une circulation harmonieuse sera rendu possible par l'acupuncture. Il s'agira de placer une ou plusieurs aiguilles aux endroits appropriés pour lever les obstacles et refaire circuler l'énergie. Ces points d'acupuncture sont situés le long des méridiens.

2.2.2. Historique

Les dates des premières traces d'utilisation de l'acupuncture en Chine varient selon les auteurs. Entre - 10 000 et - 4 000 avant Jésus-Christ (14,19) ou plus tard lors de l'âge du bronze (- 3 000 à - 1 000) (16).

La plus ancienne mention écrite concernant l'acupuncture date de – 580, description faite dans les « Annales des Printemps et des Automnes » (16).

Le « Huangdi Neijing », considéré comme le plus ancien ouvrage de médecine chinoise aurait été publié entre - 500 et - 221 (16).

L'évolution de la médecine traditionnelle chinoise a ensuite été contrastée selon les époques. En 1822, l'empereur DAO GUANG ordonna l'abolition de l'acupuncture et de la moxibustion parce qu'elles ne pouvaient convenir pour traiter l'empereur. (16)

C'est en 1949 que Mao Zedong réhabilita la médecine traditionnelle chinoise et notamment l'acupuncture. Bien qu'opposé à la médecine traditionnelle, il perçut les avantages économiques (coût moindre) et politiques (reconnaissance des paysans qui représentaient la plus grande partie de la population) de l'acupuncture (19).

Enfin en 1980, le ministère de la santé chinois décida de développer la médecine dans trois directions : la médecine occidentale, la médecine traditionnelle dont l'acupuncture fait partie, et la combinaison des médecines occidentales et traditionnelles (19).

En Europe, l'acupuncture a fait son apparition au XVIème et XVIIème siècle par l'intermédiaire de navigateurs portugais et néerlandais (14).

Cependant, son véritable essor date du début du XXème siècle. En France, George Soulié de Morant (1878-1955), sinologue et diplomate en Chine (20) publie en 1934 son « Précis sur la vraie acupuncture chinoise ». Cette publication marque un tournant pour l'intérêt de l'acupuncture en France (21). Pour l'histoire, George Soulié de Morant pratiquait lui-même et enseignait l'acupuncture. Considéré comme un « expert » mais non-médecin (22), il fut

poursuivi pour exercice illégal de la médecine par un de ses anciens élèves médecins. Un non-lieu fut finalement prononcé par le tribunal (22).

En 2010, l'acupuncture et la moxibustion de la médecine traditionnelle chinoise ont été inscrites au patrimoine culturel immatériel de l'humanité par l'UNESCO (23).

Deux des critères d'inscription étaient : « *L'acupuncture et la moxibustion sont un savoir et une pratique traditionnels transmis de génération en génération et reconnus par les communautés chinoises dans le monde entier comme élément de leur patrimoine culturel immatériel.*

Leur inscription pourrait contribuer à la sensibilisation concernant la médecine traditionnelle dans le monde entier, tout en favorisant les échanges culturels entre la Chine et d'autres pays. ».

2.3. ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR L'ACUPUNCTURE

2.3.1. Des indications variées pour le recours à l'acupuncture

Différentes autorités sanitaires reconnaissent l'utilité de l'acupuncture dans la prise en charge de certaines pathologies mais ne s'accordent sur des indications communes.

En 1979, l'OMS a publié une liste de 43 indications pour lesquelles l'acupuncture pourrait avoir une efficacité. Mais cette liste ne reposait pas sur des essais cliniques menés d'une manière scientifique rigoureuse. Une révision est parue en 2002 avec 28 symptômes ou conditions, sur lesquels l'OMS considérait que les données prouvaient que l'acupuncture était un traitement efficace (Annexe 1). Cette nouvelle liste était basée sur une analyse d'essais cliniques (24). L'OMS cite encore 63 maladies, symptômes ou conditions pour lesquels l'effet thérapeutique de l'acupuncture a été montré, mais pour lesquels une preuve supplémentaire est nécessaire.

En France, sur des actes évalués de 2000 à 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (à présent intégrée dans la HAS) a donné à l'acupuncture un avis favorable avec recommandations dans plusieurs indications (15,25) :

- Pathologies fonctionnelles uro-génitales : énurésie,
- Syndromes anxio-dépressifs,
- Aide à la récupération neuro-motrice : récupération post AVC, paralysies faciales a frigore (pour lesquelles l'acupuncture peut être utilisée en première intention)

- Affections à composante allergique : asthme (comme traitement d'appoint chez un patient traité et éduqué selon les recommandations internationales) ou rhinite (pour laquelle l'acupuncture peut être utilisée comme traitement de première intention),

- Pathologies fonctionnelles digestives : nausées et vomissements postopératoires (en curatif ou préventif), chimio-induits, gravidiques

- Douleur : comme traitement adjuvant

- Conduites addictives : tabagisme (début de sevrage), alcoolisme (traitement adjuvant), toxicomanie (traitement adjuvant, héroïnomanie exclue)

Des recommandations de bonnes pratiques préconisent éventuellement l'acupuncture dans les situations suivantes :

- En traitement adjuvant de la douleur chronique dans la polyarthrite rhumatoïde (accord professionnel) (26),
- Dans les nausées gravidiques (grade A) (27),
- Dans les céphalées chroniques quotidiennes en complément au traitement de fond (grade C pour la neurostimulation acupuncturale) (28),
- Dans les lombalgies chroniques (grade C pour l'électroacupuncture). (29)

Le rapport de l'INSERM (15) sur l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture a été réalisé en 2014. Les auteurs ont réalisé une revue de la littérature des revues systématiques Cochrane sur l'acupuncture, et d'essais contrôlés randomisés multicentriques de larges effectifs publiés dans diverses revues scientifiques. Leur analyse suggère « *les bénéfiques de l'acupuncture pour certaines populations de patients dans la prophylaxie ou le traitement de certaines douleurs, l'amélioration de la satisfaction concernant la prise en charge de ces douleurs et la diminution de la prise en charge pharmaceutique. Certaines formes d'acupuncture semblent aussi être bénéfiques aux patients souffrant de nausées et vomissements après une chimiothérapie ou une intervention chirurgicale avec des effets secondaires minimes.* ».

Dans son rapport sur les thérapies complémentaires de 2013, l'Académie nationale de médecine estime que « *dans l'état actuel des connaissances, l'acupuncture peut apporter un bénéfice aux patients souffrant de* (5) :

- *Lombalgie ou cervicalgie chronique,*
- *Migraine ou céphalée de tension,*
- *Arthrose des membres inférieurs,*
- *Epicondylite,*

- *Douleurs des lombes ou du bassin pour les femmes enceintes et lors des douleurs de l'accouchement,*

Ou pour prévenir les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie anticancéreuse. Son utilité dans la fibromyalgie est incertaine. Son effet dans d'autres indications n'est pas exclu, mais n'est pas démontré. ».

Elle suggère que l'effet placebo est le mécanisme d'action de l'acupuncture le plus plausible.

En oncologie, l'AFSOS dans ses « Fiches Référentiels » indique que l'acupuncture a une efficacité validée depuis 1997 dans la prise en charge des nausées et vomissements chimio-induits, en complément des traitements médicamenteux classiques par électrostimulation (supérieure à l'acupuncture simple : diminue l'incidence des vomissements aigus) (30).

Le SNMAF affirme que l'acupuncture agit sur un grand nombre de situations douloureuses aiguës ou chroniques et de pathologies regroupées dans l'Annexe 2 (31).

2.3.2. Les difficultés à la réalisation d'essais contrôlés randomisés de qualité

De nombreuses études ont été menées pour évaluer l'efficacité de l'acupuncture (15). 5950 essais randomisés contrôlés sont répertoriés sur Medline et Acudoc. Mais les résultats et indications sont difficilement approuvés de manière commune. Cela s'explique par la faible qualité méthodologique de la majorité des études, par la difficulté de l'insu, et par la difficulté technique pour trouver un bon placebo.

Différentes méthodes sont utilisées dans les essais pour maintenir l'aveugle des participants. Il s'agit d'utiliser un traitement de contrôle mimant une séance d'acupuncture. Plusieurs « techniques » ont été développées pour simuler une séance d'acupuncture (15) :

- « Fausse acupuncture » : puncture en des points factices en dehors des points d'acupuncture et des méridiens,
- « Acupuncture non spécifique » : puncture à des points d'acupuncture non indiqués pour la pathologie soignée,
- « Acupuncture minimale » : puncture superficielle (< 4 mm de pénétration) et en dehors des points d'acupuncture,
- Dispositifs techniques : tels que les aiguilles placebo, ou autres dispositifs techniques rendant inefficace la stimulation (laser non fonctionnel ou aiguilles « supposées électriques », sans courant, « aimants » non magnétiques...) et assurant l'aveugle du

patient et parfois de l'acupuncteur. Certains considèrent cependant l'acupuncture factice comme une intervention active.

A ces difficultés techniques, s'ajoutent des désaccords entre acupuncteurs sur les points « efficaces » pour une pathologie donnée. Des points sont utilisés en tant que points actifs dans le bras intervention de certains essais et en tant que points « non spécifiques » dans le bras contrôle d'autres essais. Mais le principe de l'acupuncture est de proposer un traitement personnalisé pour chaque individu. Pour un même symptôme, les points stimulés par l'acupuncteur ne seront pas les mêmes selon les personnes. Des protocoles définis préalablement sont donc difficilement applicables.

2.3.3. Effets indésirables et contre-indications de l'acupuncture

Les effets secondaires sont rares, et le plus souvent d'intensité faible et transitoire (15) :

- Douleurs à l'insertion de l'aiguille,
- Saignements ou ecchymoses aux points d'insertion (à mettre en lien avec les traitements anti-agrégants et anticoagulants des patients (32).

Les autres effets secondaires reportés sont :

- Les sensations de malaise/lipothymie,
- Une exacerbation transitoire des symptômes au moment de l'insertion de l'aiguille,
- Une fatigue per et post traitement.

Les effets indésirables plus graves sont décrits de manière exceptionnelle. Leur prévalence est estimée à 0.55 pour 10 000 patients traités (0,055 %), une autre étude concluait à 0,024 % des cas (32). Ils sont le plus souvent reportés dans la littérature comme des descriptions de cas. L'imputabilité du traitement ainsi que les modalités d'administrations sont souvent mal décrites. On peut les classer en deux catégories (33) :

- Liés au risque infectieux : des complications infectieuses le plus souvent bactériennes telles que des infections cutanées et sous-cutanées, arthrites sceptiques... Des cas d'hépatites virales ont été évoqués à la suite de l'utilisation d'aiguilles mal ou pas stérilisées (32,34). Actuellement, ces situations restent exceptionnelles car les acupuncteurs utilisent des aiguilles à usage unique. Dans son rapport, l'INSERM précise aussi que ces cas rapportés ont été décrits dans les années 1980-1990.
- Liés à un mauvais usage des aiguilles ou une mauvaise connaissance de l'anatomie :
 - Pneumothorax,

- Accidents cardiaques (tamponnade, hémopéricarde...) et vasculaires (pseudo-anévrisme abdominal, poplité...),
- Incidents neurologiques graves souvent secondaires à des phénomènes hémorragiques ou inflammatoires compressifs, des migrations d'aiguilles (hémorragie cérébrale, neuropathie périphérique par compression...).

Dans ses « Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture » publiés en 2001, l'OMS précise qu'il est difficile de définir des contre-indications absolues à la pratique de l'acupuncture (35).

Il est cependant mentionné que l'acupuncture doit être utilisée « avec de grandes précautions » pendant la grossesse.

Elle ne doit pas être utilisée :

- En cas d'urgence médicale,
- En remplacement d'une intervention chirurgicale nécessaire,
- Comme traitement de tumeurs malignes,
- Chez des patients ayant des troubles de la coagulation ou prenant des traitements anticoagulants.

D'après une communication du Dr Henri Truong Tan Trung (président du Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise depuis 2013) citée dans le rapport de l'INSERM (15), ces recommandations ont été élaborées à destination des acupuncteurs non-médecins : « *La grossesse n'est pas une contre-indication. [...] Au contraire l'acupuncture constitue une méthode thérapeutique adaptée à cette période. Elle fait ainsi l'objet d'un enseignement et d'une pratique spécifique destinés aux sages-femmes. Il faut juste être prudent. Les anticoagulants ne sont pas non plus toujours une contre-indication.* »

2.4. LA PRATIQUE ACTUELLE DE L'ACUPUNCTURE

2.4.1. En Chine

En Chine, médecine traditionnelle et médecine occidentale cohabitent. Dans un système de santé dont l'organisation est différente de la nôtre (36), l'offre de soin principale est celle de la médecine occidentale (spécialités d'organe, prescriptions d'examen complémentaires, prescription médicamenteuses...). Les hôpitaux ont des services de médecine traditionnelle chinoise, ou proposent des consultations de médecine chinoise au même titre que les spécialités médicales « classiques » (37,38).

Plusieurs cursus de formation existent, ce qui entraîne des différences de niveaux d'études entre médecins.

Un premier cursus a une forme équivalente à celui enseigné dans les facultés des pays européens, en termes de contenu et de longueur de cursus (5 à 8 ans de formation supérieure).

Un deuxième cursus est également proposé, de 3 années seulement, les étudiants ayant accès à ce cursus étant aussi considérés comme "médecins".

Par ailleurs, deux types d'écoles de médecine coexistent : celles qui délivrent l'enseignement de la médecine traditionnelle chinoise, et celles qui sont plus conformes aux standards internationaux. Les étudiants qui fréquentent les écoles proposant un enseignement de la médecine occidentale bénéficient également d'un enseignement de la médecine traditionnelle (36).

Actuellement, la Chine a réhabilité l'acupuncture (19). Elle en fait un outil d'influence de la diplomatie chinoise. Elle vise à la reconnaissance internationale de savoirs chinois et fait la promotion des intérêts de l'État (39).

2.4.2. En Europe et aux Etats-Unis

En 1999, la résolution 1206 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (40) a fixé un cadre de pratique pour les médecines non conventionnelles à l'échelle européenne.

Tout en reconnaissant la « prééminence » des médecines conventionnelles, l'Assemblée s'est prononcée en faveur de la création d'un cadre légal pour les médecines non conventionnelles. Elles devraient pouvoir être exercées à l'avenir tant par des médecins issus de la médecine conventionnelle que par des praticiens de médecine non conventionnelle correctement formés et sous la réserve de la pleine application des règles d'éthique. L'Assemblée estime que pour les patients la meilleure des garanties réside dans l'offre d'une profession bien formée et consciente de ses limites, possédant un système de déontologie et d'autocontrôle, et aussi soumise à un contrôle extérieur.

Malgré cette résolution, la législation concernant la pratique de l'acupuncture est variable selon les pays. Dans la note d'analyse de 2012 du Centre d'Analyse Stratégique, il est précisé que la régulation des pratiques, les thérapies non conventionnelles reconnues et les thérapeutes autorisés à l'exercer variaient selon que le pays soit « monopolistique » ou dit « tolérant ». *« La régulation de cette offre est une question sensible car elle touche aux identités et aux monopoles professionnels. »* (41).

Deux modèles s'opposent : les pays autorisant la pratique des thérapies complémentaires par des non-médecins sous conditions définies par la loi (Allemagne, Norvège, Suède, Danemark, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni) (42). Les pays n'ayant pas de législation où seuls les médecins sont autorisés à pratiquer (France, Espagne, Italie, Grèce, Belgique) (43,44).

En Belgique, en 2019, la pratique d'une médecine non conventionnelle par un non-médecin équivaut à un exercice illégal de la médecine (45). En 1999, la « loi COLLA » devait constituer le début du processus de reconnaissance de quatre médecines non-conventionnelles : l'homéopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture (46). A ce jour cette loi n'est exécutée que partiellement (45) et les acupuncteurs non-médecins ne sont toujours pas reconnus.

En Allemagne, l'acupuncture peut être pratiquée légalement par des non-médecins depuis 1939 (47). La condition nécessaire est d'être titulaire du diplôme de « Heilpraktiker ». Leur formation n'est pas uniformisée puisqu'il existe environ 300 écoles de formation enregistrées pour apprendre les rudiments de la profession (48). L'examen final se conforme à des directives nationales. Ces directives exigent des connaissances médicales approfondies. Elles stipulent que les candidats au métier de « Heilpraktiker » doivent prouver qu'ils connaissent les limites et les dangers des méthodes diagnostiques et thérapeutiques utilisées par les praticiens, qu'ils doivent être sûrs des méthodes employées, qu'ils peuvent « *communiquer et réagir de manière appropriée avec des patients de tous âges* », qu'ils connaissent les règles d'hygiène et les procédures de qualité et d'information du patient et qu'ils possèdent des compétences spécialisées dans les domaines de la gestion de la qualité ainsi que dans l'utilisation de la terminologie spécialisée (48).

Au Royaume-Uni, il n'existe pas de législation concernant la pratique de l'acupuncture. Toute personne peut pratiquer la médecine traditionnelle chinoise à condition de ne pas prétendre au titre de « Docteur en médecine » (44).

Aux Etats-Unis, le cadre de pratique de l'acupuncture est déterminé par chaque Etat de façon indépendante (49). 47 Etats ont défini les conditions d'exercice de l'acupuncture ainsi que les formations reconnues pour les non-médecins (50). La « National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine » (NCCAOM) est le principal organisme de certification. Les 47 Etats demandent aux praticiens d'être titulaire de la certification NCCAOM pour avoir le droit de pratiquer l'acupuncture (51).

2.4.3. En France

En 2017, le nombre d'omnipraticiens (médecins généralistes et médecins à exercice particulier) était de 59 417 d'après le site AMELI. 1194 médecins acupuncteurs exerçaient cette même année, soit 2% des omnipraticiens. Leur effectif diminue régulièrement depuis plusieurs années puisqu'ils étaient 2076 à exercer en 1996 (52).

2.4.3.1. Législation et cadre de pratique

L'acupuncture est une « orientation médicale » reconnue par le Conseil national de l'Ordre des médecins depuis 1974, et non une spécialité (15). Elle constitue un acte médical, codé QZRB001 dans la Classification Commune des Actes Médicaux, dont le remboursement est de 18 euros. Il s'agit d'un acte isolé dont le remboursement est soumis aux indications suivantes (53) :

- Traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte : nausées et vomissements,
- Alternative thérapeutique antalgique en association à d'autres traitements,
- Syndrome anxiodépressif en association avec un programme de prise en charge globale,
- Aide au sevrage alcoolique et tabagique.

En conséquence, seuls les membres des professions médicales peuvent le pratiquer : médecins, chirurgiens-dentistes pour les actes en lien avec la chirurgie dentaire et sages-femmes pour les actes en lien avec l'obstétrique. Les personnes n'appartenant pas au corps médical et pratiquant l'acupuncture peuvent être poursuivies pour exercice illégal de la médecine (54).

2.4.3.2. Formation des acupuncteurs

Pour les médecins, l'enseignement de l'acupuncture est dispensé par les facultés de médecine sous la forme d'un DIU, et d'une Capacité depuis 2007. Le DIU « Initiation à l'acupuncture médicale » d'une durée d'un an est le préalable indispensable pour l'inscription à la Capacité d'acupuncture médicale. La Capacité dure deux ans et comprend 280 heures d'enseignements théoriques, 70 heures d'enseignement dirigés et 120 heures de stage

hospitalier ou chez un praticien (55). Seule cette formation est reconnue « qualifiante » par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Un DIU intitulé « Acupuncture scientifique » est aussi proposé par les facultés de médecine Paris Sud et Lyon 1. Le programme privilégie les composantes scientifiques et pratiques de l'acupuncture (56).

A l'instar de la diminution du nombre de médecins acupuncteurs, les formations à l'acupuncture médicale sont de moins en moins proposées aux médecins.

En 2003, 9 facultés proposaient le DIU d'acupuncture médicale : Aix-Marseille II, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nantes, Nice, Paris 13 et Strasbourg (57).

En 2019, plus que 5 facultés le proposent : Paris 13, Nantes, Strasbourg, Rouen et Nîmes. Cependant, Rouen ne propose pas la Capacité contrairement aux quatre autres universités (58).

La formation continue est assurée par la FAFORMEC, organisme regroupant de nombreuses associations de médecins-acupuncteurs. On peut citer le SNMAF, l'AFA ou encore le GERA comme adhérents à la FAFORMEC. Le GERA gère notamment un centre de documentation spécialisé en acupuncture et médecine traditionnelle chinoise regroupant de nombreuses études.

En 2018, le Collège des Enseignants Francophones d'Acupuncture Médicale (CEFAM) a été créé pour coordonner et standardiser l'enseignement au niveau national (41).

2.4.3.3. Pratique de l'acupuncture par des acupuncteurs non-médecins

La diminution progressive du nombre de médecins acupuncteurs ainsi que les fermetures successives des formations universitaires contrastent avec le nombre d'acupuncteurs non-médecins en exercice : plus de 6000 selon une estimation du SNMAF en 2018 (59).

Cette contradiction entre un exercice jugé illégal d'une part et une relative tolérance d'autre part se retrouve dans l'existence dans la Nomenclature d'Activités Française de l'INSEE d'une dénomination « Acupuncture non médecin » (code APE 8690F) (60).

La catégorie « Activités de santé humaine non classées ailleurs » comprend entre autres : les « iridologues », « rebouteux » ou encore « méthode de libération des cuirasses » (Annexe 3).

Le grand nombre d'écoles privées proposant des formations hétérogènes posent également question sur leur qualité et par la suite sur la sécurité sanitaire des patients (61–63).

Les acupuncteurs non-médecins sont aussi représentés par des organismes professionnels. Les trois principaux sont la CFMTC (issu du regroupement de plusieurs associations), l'OSMC et le SFMC.

2.5. L'ACUPUNCTURE, LE PARCOURS DE SOINS ET LE GENERALISTE

Les acupuncteurs interviennent dans le parcours de soins du patient en tant que soignants. Le médecin généraliste doit en tenir compte conformément à ses missions de médecin traitant. Le Code de la Santé Publique (article L4130-1 du Code de la Santé Publique) définit huit missions au médecin généraliste dont :

- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social,
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients,
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient,
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

Le rôle central du médecin généraliste a été renforcé par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, par la création du parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Il n'est plus seulement le référent du patient en matière de sa santé mais incarne le « gatekeeper », il est la porte d'accès au système de santé et aux spécialistes. Il oriente le patient dans un parcours de soins coordonnés. Il recueille les informations de différentes sources afin de centraliser les données médicales des patients et d'assurer la continuité des soins. L'objectif initial était de limiter le nomadisme médical et de rationaliser les dépenses de santé (64).

Dans notre travail nous avons également considéré le parcours de soin comme un « itinéraire thérapeutique ». Il peut se définir comme le « *parcours que suit les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent.* » (65).

2.6. INTERÊT ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Le recours aux thérapies complémentaires, dont l'acupuncture, est en recrudescence et plus d'un tiers des patients y ont recours. Attester de son efficacité par des preuves scientifiques reste difficile et controversé, bien que des études suggèrent des effets bénéfiques spécifiques (15).

Les médecins généralistes sont au centre du parcours de soins des patients en France, et coordonnent les recours des patients. Leur rôle nécessite des compétences spécifiques regroupées dans la marguerite des compétences élaborée par le Collège National des Généralistes Enseignants (Annexe 4). Au cœur des compétences, l'approche centrée patient montre la nécessité de s'intéresser aux représentations, compréhensions et recours des patients concernant leurs soins.

La recrudescence du recours à l'acupuncture implique donc que les généralistes et les patients s'adaptent à de nouveaux intervenants. Cela interroge sur les relations entre ces acteurs, et sur l'impact de la nouvelle relation patient-acupuncteur sur la relation médecin généraliste-patient.

Comment les patients articulent-ils leur recours en acupuncture avec leur suivi en médecine générale ? Comment les médecins généralistes interagissent avec les patients et avec les nouveaux intervenants de santé pour assurer une continuité des soins ? Comment se perçoivent les acupuncteurs dans le parcours de soins de patients suivis en médecine générale ?

Peu d'études se sont intéressées aux interactions entre patients, médecins généralistes et acupuncteurs lors du recours à l'acupuncture par les patients.

Le point de vue des acupuncteurs sur leur place et leur vécu est rarement exploré dans les études menées sur l'acupuncture. Les précédents travaux de thèse concernant l'acupuncture ne mentionnaient pas la situation des acupuncteurs non-médecins (66,67). Il nous semblait nécessaire de leur donner la parole pour avoir une vision globale et plus réaliste des modes de fonctionnement actuels.

L'objectif de notre étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes, patients et acupuncteurs sur la place de l'acupuncture dans le parcours de soins des patients et les modes de fonctionnement qui découlent de leur relation triangulaire.

3. MATERIEL ET METHODES

3.1. CHOIX D'UNE METHODOLOGIE QUALITATIVE

Pour répondre à notre objectif nous avons choisi une approche qualitative.

Initialement réservée aux sciences humaines et sociales et au marketing (68), la recherche qualitative s'est introduite dans le domaine de la santé depuis les années 1990. Ce type de recherche est particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes sociaux. Son but est de décrire, comprendre et expliquer ces phénomènes (69). Transposée dans le domaine de la santé, cette démarche inductive génératrice d'hypothèses, permet d'explorer les représentations, les comportements et l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux (70).

Cette méthodologie paraît la plus adaptée pour étudier les interactions des médecins généralistes, des patients et des acupuncteurs dans le cadre d'une nouvelle relation particulière.

3.2. ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT

3.2.1. L'échantillonnage

Dans une recherche qualitative, l'échantillon n'a pas pour but d'être représentatif d'une population donnée (70). L'objectif étant de comprendre des mécanismes de pensées propres aux individus dans une situation donnée, la notion de représentativité statistique n'a pas lieu d'être. La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée avant la réalisation de l'étude mais par la réalisation de l'étude elle-même. Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, une « saturation des données » apparaît, c'est à dire que les nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles. A ce moment, le recrutement est terminé et l'échantillon à sa taille définitive (71).

Cependant si la qualité de l'échantillonnage n'est pas bonne, cela peut conduire, comme en recherche quantitative, à l'apparition de biais dans les résultats engendrant une « fausse » saturation des données (70). Notre objectif était d'explorer la diversité des représentations des trois populations sur la place de l'acupuncture dans le parcours de soin et les comportements qui en découlent.

Un échantillonnage raisonné en variation maximale semblait le plus adapté (70,72).

Dans cette optique, les variables susceptibles d'influer sur les résultats qui ont été sélectionnées sont :

- Pour les patients : l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ainsi que le milieu d'habitation,
- Pour les médecins généralistes : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, la pratique d'un exercice particulier,
- Pour les acupuncteurs : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le statut de médecin ou non-médecin.

Les antécédents médicaux, les traitements en cours ainsi que la durée du suivi en acupuncture ont été recueillis mais non connus avant l'entretien de chaque patient.

La durée d'exercice, la difficulté d'accès aux acupuncteurs et le recours personnel à l'acupuncture ont été demandés aux médecins généralistes.

La durée d'exercice, la formation suivie et la pratique d'une autre profession de santé ont été demandées aux acupuncteurs.

Après avoir discrétisé les variables choisies en classes, le but du recrutement était d'avoir des participants dans chaque classe afin d'obtenir un échantillon respectant les critères de qualité de l'échantillonnage en variation maximale (70).

3.2.2. Le recrutement

Les critères d'inclusion des patients étaient : être majeur et avoir consulté au moins une fois en acupuncture. Ces critères nous ont permis de recruter des patients suivis régulièrement en acupuncture et des patients ayant un recours ponctuel. Ces deux modalités de recours pouvaient correspondre à des motivations différentes.

Pour les médecins généralistes : avoir une activité libérale de médecine générale (y compris à exercice particulier hors acupuncture). La pratique d'une thérapie complémentaire par le médecin généraliste peut modifier sa perception de l'acupuncture et des patients qui en ont recours.

Pour les médecins acupuncteurs : avoir une activité principale d'acupuncture. Un médecin acupuncteur pratiquant majoritairement la médecine générale et seulement occasionnellement l'acupuncture pourrait se percevoir plus dans le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins et moins dans celui d'acupuncteur.

Le recrutement des patients s'est effectué par plusieurs moyens. Soit par connaissance directe ou indirecte des chercheurs (par l'intermédiaire de proches des chercheurs). Soit par

l'intermédiaire d'acupuncteurs acceptant de promouvoir ce travail auprès de leurs patients. Soit par « effet boule de neige » (identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants) (73).

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué exclusivement par connaissance directe ou indirecte (par l'intermédiaire de proches des chercheurs).

Le recrutement des acupuncteurs s'est effectué soit par connaissance directe, soit par « effet boule de neige ». Nous avons également contacté directement des acupuncteurs selon l'annuaire téléphonique.

3.3. LE RECUEIL DES DONNEES

3.3.1. Par entretiens individuels semi-dirigés

La méthode principale utilisée pour le recueil des données a été celle de l'entretien individuel semi-dirigé. Son objectif est de laisser s'exprimer au maximum les opinions, le vécu, les ressentis de l'interviewé tout en restant dans le domaine de recherche initial. Cette technique est indiquée pour identifier les points de vue, les croyances, les attitudes des individus (71).

L'interviewer doit adopter une attitude neutre en ayant le moins d'a priori possible sur le sujet d'étude et laisser le plus possible la parole à l'interviewé sans l'influencer dans ses réponses.

Pour permettre de rester dans le champ du sujet étudié, un guide d'entretien (ou canevas) a été réalisé pour chaque population. Celui-ci doit répondre à plusieurs critères afin de ne pas orienter les réponses de l'interviewé vers ce que pense a priori l'interviewer. Ainsi, le guide d'entretien s'est composé de questions les plus ouvertes possibles, la première question servant de « brise-glace » dans le but de mettre en confiance l'interviewé. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'étude en fonction de l'analyse des données obtenues après chaque entretien (70).

En pratique, les entretiens ont été réalisés en face-à-face ou bien par téléphone si un rendez-vous « réel » ne pouvait être fixé. Une présentation succincte du travail en cours a été faite avant de débiter l'entretien ainsi qu'un rappel sur le fait que l'entretien était enregistré et complètement anonyme. Une explication claire de ce qui était attendu au cours de l'entretien a été donnée, à savoir un recueil d'opinions, de ressentis, d'avis personnels, à l'opposé d'un interrogatoire ou d'un questionnaire « classique ».

Les guides d'entretien initiaux et finaux des trois populations sont présentés en Annexes 5,6 et 7. Ces entretiens ont été enregistrés sur dictaphone pour être ensuite retranscrits intégralement. L'anonymisation a été réalisée lors de la retranscription et les enregistrements audio détruits une fois l'étude terminée.

3.3.2. Par entretien collectif semi-dirigé ou focus-group

Un focus-group a été réalisé réunissant des acupuncteurs non-médecins.

L'avantage de cette technique de recueil des données est de stimuler différents points de vue par la discussion, comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées. La méthode des focus-group permet par l'expression directe des participants de faire émerger des idées diverses, parfois inattendues. Cette méthode de recueil de données est particulièrement adaptée pour identifier les attentes, les besoins et les solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique, permettant ainsi de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins (74). La composition d'un focus-group doit être homogène pour capitaliser les expériences communes des participants (71).

Le focus-group n'était composé que d'acupuncteurs non-médecins enseignants au sein d'une même école privée. Cela permettait de confronter leurs expériences personnelles d'exercice. Ils pouvaient aussi exprimer et expliquer leurs souhaits concernant l'évolution de leur pratique.

3.4. ANALYSE DES RESULTATS PAR THEORISATION ANCREE

Dans l'objectif d'étudier les modes de fonctionnement de nos trois populations les unes vis-à-vis des autres, et de pouvoir les rendre explicites, nous avons choisi d'utiliser la théorisation ancrée. Cette méthode, issue de la sociologie, a été initialement présentée par Glaser et Strauss en 1967 (72). D'après P. Paillé, elle permet de théoriser un phénomène empirique à travers la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation (75). Plus simplement de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation. Elle est idéale pour l'étude des processus (76) et pour expliquer des modifications de comportement face à telle ou telle problématique.

La première étape avant l'analyse proprement dite des données a été la retranscription intégrale des entretiens sur un logiciel de traitement de texte (Word®) d'après les

enregistrements audios. Ces « verbatims » incluaient également la communication non-verbale de l'interviewé telle que des réactions particulières à des questions ou les silences. Cette retranscription fidèle était effectuée après chaque entretien pour permettre une analyse au fur et à mesure de l'avancement du travail et donc une réévaluation constante du guide d'entretien selon les données émergentes.

Une première lecture intégrale de la retranscription a été réalisée dans l'objectif de s'imprégner du texte, de son sens et de ses principales idées : c'est la lecture flottante (77). A ce stade des « mémos » étaient également notés. Il s'agissait d'impressions, de concepts donnés par la lecture de l'entretien qui ont servi ultérieurement pour mettre en relation les codes issus de l'analyse des entretiens.

La suite de l'analyse des résultats proprement dite a suivi les étapes décrites par P. Paillé : codification, catégorisation, mise en relation, intégration, modélisation et théorisation.

La codification a pour objectif de regrouper un ensemble de mots, de phrases, sous un intitulé synthétisant, conceptualisant leur contenu. Le chercheur procède donc à une lecture attentive de la transcription de l'entrevue puis tente de qualifier par des mots ou des expressions le propos d'ensemble. Cette technique répond aux questions : « Qu'est-ce qu'il y a ici ? », « Qu'est-ce que c'est ? », « De quoi est-il question ? » (75). Ce premier niveau de codage correspond au codage ouvert.

En pratique, nous avons procédé à un double codage. Les données ont été codées par les deux chercheurs de façon indépendante. Une mise en commun après chaque entretien a été réalisé dans le but d'obtenir un codage définitif issu de la synthèse des deux points de vue. Pour aider à l'organisation de ces codes et pour faciliter l'ajout, la modification ou la suppression de certains, un logiciel d'analyse qualitative a été utilisé : QDA Miner Lite®. L'ensemble des codes obtenus a été regroupé au sein d'un « livre de codes » spécifique à chaque population.

Le codage sélectif (ou catégorisation) a ensuite été réalisé.

Il s'agit de porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données (75). En pratique, nous avons regroupé les codes ouverts dans des ensembles (ou catégories) plus conceptualisant. Des codes sélectifs ont ainsi été obtenus. Leurs dénominations sont plus englobantes que les codes ouverts mais peuvent parfois correspondre à des codes ouverts.

Puis le codage théorique (ou mise en relation). Cette étape répond aux questions suivantes : « Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là ? », « En quoi et comment est-ce lié ? ». Les questions posées supposent la comparaison des catégories de l'analyse. Ce travail permet de mettre en relation les catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leur lien soit explicité (75).

A l'issue de ce travail nous avons abouti à une schématisation intégrant les différentes catégories obtenues (neuf catégories pour les patients et les acupuncteurs, dix pour les médecins généralistes). Cette « modélisation » des résultats a permis de rendre compte et d'expliquer les liens entre les catégories. L'objectif étant de rendre compte de mécanismes de pensées et des logiques qui sous-tendent celles-ci.

3.5. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour respecter au mieux les principes de la théorisation ancrée, nous avons effectué la majorité de notre recherche bibliographique après le recueil et l'analyse de nos résultats.

L'objectif était de ne pas introduire de biais dans le recueil des données (en orientant les questions du guide d'entretien par exemple) et dans leur interprétation (en analysant les données à partir d'un a priori).

Notre recherche bibliographique a été réalisée en utilisant les bases de données PubMed, Cochrane, Google Scholar, EM Consulte, Eco-Santé, le Catalogue et Index des Sites Médicaux de la langue française (CISMeF), le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) et le portail de référence pour les publications de sciences humaines et sociales CAIRN.INFO.

Les mots clés utilisés en français ont été : acupuncture, médecines complémentaires et alternatives, médecine intégrative, thérapies complémentaires, représentation, patients, médecin généraliste, relation, médecine générale.

Les mots clés utilisés en anglais, à l'aide du module de recherche des termes MeSH de CISMeF ont été : acupuncture, complementary and alternative medicine, general practice, general practitioner, integrative medicine, integrated medicine, perception, primary care, relationship.

3.6. CADRE LEGAL

Dans le cadre des démarches éthiques, une déclaration simplifiée de conformité à une méthodologie de référence a été adressé à la CNIL avec récépissé de déclaration sous le numéro 2206187v0 à la date du 4 septembre 2018.

Un consentement oral a été recueilli systématiquement avant chaque entretien individuel avec une information sur l'anonymat total des données, la possibilité pour le participant de retirer des propos à l'issue de l'entretien, la destruction des enregistrements audio après la fin de l'étude. Un consentement écrit a été recueilli pour les participants du focus-group.

4. RESULTATS DES PATIENTS

4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

14 patients ont été recrutés par méthode directe ou indirecte (par l'intermédiaire de proches des chercheurs). Sur 15 acupuncteurs contactés, 4 nous ont répondu favorablement, mais 1 seul nous a mis en relation avec des patients. 7 patients ont été recrutés par l'intermédiaire de cet acupuncteur. 1 participant a été recruté par « effet boule de neige ».

22 patients au total ont participé aux entretiens individuels semi-dirigés qui se sont déroulés entre juillet 2018 et décembre 2018. L'échantillon se composait de 15 femmes et de 7 hommes. Les participants étaient âgés de 22 ans à 87 ans, avec un âge moyen de 58 ans.

Les participants sont dénommés par la lettre « P » suivie du numéro de l'entretien par ordre chronologique de réalisation. Le premier patient interrogé est donc le P1.

Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans l'Annexe 8.

15 entretiens ont été réalisés au domicile des participants, 5 dans un espace public selon la convenance du participant (P4, P5, P14, P16 et P19) et 2 par téléphone (P20 et P22). Les entretiens ont duré de 10 minutes à 41 minutes pour une moyenne de 23 minutes.

4.2. LES REPRESENTATIONS DE L'ACUPUNCTURE PAR LES PATIENTS

Le choix de l'acupuncture était personnel, il suivait diverses motivations selon les personnes. A l'issue des entretiens, trois grandes catégories ont émergé concernant les raisons profondes de ce choix.

4.2.1. L'acupuncture comme synonyme de bien-être

Pour certaines personnes, la séance d'acupuncture ne correspondait pas à du soin dans le sens d'un acte médical ou paramédical mais plutôt à un moment agréable amenant un état de bien-être.

*« C'est assez drôle parce que en fait (rires) je vais chez l'acupuncteur comme si j'allais, tu sais quand tu vas te faire faire un massage dans un institut, tu sais que c'est un moment super sympa que tu vas trouver, et ben là c'est la même chose, ouais, tu... t'as cet espèce de bien-être qui fait que quand tu sors de là euh tu te sens bien quoi. »
(P19)*

4.2.1.1. L'acupuncture n'est pas associée à l'idée de maladie

Les représentations sur la maladie semblaient absentes de l'esprit des patients lors d'une consultation en acupuncture à l'inverse d'une consultation médicale « classique ».

« Jusqu'à l'âge de 14 ans, j'étais toujours malade, j'ai toujours pris des médicaments donc pour moi médicaments c'est être malade, quand je vais voir un acupuncteur, je suis pas malade euh j'ai un mauvais passage... et voilà ça va être traité. » (P13)

4.2.1.2. L'acupuncture ne peut pas faire de mal

L'idée que la pratique de l'acupuncture ne présente pas de danger ni d'effets indésirables à l'opposé de certains actes médicaux ou de la prise d'un médicament venait renforcer l'impression de bien-être.

« Et puis on se dit que l'acupuncture de toutes façons, ce ne sont pas des substances chimiques encore que l'on va rajouter à ce qu'on a déjà en fait. Donc si ça marche tant mieux, mais si ça marche pas il y aura moins de conséquences... » (P1)

« Mais euh... fin c'est agressif c'est juste des petites... enfin on touche, on pénètre la peau avec des aiguilles, mais il n'y a pas de conséquences. Ça va pas m'empoisonner... c'est inoffensif. » (P3)

4.2.1.3. Se sentir en forme grâce à l'acupuncture

Le fait de se sentir mieux, en meilleure forme, pendant et/ou après une séance d'acupuncture contribuait également à la notion de moment agréable attachée à l'acupuncture.

« J'étais fatiguée, je sentais qu'il y avait une perte d'énergie globale et ça m'a permis de retrouver une certaine capacité à me régénérer moi-même pas à base de médicaments de... » (P5)

« Euh... fatigue euh quand je subis euh, pas mal de fatigue depuis un petit bout de temps, voilà, ça je sais que ça va me booster euh, sans problème. » (P17)

4.2.1.4. Ressentir son corps différemment grâce à l'acupuncture

Enfin, l'acupuncture permettait pour d'autres d'avoir une nouvelle vision sur leur corps et de ressentir différemment son fonctionnement.

« Et de là, ben en découle une découverte de tout un tas de... de... pas de remède mais tout un tas de choses sur l'acupuncture et la façon de voir euh... et la façon de voir le corps humain surtout, comprendre comment ça marche. » (P2)

« T'as l'impression de ressentir une énergie un peu qui circule quoi, au-dessus de toi, entre les aiguilles, où, enfin je sais pas trop comment te dire, mais ouais t'as un peu cette sensation. Tu sens un truc qui passe quoi. » (P20)

4.2.2. L'acupuncture comme manière de vivre

L'acupuncture et plus largement la MTC, correspondait à un mode de vie chez certains participants et ne se limitait pas qu'au seul traitement ponctuel de symptômes.

4.2.2.1. Connaître l'acupuncture depuis toujours

L'acupuncture n'était pas une découverte récente d'une nouvelle technique pour certains patients mais faisait partie de leur vie quotidienne.

« Oui, alors ben pour moi c'est tout aussi connu que la médecine traditionnelle on va dire oui allopathique. Je pense, euh, on n'a pas pu me dire, enfin j'ai eu des témoignages mais je veux dire pour moi ça a toujours existé. C'est pas quelque chose que j'ai découvert à un moment précis. » (P5)

4.2.2.2. Avoir un suivi régulier en acupuncture

L'acupuncture n'était pas utilisée seulement de façon symptomatique mais pouvait être vue comme un entretien régulier du corps dans le but de maintenir un bon état de santé.

« Au mois d'août il était pas là pendant cinq semaines, alors ça a été bien puis au bout d'un moment...mais je sais pas si c'est psychologique ou pas ! J'en sais rien j'ai senti qu'un moment ça allait pas, et il est revenu et c'était un peu mieux. » (P15)

4.2.2.3. L'importance de la prévention

Hormis le traitement ponctuel de certains symptômes, la MTC pouvait aussi répondre à une recherche de divers moyens pour prévenir la survenue de maladies (alimentation, habitudes de vie...).

« Moi j'ai toujours été pour la prévention, toute ma vie, chaque fois que j'entends parler

de quelque chose qui est intéressant, je me dis ben j'y vais. » (P4)

« Ça a déboulé sur tout un changement aussi de ma façon de me nourrir, de bouger... Il y a eu aussi tout ce travail en même temps. Et ça... voilà. Donc du coup t'adaptes ton corps à une nouvelle façon de manger de bouger de vivre, ce qui fait que t'as moins besoin de l'acupuncteur, de l'ostéopathe, de... fin voilà. Et ça, ouais elles m'ont aidée à ça. » (P8)

4.2.2.4. S'intéresser au fonctionnement de l'acupuncture

Quelques participants ont fait part d'une volonté d'approfondir leurs connaissances sur la MTC afin de mieux comprendre la logique et de pouvoir appliquer ses principes dans la vie quotidienne.

« Et c'est sûr qu'en me documentant, en parlant avec les gens et puis j'ai rencontré après un médecin tibétain parce que je pratique euh au centre bouddhiste à (ville) » (P16)

4.2.2.5. Croire en l'acupuncture pour que ce soit efficace

Pour d'autres, l'efficacité de l'acupuncture nécessitait l'adhésion du patient aux paroles et aux actes de l'acupuncteur. Il ne s'agissait pas pour le patient d'être passif et de laisser agir les aiguilles, mais plutôt d'accorder du crédit à la pratique pour en ressentir les effets. Cette condition semblait même être indispensable pour certains.

« Je pense qu'il faut que le patient adhère à cette médecine... et pense que cette médecine peut amener des choses. » (P2)

« Ben... si t'y vas à reculons, c'est comme dans tout hein, si tu fais à reculons euh tu, t'aboutis à rien hein. » (P22)

4.2.2.6. L'acupuncture en France n'est pas la vraie pratique de l'acupuncture

Parmi les participants ayant accumulés des connaissances sur l'acupuncture, certains pensaient que l'acupuncture pratiquée en Europe était adaptée aux habitudes de vie et au mode de pensée occidental et donc ne correspondait pas à la pratique de l'acupuncture telle qu'on peut la trouver en Chine.

« Les acupuncteurs français n'ont pas la même formation qu'un acupuncteur chinois ou vietnamien. Y'a quand même 6 mois euh 6 ans d'étude en Chine ou 7 ans et c'est tous les jours quoi c'est assez intense. Et puis la façon de penser, la diététique... » (P16)

4.2.2.7. S'ouvrir à l'acupuncture fait partie de l'évolution de la société

Enfin, au niveau collectif, l'émergence de l'acupuncture dans les pays occidentaux pouvait être en rapport avec le phénomène de mondialisation et de mise en relation des différentes cultures à travers le monde. Les jeunes médecins généralistes seraient donc plus sensibles à cette tendance que les plus âgés.

« Bah parce qu'ils sont dans leurs vieux... autrefois, autrefois ça se faisait pas. Je te parle... maintenant on en voit des choses comme ça. Autrefois ça se faisait pas. Alors les vieux médecins, ils ont pas ça dans leur euh comment dire, ils ont pas évolué pour euh... pour le l'admettre, à mon avis. Je me trompe ? » (P9)

« Du coup ça restait une médecine euh... lointaine euh... étrangère voilà. Mais aujourd'hui, je pense que grâce, ou pas, du fait des médias, tu vois de plus en plus de pratiques euh... Et les autres médecines sont un peu plus reconnues maintenant euh. Donc je pense que le médecin va s'intéresser davantage. » (P21)

4.2.3. L'acupuncture comme moyen pour se soigner

La plupart des participants avaient confiance dans l'acupuncture pour se soigner : *« Ah oui. J'y suis pas allée pour me faire plaisir. Enfin... oui c'est une médecine » (P14)*

Qu'il s'agisse d'un premier recours *« Fin moi je passerais par là avant d'aller prendre des médocs hein. » (P22)* ou en cas d'échec de la médecine générale, l'acupuncture apparaissait plus adaptée à chaque individu et aussi plus efficace.

4.2.3.1. Constater l'efficacité de l'acupuncture

« Oui oui oui ça m'a beaucoup aidé. Oui oui parce que j'avais des crises la nuit, c'est vrai que je me suis fait la remarque euh... j'en ai parlé à mes sœurs aussi, j'ai dit franchement, là c'est le top quoi. » (P7)

« La dernière fois que j'y suis allé, j'avais 2 douleurs, dans la hanche, un point très très fort à un endroit et là sur l'intérieur de la cuisse mais c'était plus comme euh si j'avais eu une élongation, ça je connais un peu, ça me brûlait à l'intérieur et bien ça ça a disparu quoi. » (P18)

« Les progrès étaient tellement spectaculaires que j'ai décidé d'arrêter totalement mes traitements. » (P6)

4.2.3.2. Une pratique plus adaptée plus adaptée pour soi

Par une prise en charge globale :

« Elle, elle a une vision globale donc elle travaille sur la globalité et y'a des réseaux qui fonctionnent ensemble, c'est comme ça que je comprends la médecine chinoise » (P4)

Par une prise en charge personnalisée :

« Ça, ça colle à la, ta personnalité du coup. Puisque tu as un traitement, oui un traitement quoi, entre guillemets, qui est vraiment adapté à ton besoin quoi... » (P8)

Par une relation et une écoute de qualité :

« J'ai retrouvé une écoute, une instantanéité de réponse donc vous voyez... » (P6)

« Y'a un rapport avec l'acupuncteur qu'est bien, comme avec l'autre médecin je veux dire. » (P14)

4.2.3.3. L'acupuncture en cas d'échec de l'allopathie

Le recours à l'acupuncture pouvait aussi être perçu comme une dernière chance en cas d'échec de traitements « conventionnels ». Le sentiment de rien avoir à perdre à essayer ressortait également de certains entretiens.

« Et l'ORL m'a dit qu'il n'y avait rien à faire avec les acouphènes, qu'il fallait que je vive avec. » (P2)

« Je me suis dit qu'est-ce que je perds à aller voir la médecine chinoise. » (P4)

« Vous savez quand on souffre du dos et que on vous donne les médicaments et que ça passe pas et que vous dites euh je me lève le matin je reste bloquée, impossible de marcher, à un moment faut qu'on cherche des solutions et ben voilà. » (P13)

Enfin, certains patients regrettaient l'approche qu'ils jugeaient parfois trop symptomatique de la médecine générale, et étaient plus satisfaits des réponses apportées par la médecine chinoise.

« Parce que les seules solutions c'étaient anti-inflammatoires anti-douleurs. Et... c'est pas possible c'était pas suffisant... en effet ça calmait la douleur. Mais... qu'est-ce qui

faisait débloquer... l'épaule ? Parce qu'elle était complètement gelée quoi. » (P8)

« Ah ba pour des choses comme ça j'irais plutôt voir l'acupuncteur. J'aurais plus confiance qu'à un médecin généraliste parce que un médecin généraliste je sais bien ce qu'il va me donner. Il va me donner des anti-douleurs et pis c'est tout. Moi il va pas me dire de me faire opérer de... euh... d'une hernie discale à mon âge hein, ou même avant... ça je le sais... » (P9)

4.3. LES LIMITES AU CHOIX DE L'ACUPUNCTURE

Nous avons vu que le choix de l'acupuncture par les patients de médecine générale était personnel et sous-tendu par plusieurs motivations, elles-mêmes issues de l'image que leur renvoyait l'acupuncture. D'autres éléments ont émergé des entretiens faisant apparaître un frein, une crainte vis-à-vis de l'acupuncture.

4.3.1. Avoir des craintes et des a priori sur l'acupuncture

4.3.1.1. Avoir des a priori négatifs

Des patients avaient eu des a priori négatifs avant de consulter en acupuncture.

« Vous savez moi avant, quand quelqu'un me disait je vois un acupuncteur ça me faisait rire. » (P15)

« Ben parce qu'en fait j'étais pas du tout ouverte euh à toutes ces médecines, pas du tout. » (P21)

4.3.1.2. Craindre des effets indésirables

« Parce que ça s'est mal terminé... mais en même temps je me dis que ça serait bien d'y aller mais euh... au fond de moi j'ai un peu peur de retourner voir l'acupuncteur car ça fait vraiment mal quand les points sont mal respectés. Ça fait très très mal. » (P3)

« Aussi pour pas qu'ils fassent n'importe quoi. Voilà. Planter des aiguilles... si ça peut faire un effet positif ça peut aussi faire un effet négatif. » (P15)

4.3.1.3. Avoir vécu des expériences négatives

« Et euh... il me les a enlevées et après je me suis sentie pas bien du tout et j'ai plus jamais repris rendez-vous et j'ai arrêté le... voilà j'ai arrêté. » (P3)

« Euh, bah je t'avoue que vu que j'ai pas eu une expérience qui m'a totalement convaincue avec ce type là, je sais pas trop si j'y retournerais ou si on me le conseillait... » (P20)

4.3.2. Ne pas avoir entièrement confiance dans la pratique

4.3.2.1. Elle reste une pratique étrange

« Je découvre des choses euh pfff pour moi c'est un mystère complet quoi, en mettant une aiguille dans le pied c'est l'estomac, l'autre c'est le foie, l'autre c'est ci et ça pour moi même encore au jour d'aujourd'hui. » (P18)

4.3.2.2. L'acupuncture ne peut pas tout traiter

« Bon s'il faut certains traitements, je me ferais pas traiter par acupuncture, traiter acupuncture pour mon cancer de la prostate et que l'acupuncture, là j'aurais pas... assez confiance à 100%. » (P12)

« Je vais pas aller voir l'acupuncteur pour soigner le cancer, il va me soulager peut-être certains points, des nausées des choses comme ça mais je sais très bien que ça va pas plus loin quoi. » (P16)

4.3.2.3. L'acupuncture ne fonctionne pas systématiquement

« Et puis euh... quelques fois l'acupuncture marche quelque fois ça marche pas. » (P1)

« C'est une réalité, le lendemain j'ai souvent encore plus mal aux endroits qu'il me soigne, vraiment encore plus mal, des fois c'est encore le surlendemain et après... des fois je sens du mieux... mais pas toujours. » (P18)

4.4. ACUPUNCTURE COMME ALTERNATIVE A LA MEDECINE GENERALE

Malgré les limites mises en évidence par certains participants, d'autres mettaient en avant la possibilité d'une alternative de traitement biomédical par le recours en acupuncture. Ce point de vue était généralement associé à une vision négative de la médecine conventionnelle. La plupart des patients souhaitaient éviter l'allopathie et recherchaient d'autres possibilités thérapeutiques dans certaines conditions.

4.4.1. Rechercher une alternative aux médicaments

Les médicaments étaient souvent perçus comme dangereux, agressifs pour le corps et ayant de nombreux effets secondaires. Contrairement à l'acupuncture.

« Bon il sait que j'ai une hernie discale, il me donnait euh des... des calmants mais... tu peux en prendre toute la journée. Pis après t'as l'estomac démolé et pis c'est tout ce que t'as. » (P9)

« Sauf quand tu lis les... ben je sais pas un médicament j'ai l'habitude de lire les effets secondaires et il y a une liste comme ça de truc. » (P17)

« L'acupuncture on a une idée plus soft quoi, hein... c'est... voilà, plus... on se dit que finalement c'est pas... c'est pas avec l'acupuncture qu'on risque d'avoir des... des effets secondaires ou des choses comme ça en fait. » (P1)

L'acupuncture était alors perçue comme une alternative aux médicaments qui permettait d'éviter leur prise.

« Et puis je me suis dit ça évitera de prendre des médicaments parce que euh qu'est-ce qu'il se serait passé, c'était de me donner des euh des piqûres, des anti-inflammatoires en piqûres je pense, ou peut-être une infiltration je sais pas, j'ai aucune idée de ça, bon peut être pour vraiment me calmer quoi voilà alors que là, j'ai rien eu du tout... » (P11)

« Pour éviter les antibiotiques, voilà, pour toujours avoir le traitement euh (...) on a des bons résultats sans prendre de médicaments. » (P11)

Elle pouvait aussi permettre de diminuer la prise de médicaments par une pratique apparemment inoffensive. L'idéal recherché était parfois de pouvoir arrêter toute prise médicamenteuse notamment dans le cadre de pathologies chroniques.

« Les progrès étaient tellement spectaculaires que j'ai décidé d'arrêter totalement mes traitements. » (P6)

« Et du coup quand j'allais me coucher le soir je reprenais un anti-inflammatoire ou un antidouleur je sais plus, pour pouvoir dormir parce que... Et petit à petit, avec l'acupuncture, j'en n'avais plus besoin. » (P8)

4.4.2. Avoir une vision péjorative de la médecine conventionnelle

4.4.2.1. Ne plus avoir confiance dans l'allopathie

Cette recherche d'alternative témoignait parfois d'une perte de confiance dans les médecins conventionnels et leurs traitements.

« Y'en a qui vendent des médicaments hein, médecins hein (rires) j'ai vu une émission dernièrement sur les médecins, sur l'homéopathie, je m'égare un peu mais il y a quand même des médecins pro-laboratoire, ils disent que ça soigne pas mais bon ça soigne pas... (silence) (...) La puissance de feu des laboratoires, c'est les plus puissants au monde. Bon je vais pas les accuser non plus de faire des maladies hein, parce que ce serait aller trop loin » (P22)

« Ben des fois je sais que je me dis que, enfin, que j'ai pas confiance en eux, ils me donnent quelque chose... et même la pharmacienne qui commence à me dire « ouais, mais ça, attention quand même »... » (P17)

4.4.2.2. La consultation en médecine générale comme moment désagréable

La recherche d'une alternative a pu parfois être motivée par une consultation en médecine générale mal vécue par les patients. La consultation pouvait être source de stress, ou pouvait être ressentie comme trop rapide.

« Tu vas chez le médecin t'es devant là « qu'est ce t'as, gnagna », tu pars t'es tout stressé, « vite, vite mes médocs... ». Non mais c'est vrai. » (P22)

4.4.2.3. Allopathie synonyme de maladie

Le fait d'associer la maladie au médecin généraliste avait également un effet négatif sur la perception de la médecine allopathique chez certains participants. Cela pouvait aussi les amener à chercher à « remplacer » ce type de consultation. Certains allaient seulement voir leur généraliste lorsqu'ils étaient malades.

« Bah avant d'arriver chez ton médecin malade, il y a beaucoup de choses à faire avant. Fin beaucoup. Il y a quelques trucs à savoir et à faire avant qui font que tu tombes pas malade. » (P8)

« J'ai toujours pris des médicaments donc pour moi médicaments c'est être malade. » (P13)

4.4.2.4. La médecine générale comme une contrainte

Le recours au médecin généraliste se cantonnait alors aux problèmes qui n'étaient pas résolus par les séances d'acupuncture faites en premier recours, et était considéré comme une

contrainte (renouvellement de traitement, problèmes administratifs).

« Voilà là je vais être obligée d'y aller pour le renouvellement de mon traitement sinon euh... » (P7)

« Alors mon médecin traitant je vais le voir quand euh... que... quand j'ai besoin d'un arrêt de travail. Quand je me dis là il faut que ça s'arrête, j'ai le dos coincé... J'ai le dos clac. Je me dis bon, j'ai pas le choix, je peux pas aller au travail, faut que j'aille chez le médecin, et j'ai besoin d'anti-douleurs de toutes façons. » (P8)

« Ben comme un premier recours avec l'acupuncture, et en second recours la médecine générale. » (P21)

4.5. L'ACUPUNCTURE EN COMPLEMENT DE LA MEDECINE GENERALE

Le recours à l'acupuncture était plus souvent associé à celui de la médecine générale. Pour les patients, la consultation de leur médecin généraliste restait indispensable, mais l'acupuncture était aussi considérée utile. L'idée étant parfois d'obtenir une synergie des deux approches pour mieux se soigner.

4.5.1. Rester fidèle à la médecine générale

4.5.1.1. La médecine générale comme premier recours

La place du médecin généraliste était la plupart du temps identifiée comme celle du médecin de premier recours.

« Donc euh... bon si j'ai vraiment quelque chose entre deux (rendez-vous d'acupuncture, NDLR) euh effectivement j'irai chez le généraliste mais bon j'ai pas de (silence)... » (P12)

4.5.1.2. Un recours en médecine générale ancré dans les habitudes

Les habitudes de vie, la culture étaient identifiées comme des déterminants de ce comportement.

« (Rires) Parce que j'ai l'habitude d'aller chez le généraliste, voilà. Après faut peut-être changer ses habitudes. Ben c'est vrai que le déclic c'est d'appeler le généraliste quoi hein. » (P14)

« Parce que j'ai quand même une culture très euh médecine occidentale ou euh t'es malade on prend un cachet donc euh je sais pas si... » (P14)

4.5.1.3. Avoir besoin de la médecine générale

Dans certains cas d'urgence, ou d'inquiétude face à des symptômes, le recours au médecin généraliste restait préférable.

« Bon quand j'ai vu mon sein, comme il était, je suis allée voir mon médecin traitant, bien sûr, pour qu'il me dirige comme il fallait [...] » (P9)

« Ben l'autre fois j'avais une infection urinaire avec 40 de température donc là... voilà, après je vais chez le généraliste pour faire renouveler pour le Levothyrox, voilà après il me fait un bilan sanguin tous les ans ou tous les deux ans voilà hein. » (P14)

4.5.1.4. Avoir confiance en son médecin généraliste

La relation privilégiée avec le médecin traitant renforçait également le choix du médecin généraliste en premier recours. Les patients tenaient compte de leur avis et avaient confiance en leur médecin. C'était le cas d'une patiente qui rapportait sa réaction qu'elle aurait si elle se trouvait face à un médecin généraliste qui ne l'encouragerait pas à consulter un acupuncteur :

« Ça dépend du médecin, alors si c'était mon ancien médecin généraliste, je suivrais mon médecin généraliste. »

-Pourquoi ?

-Parce qu'il me connaît mieux » (P14)

4.5.2. Une option thérapeutique qui potentialise la prise en charge en allopathie

4.5.2.1. L'acupuncture s'ajoute à l'allopathie

« Moi je trouve que c'est bien de compléter en fait... euh de compléter la... euh de compléter mon médecin généraliste avec mon acupuncteur, moi ça me va bien. (...) J'ai pas cessé d'aller voir mon généraliste, j'ai rajouté l'acupuncture dessus en fait (...) j'ai pas privilégié l'un par rapport à l'autre, j'ai mis les deux... j'ai fait un lot (rires), pour essayer d'arriver à un résultat, voilà. » (P1)

« Alors des fois il faut ajouter, c'est vrai que des fois il faut un peu de médecine générale ou euh ça suffit pas mais dans l'ensemble euh. » (P10)

« Le médecin traitant, il va te proposer un traitement. Donc ça, c'est bien, s'il y a un cancer, ou quelque chose, il faut à un moment donné, voilà, un traitement plus lourd. Et ben l'acupuncteur il peut aider à nettoyer le foie, aider à passer, tout ce qui était avant, avant le cancer aussi. Aider à évacuer plein de choses qui ont provoqué cette maladie, et... et... et... donc le médecin traitant, avec son traitement, super, mais en parallèle avoir aussi cette aide-là.» (P8)

4.5.2.2. Rechercher plusieurs avis sur une pathologie

Il n'y avait pas de hiérarchie établie entre l'approche conventionnelle et l'acupuncture. Les deux soignants pouvaient être sollicités de façon égale. Cela rassurait les patients de confronter les avis des thérapeutes.

« C'est à dire si je vais par exemple chez mon généraliste, l'autre fois j'y suis allée pour ma douleur intercostale, ben là je suis allée cette semaine chez mon acupuncteur je le lui ai dit aussi... en fait. (...) Quand on a quelque chose de récurrent, on essaie de... on aime bien avoir l'avis... l'avis de plusieurs personnes » (P1)

« Donc je m'en suis ouvert bien sûr à M. Y, il m'a dit « non non, c'est pas circulatoire, c'est les nerfs », alors il me dit « on va passer un électromyogramme » (...) Hier j'ai eu M.X à qui j'ai dit la même chose, il dit « oui oui, on va passer un électromyogramme. » (P6)

4.6. UN PATIENT INTERMEDIAIRE DANS LA RELATION ACUPUNCTEUR – GENERALISTE

Dans la situation où le patient considérait l'acupuncture comme un complément à la médecine générale, il se retrouvait alors dans une relation avec deux soignants différents.

Dans la très grande majorité des cas, il n'y avait pas de dialogue entre médecin généraliste et acupuncteur *« I : Y'a pas eu de communication ? - P5 : Non, non ».*

Le patient lui seul était en mesure de communiquer sur son recours. Peu d'entre eux communiquaient leur recours. Et peu de généralistes s'informaient sur le recours des patients ou les conseillaient. Cette situation particulière a été vécue très différemment selon les participants.

4.6.1. Être satisfait du fonctionnement actuel de la relation

4.6.1.1. Être libre de choisir de communiquer

Être intermédiaire entre les praticiens permettait au patient d'être libre de divulguer les recours. Certains n'informaient pas les praticiens de leurs recours souhaitant préserver leur liberté d'agir.

« Bah moi j'aime bien comme ça je vis ma vie avec les deux ! (rires) Voilà ! » (P15)

« Ah non mais moi je veux même pas qu'ils se parlent je leur dis même pas. Je parle pas, je dis pas à l'un, à l'autre, tiens je suis allé me faire ça. Ça les regarde pas. » (P22)

4.6.1.2. Ne pas percevoir l'intérêt de communiquer sur l'acupuncture

Des patients ne communiquaient pas avec les médecins généralistes car ils n'en percevaient pas l'intérêt. Ils ne percevaient pas non plus l'intérêt d'une communication entre les praticiens.

« Après je pense peut-être que si l'état était grave peut-être ils se parleraient, là... bon se parler pour une tendinite ou un doigt à ressaut... bon... » (P2)

« Ben, j'en n'ai pas vu l'intérêt. » (P17)

4.6.2. Comprendre l'absence de communication avec le généraliste, et entre les praticiens

4.6.2.1. Le désintérêt et le manque d'ouverture des médecins généralistes pour d'autres pratiques

Des patients remarquaient que les médecins se concentraient sur leur pratique. Cela impactait les échanges qu'ils avaient entre eux. Les patients ne percevaient donc pas l'intérêt de communiquer leur recours. Ils comprenaient aussi que les médecins n'échangeaient pas avec les acupuncteurs compte tenu de ce désintérêt.

« Ben l'acupuncture... il (le médecin généraliste, NDLR) dit rien. » (P19)

« Oh parce qu'il est dans son truc lui hein euh sa médecine euh généraliste enfin médecines parallèles non il m'en parle pas, non non il reste dans... (silence) » (P14)

Une des raisons de non-divulgateion du recours pour une patients était que son médecin généraliste ne manifestait aucune réaction lorsqu'elle abordait les thérapies complémentaires. Son médecin ignorait la pratique :

« Ben on a l'impression que c'est... que ça existe pas pour eux. Enfin pour elle, pour mon médecin, c'est comme si je lui disais « il fait beau aujourd'hui ». Donc, euh bon après je m'en fous hein, elle fait ce qu'elle veut, je fais ce que je veux hein. Mais ouais, ça reste euh. Un blanc. On n'en parle pas. »

4.6.2.2. Le manque d'information des médecins généralistes

Des patients considéraient que le médecin était peu informé ce qui expliquerait son manque d'initiative à parler de l'acupuncture ou à échanger avec les praticiens.

« J'ai l'impression qu'il y a pas beaucoup d'information aux médecins jeunes en formation ou bien plus tard sur ce qui peut exister notamment en acupuncture, d'autres médecines, d'autres points de vue... » (P5)

D'autres ne faisaient pas de retours aux médecins sur leur recours car ils n'avaient pas été informés et adressés par ces derniers. Leur attitude aurait été différente en cas d'initiative de la part des généralistes.

« Ah non, j'y aurais même pas pensé de lui en parler. Non. C'est pas lui qui m'y avait enseigné hein. C'est pas lui qui m'avait dit d'y aller. C'est...comme si il m'avait dit d'y aller ç'aurait été différent, je lui aurais donné des...des résultats. » (P9)

4.6.2.3. Le manque de temps pour aborder le sujet en consultation de médecine générale

Une des raisons du manque d'échange entre patient et généraliste était le manque de temps en consultation pour pouvoir aborder le sujet. Les patients considéraient aussi que les praticiens pouvaient être limités par ce facteur dans leurs échanges.

« Alors je me dis il faut que tu lui demandes ça, que tu lui poses la question si c'est... Alors je fais un papier, donc 2-3 mots qui me remettent... Alors des fois il me dit donnez-moi votre papier, alors il me dit ça non, ça non... 25 euros, je prépare mon chèque, tout, tout est prêt, la carte, 3 minutes top dehors donc voilà. (rires) » (P11)

« Ben pas le temps et puis... ben ça s'est pas trouvé. » (P8)

4.6.2.4. L'acupuncture est plus en relation avec d'autres thérapies complémentaires qu'avec la médecine générale

Ils comprenaient la difficulté d'échanger entre allopathe et acupuncteur car les approches étaient trop différentes.

« Mais l'impression que j'ai, mais c'est vraiment du registre de l'impression, c'est qu'il y a pas forcément énormément de passerelle entre les deux... » (P5)

Alors que les praticiens de thérapies complémentaires abordaient plus facilement le sujet.

« Mon médecin homéopathe qui était le Dr X, je sais pas si vous le connaissez, il était à (ville) mais après il est parti à (ville), il a enseigné à (ville), et bien euh il m'a dit ça serait bien peut être que vous fassiez de l'acupuncture. » (P13)

« L'acupuncture j'y suis arrivé par l'ostéopathie. » (P16)

4.6.2.5. Deux pratiques en concurrence

Les patients pensaient que les généralistes évitaient d'aborder l'acupuncture avec eux ou évitaient d'échanger avec les praticiens car craignaient une concurrence de leur part.

« Pas forcément contre non plus mais peut-être qu'il y a une concurrence aussi je ne sais pas. » (P3)

« Moi j'dis ça mais... je... je m'avance peut-être un peu trop dans ce que je dis mais euh... j'ai jamais vu, entendu un médecin t'envoyer chez un acupuncteur hein. Il a pas fait que tu dois revenir le voir hein. » (P22)

4.6.3. Vouloir un changement dans la relation médecin-patient-acupuncteur

La plupart des patients souhaitaient une véritable coopération des deux approches pour un meilleur soin, et une meilleure communication avec le généraliste.

4.6.3.1. Être énervé des jugements négatifs des généralistes

Des patients souhaitaient un changement car bien qu'ils souhaitent échanger, ils étaient confrontés à des jugements de la part des généralistes. La relation médecin-patient était impactée, et les patients ne comprenaient pas ces attitudes, souhaitant être entendus dans leur recours.

« ...déjà quand je lui parle de l'homéopathie euh... bon euh... il lève les yeux au ciel... euh... non j'ai pas trouvé de euh... » (P7)

« Je me dis que ça va aboutir à des discussions stériles et pas constructives. Voilà, ça sert pas à grand chose de discuter avec des gens qui ont des idées arrêtées. » (P21)

« [...] et bon ça les avait fait rire quoi, bon vous allez voir des sorciers, allez-y si vous voulez mais bon voilà après je vais pas me battre avec les médecins si c'est des sorciers pas des sorciers. » (P16)

« Ouais alors lui... et c'est fou parce que en fait ça marche vraiment, donc c'est encore plus énervant. Et ça donne encore moins envie justement de l'écouter lui... ça te vexé. » (P17)

4.6.3.2. Souhaiter une plus grande ouverture d'esprit des généralistes sur l'acupuncture

Les patients appréciaient que leur généraliste soit ouvert à l'acupuncture. Leur attitude favorisait les échanges et la confiance en eux.

« Et ils sont très respectueux en plus euh... des démarches personnelles des individus donc euh moi c'est ce que j'apprécie aussi, je trouve ça très bien. » (P6)

« Et c'est un médecin qui est très très ouvert, elle m'a dit non mais euh tout est très très bien... » (P18)

4.6.3.3. Souhaiter une coopération médecine générale – acupuncture

En ne s'intéressant pas à l'acupuncture, le patient pensait que le généraliste perdait un outil utile. Ils ne comprenaient pas les raisons de la non-communication.

« Ben c'est un peu dommage, moi je trouve que c'est un peu dommage parce que bon, enfin... s'il y a pas de possibilités autre et si l'acupuncture peut amener un léger mieux je vois pas pourquoi on le dirait pas. » (P2)

Une meilleure collaboration entre les deux approches serait bénéfique pour les patients et se ferait dans l'intérêt de leur prise en charge.

« Car je pense qu'on pourrait allier, ouais d'autres, plusieurs traitements, faire un mix, je pense que c'est là que ça soignerait le mieux, le mieux les gens. » (P17)

« Ben... euh votre généraliste il vous connaît... enfin il me connaît sur les diagnostics, sur les pathologies sur euh... psychologique aussi donc c'est bien d'échanger les infos quoi, on n'a pas les mêmes entretiens avec les acupuncteurs et les généralistes donc c'est bien de... » (P16)

4.7. LE RECOURS A L'ACUPUNCTURE COMME CHOIX DU PATIENT ACTEUR DE SA SANTE

La plupart des patients se considéraient comme responsables de leurs soins et donc que le choix du recours à l'acupuncture leur appartenait.

4.7.1. Un patient autonome dans son itinéraire thérapeutique

4.7.1.1. S'orienter soi-même vers l'acupuncture

La plupart des patients de médecine générale se dirigeaient eux-mêmes vers l'acupuncture.

« Puisque je trouve ce que j'ai besoin auprès des ostéopathes, des acupuncteurs... je fais moi ma recherche et je trouve ce que j'ai besoin. » (P8)

4.7.1.2. Être encouragé par des retours positifs

Cette orientation pouvait être renforcée par des expériences similaires vécues positivement par des proches.

« Plusieurs personnes qui avaient des problèmes sur les articulations avaient trouvé des solutions par l'acupuncture. Du coup je me suis dit là c'est le cas parfait, pour aller chez l'acupuncteur. » (P8)

4.7.1.3. Ne pas découvrir l'acupuncture via le médecin généraliste

Chez la plupart des participants, l'idée de consulter un acupuncteur ne venait pas de leur médecin généraliste mais d'autres personnes, professionnelles de santé ou non.

« [...] et j'ai un ami qui m'a dit moi je vais voir un acupuncteur pour mon dos, tu devrais aller le voir. » (P13)

« Et ma tante, son petit-fils, il est allé voir ce ce ce médecin qui est acupuncteur, pour son dos. Et elle m'a tanné jusqu'à ce que je dise allez on y va. » (P15)

« J'étais allé à la pharmacie pour prendre des vitamines histoire de... et c'est la pharmacienne qui quand elle a vu l'ordonnance elle a confirmé ce que je disais. Ouais non c'est trop lourd, on a des plantes et puis c'est elle aussi qui m'a dit, va voir l'acupuncteur ça peut faire du bien. » (P17)

4.7.2. Savoir ce qui est bon pour soi

4.7.2.1. Consulter en acupuncture quand on en ressent le besoin

Le recours à l'acupuncture était parfois décidé en fonction du ressenti sur son état de santé à

un moment précis :

« Donc euh maintenant je suis dans une période où ça va quand même bien. Non je... je... j'irai... pas voir... euh... par contre si je me sens stressée pourquoi pas l'acupuncture effectivement. » (P3)

4.7.2.2. Associer l'acupuncture avec une autre thérapie complémentaire

« Par contre l'ostéopathe m'a dit que c'était bien. Mais bon l'ostéopathie, l'acupuncture c'est des médecines douces quoi. Et donc euh... il m'a dit « c'est bien continuez ». Euh... » (P2)

4.7.2.3. Vouloir décider soi-même comment se soigner

Le recours à l'acupuncture pouvait correspondre à un désir de choisir pour soi ce qui pouvait être considéré comme le mieux pour se soigner, indépendamment de l'avis du médecin généraliste.

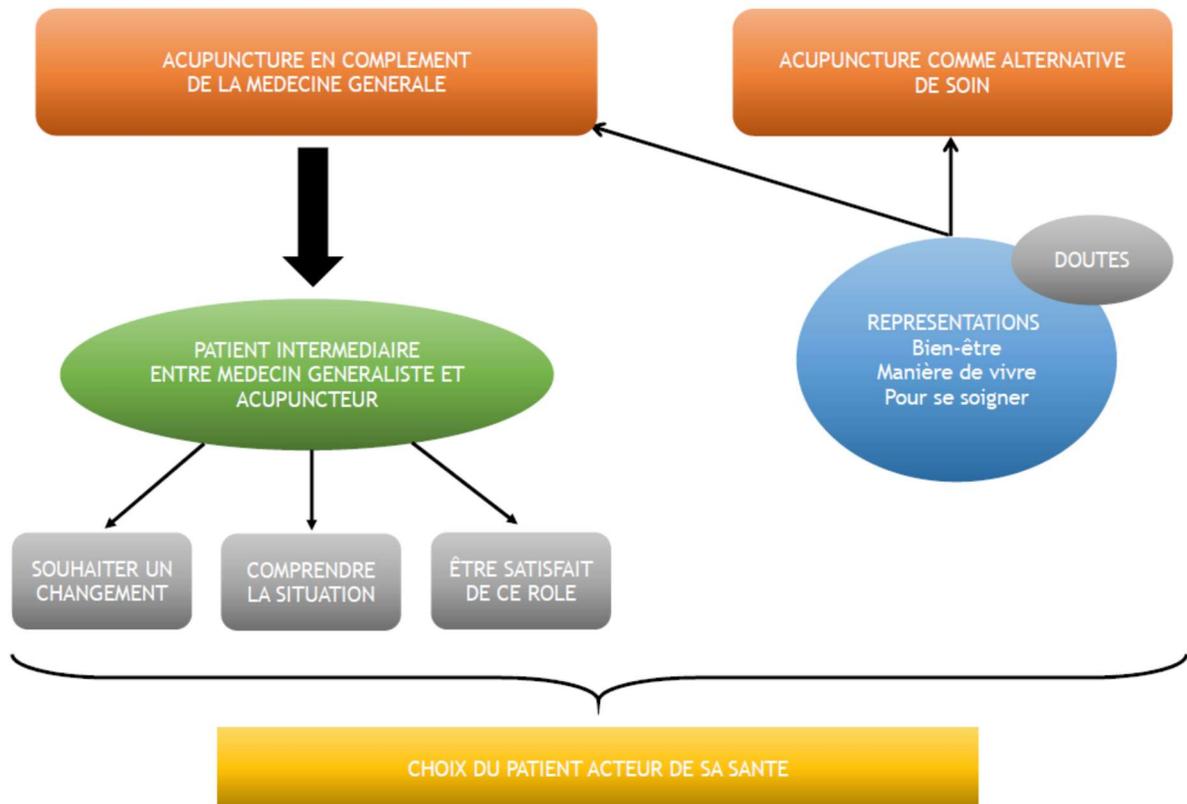
« Je pense qu'on a trop tendance à être passif face à un médecin, je pense que les personnes qui vont voir un médecin ben, ce soient elles qui prennent en charge leur santé quoi. Je pense que c'est très dangereux de tout attendre de son médecin. » (P5)

4.7.3. Ce qui compte c'est le résultat

Finalement, ce choix semblait être très lié au résultat après la ou les séances d'acupuncture en termes d'efficacité sur les symptômes ressentis.

« Non non c'est pas évident du tout je trouve mais moi ça me fait énormément de bien, je sais que ça me soulage. » (P16)

4.8. MODELISATION



5. RESULTATS DES MEDECINS GENERALISTES

5.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

13 médecins généralistes ont participé aux entretiens individuels semi-dirigés qui se sont déroulés entre avril 2019 et juin 2019. L'échantillon se composait de 7 hommes et de 6 femmes. Les participants étaient âgés de 32 ans à 66 ans, avec un âge moyen de 49 ans et demi.

Les participants sont dénommés par la lettre « M » suivie du numéro de l'entretien par ordre chronologique de réalisation. Le premier médecin généraliste interrogé est donc le M1.

Sept d'entre eux avaient une formation complémentaire d'homéopathie (M1, M6 et M11), d'hypnothérapie (M2 et M8), ou d'addictologie (M5, M8 et M9). Deux d'entre eux avaient eu recours à l'acupuncture (M6 et M9).

Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans l'Annexe 9.

Les entretiens ont duré de 14 à 56 minutes pour une moyenne de 25 minutes. Les entretiens des médecins généralistes M5, M7, M8, M10 ont été effectués par téléphone. Les entretiens M3 et M4 se sont déroulés au domicile des participants et les autres entretiens ont été réalisés dans le cabinet des médecins généralistes.

5.2. DES REPRESENTATIONS VARIEES DE L'ACUPUNCTURE SANS VERITABLE CONNAISSANCE DE LA PRATIQUE

Les médecins généralistes avaient des perceptions différentes de l'acupuncture. Mais ils mettaient tous en avant leur manque de connaissance approfondie sur le sujet pour pouvoir juger de la pratique. Les opinions relevaient plus de l'ordre du ressenti que d'une véritable information.

5.2.1. Représentations de l'acupuncture

5.2.1.1. L'acupuncture c'est du soin

Certains médecins généralistes considéraient l'acupuncture comme une médecine à part

entière : « *c'est une médecine [...] qui s'adresse à la personne dans son ensemble.* » (M6).

D'autres la comparait à une prise en charge paramédicale bénéfique pour le patient :

« Ah mais moi mais... comme des gens qui font de la thérapeutique. Pas plus euh... autant utile qu'un psychologue, euh autant utile que toutes ces personnes, autant qu'un... qu'un... voilà on est autour du patient et... je les vois comme des soignants quoi. » (M8)

5.2.1.2. L'acupuncture c'est du soin mais qui repose sur l'effet placebo

« Du niveau de preuve, de... du fait que ça reste quand même une médecine ancestrale... c'est l'argument de l'ancienneté qui ressort souvent puisque... c'est pas pour rien et que... ça vient de loin... et d'ailleurs enfin je... je répète souvent à tous ceux qui... qui... me posent des questions, je dis pas que l'acupuncture ça fonctionne pas, je dis ça fonctionne aussi bien qu'un très bon placebo ! (rires) Et c'est déjà... beaucoup ! » (M7)

5.2.1.3. L'acupuncture ce n'est pas du soin, c'est une habitude de vie

Des médecins généralistes ne s'intéressaient pas au recours de leurs patients à l'acupuncture, considérant cela comme un détail de leur mode de vie.

« Sur la vie du patient, je vais pas aller lui dire... je vais pas lui poser la question de savoir euh par exemple... dans quel sens il met son lit euh (rires), il fait de l'acupuncture, il préfère manger bio ou pas bio... » (M9)

5.2.2. Une méconnaissance globale de l'acupuncture

« Alors je suis totalement ignare, je peux pas te... je peux vraiment pas te dire, je peux pas dire. (...) Alors je ne sais même pas combien de temps, je ne sais pas du tout comment ça se passe. » (M2)

5.2.2.1. Ne pas savoir où trouver des informations fiables

La plupart des médecins généralistes manquaient d'information.

« Aucune information, on n'en parle pas du tout, je sais pas maintenant mais on en parle pas du tout, pas une seconde. » (M3)

Et ne savaient pas où s'orienter pour trouver des renseignements de qualité.

« Ça peut être bien d'avoir ça de façon officielle parce que si on va sur des sites un peu n'importe comment, comme font les patients pour leur maladie euh ça c'est pas bien, autant on a des fausses infos. » (M1)

5.2.2.2. L'exercice de la médecine générale n'incite pas à s'intéresser à l'acupuncture

Parce que peu de patients en parlaient en consultation, ou bien par manque de temps :

« Bon c'est pas non plus euh comment dirais-je... c'est euh, c'est pas la majeure partie de mon exercice hein, c'est très occasionnel. J'ai pas non plus quelqu'un qui vient tous les jours pour s'arrêter de fumer ou qui me demande euh... qui me demande des soins paramédicaux pour des douleurs, c'est assez exceptionnel. » (M13)

« Non, parce que y'a plein d'autres choses déjà (rires), j'ai pas le temps de faire tout... donc j'aimerais bien mais euh j'avoue j'ai pas... non non euh... » (M4)

5.2.2.3. Ne pas avoir l'habitude de l'acupuncture

Pour la plupart des participants, l'acupuncture ne faisait pas partie de l'arsenal thérapeutique habituel.

« C'est vrai que c'est quelque chose dont on pense pas forcément dans notre... pratique. » (M3)

Ils étaient plus familiers avec d'autres thérapies complémentaires :

« Non je pense que je penserais à l'hypnose avant de penser à l'acupuncture car c'est quelque chose que je connais bien et qui est une grande facilité d'en parler. Ouais. Voilà. Mais euh... c'est de la méconnaissance, ou c'est de l'habitude, ou c'est de la facilité. » (M8)

5.2.2.4. Ne pas s'intéresser à l'acupuncture

« Donc je suis pas un médecin branché acupuncture et je suis pas un médecin qui reçoit beaucoup de patients qui vont chez l'acupuncteur ou si jamais ils vont chez l'acupuncteur je le sais pas. » (M10)

5.3. DES REACTIONS VARIABLES A L'ACUPUNCTURE

Le manque de connaissance global et l'hétérogénéité des représentations des médecins généralistes sur l'acupuncture engendraient des réactions diverses.

5.3.1. Doubter de l'efficacité de l'acupuncture

5.3.1.1. Être sceptique

« *Je me dis que c'est pas possible que ça calme euh... juste avec ça.* » (M1)

« *Investigateur : Et t'en penses quoi de l'argument d'ancienneté ?*

- *Ba euh... je pense que...c'est une... enfin... ça a jamais été, l'argument en soi, pour moi ça a jamais été euh valable... dans le cadre de l'acupuncture c'est... pour moi c'est une façon de... provoquer l'effet placebo [...] en soi que ça fasse deux mille ans, ou trente ans que ça existe... pour moi ça n'a aucune importance. Enfin c'est pas ça qui fait... la preuve... de... d'une technique [...] on a fait aussi des saignées pendant des années hein... des centaines d'années... Et on a arrêté. (rires)* » (M7)

5.3.1.2. Avoir un avis mitigé devant l'absence de preuves scientifiques

Le manque d'études scientifiques prouvant l'efficacité de l'acupuncture était un frein à la confiance dans la pratique.

« *[...] Pour le tabac c'est quelque chose qui est prouvé par des études, plus que l'acupuncture qui a pas de justification scientifique enfin... en tout cas sur les études encore une fois... donc je vais plutôt conseiller de dire ben voilà, c'est de faire une prise en charge on va dire classique, associée à l'acupuncture si vous voulez mais pas... voilà, pas forcément que l'acupuncture parce que ça va pas forcément marcher... c'est ce que je dirais.* » (M9)

5.3.2. S'inquiéter de la pratique de l'acupuncture

5.3.2.1. L'acupuncture comporte des risques

Certains médecins généralistes étaient préoccupés par la sécurité des patients et par les possibles effets indésirables de la pratique.

« *Alors... à l'époque j'étais un peu réticent au début de mon installation parce que il y avait pas des seringues à usage unique. C'étaient des seringues en or... ou en argent*

je sais plus, et ils les désinfectaient. » (M6)

« Ceux qui sont sous anticoagulants, je sais pas si ils peuvent le faire si ça fait des hématomes ou pas. » (M1)

5.3.2.2. S'inquiéter de la pratique de l'acupuncture par des acupuncteurs non-médecins

« J'ai peur que ces gens-là ils passent à côté d'un diagnostic grave qui doit pas être traité par l'acupuncture. » (M12)

La multiplication de praticiens non-médecins qui s'attribuaient des capacités thérapeutiques faisait craindre à un participant le déclin du monde médical.

« Parce que dans 50 ans ça veut dire que vous vous n'existerez plus en tant que médecin et que il y aura que... euh... le... le viticulteur du coin qui saura vous soigner la vésicule, le viticulteur d'un autre coin qui saura vous soigner les cors aux pieds, l'infirmière... enfin non... le... le balayeur de la mairie qui saura vous soigner les angines non mais faut... sortez pas du monde médical s'il vous plaît... » (M10)

5.3.2.3. Se désoler de l'évolution vers une consommation de soins qui déresponsabilise les patients sur leur santé

Certains médecins généralistes regrettaient que les patients soient incités à multiplier les intervenants de santé. Ils pensaient que cela les conduisait à devenir dépendants des soignants. L'acupuncture pouvant être perçue comme une offre de soins de plus sur le marché du soin.

« Après moi je trouve qu'on rend les patients de plus en plus dépendants de... de la médecine et des thérapies complémentaires. [...] Finalement tu les rends dépendants parce que tout ça... ça... alors il y a des choses qui soignent mais t'as l'impression qu'ils ne peuvent pas aller mieux sans l'intervention d'un autre tu vois. » (M4)

« Les médias par exemple ils nous ont cassé le métier de médecin généraliste parce qu'ils envoient tout le monde chez le spécialiste. Euh... donc est-ce que la personne qui va faire de l'acupuncture ça lui a été recommandé par une personne de son entourage, ça lui a été recommandé entre guillemets par la médiatisation de certains... acupuncteurs ou de... hein euh bref. » (M10)

5.3.3. Avoir confiance en l'acupuncture

5.3.3.1. Avoir confiance dans une pratique ancestrale

« C'est un peu comme les médecines africaines, ou les médecines antiques, si elles ont existé c'est pas par hasard, y'avait donc euh, il y avait une raison d'exister, et de subsister, et c'est l'efficacité quand même. » (M13)

5.3.3.2. L'acupuncture a peu d'effets indésirables contrairement aux médicaments

« C'est une médecine euh... je sais pas comment dire... ouais alternative ou une autre façon de se soigner. Avec quand même très peu de problème par rapport à tous les médicaments, je trouve que... enfin moi en fin de carrière je trouve que tout ce qui donne pas trop de médicaments est très intéressant, l'acupuncture entre autres, les aiguilles sont pas creuses et y'a très très peu... les problèmes sont rarissimes. » (M11)

5.3.3.3. Avoir confiance dans les acupuncteurs

La plupart des médecins interrogés accordaient leur confiance à des praticiens qu'ils connaissaient plutôt que dans l'acupuncture en elle-même.

« Ben demander des détails non parce que j'ai confiance dans les thérapeutes. » (M5)

« Investigateur : Et est-ce que tu aurais des craintes, à conseiller l'acupuncture, à en parler ?

-Ah non aucune, non non. A partir du moment où je connais le correspondant, et que je sais qu'il est honnête, intéressé, qu'il a de l'expérience et qu'on a des bons retours. » (M2)

Qu'ils soient médecins ou non médecins.

« Investigateur : T'as pas par exemple demandé à tes patients si leur acupuncteur était médecin ou pas ?

-Ah non c'est vrai que je... j'ai pas posé la question... enfin j'en n'aurais pas le réflexe. Je m'en ficherais. C'est vrai que je m'en ficherais en fait de savoir s'il était médecin ou pas. » (M7)

5.3.3.4. Avoir plus confiance en l'acupuncture que dans d'autres thérapies complémentaires

« L'acupuncture je le mets vraiment à part des autres. Parce qu'on en manque, parce qu'on a des super réponses, et qu'on n'a pas d'effet placebo quoi, enfin y'a pas, je pense pas qu'il y a de l'effet placebo quoi, alors que l'homéopathie j'ai des gros gros doutes. » (M2)

5.3.3.5. Une pratique dont l'efficacité pourra se démontrer scientifiquement

« L'acupuncture peut évoluer comme une science euh avec des choses qu'on va comprendre de plus en plus, avec euh je sais pas pourquoi pas la neuro-imagerie, ou l'imagerie et les progrès de l'imagerie ou je sais pas. » (M2)

5.3.4. S'informer sur l'acupuncture

Ces réactions de doute, méfiance ou confiance basées sur des connaissances succinctes de la pratique poussaient certains médecins généralistes à s'intéresser davantage à la pratique de l'acupuncture.

5.3.4.1. S'intéresser à l'approche de l'acupuncture : une démarche personnelle

Certains médecins généralistes estimaient que s'informer sur l'acupuncture était une démarche personnelle, motivée par l'intérêt suscité par la pratique.

« Ouais... après c'est au médecin... je pense que dans la formation... c'est au jeune médecin de chercher, de s'intéresser, de s'ouvrir quoi. » (M11)

« Et, et puis ce qu'il y a de très intéressant aussi c'est que c'est une façon de voir les choses de façon radicalement différente. Et ça ça m'intéresse énormément. Parce qu'on est toujours dans notre euh mode de fonctionnement très univoque, il faut pas bouger d'un poil etc... » (M2)

5.3.4.2. Souhaiter plus d'information sur l'acupuncture par les acupuncteurs

Certains médecins généralistes souhaitaient plus d'investissement de la part des acupuncteurs pour faire connaître leur pratique.

« Donc ça ça serait bien qu'il se présente à nous hein ou qu'il fasse je sais pas une présentation comme on fait... pour euh... je sais pas un staff sur l'acupuncture comme on fait sur euh... je sais pas un nouveau médicament de cardiologie euh... pourquoi pas faire une présentation pour ceux que ça intéresse, l'acupuncture... » (M1)

5.3.4.3. Souhaiter plus d'information sur les thérapies complémentaires

Les médecins généralistes regrettaient un manque d'information sur les thérapies complémentaires pendant les études de médecine. Mieux connaître ces thérapies permettrait *« de pas en avoir peur »* (M12), et de mieux les utiliser :

« Ben... je crois pas que... le... ce qui est important c'est l'acupuncture en soi. Je pense qu'on devrait avoir une formation sur les médecines parallèles en général. [...] On devrait savoir euh tout simplement en quoi ça consiste au minimum et savoir si ça peut être bénéfique à un patient à un moment donné. [...] Parce que c'est vrai que... que... ce sont des choses... qui... qui existent hein... Et que la plupart des... enfin la formation universitaire elle a tendance à... à nier leur existence hein j'ai l'impression. » (M7)

Certains souhaitaient plus de formation sur l'ouverture d'esprit plutôt que sur les pratiques en elle-même.

« [...] On va pas leur rajouter six mois d'acupuncture, six mois d'homéopathie, six mois de naturopathie... non. Par contre s'il y a un cours d'ouverture sur les thérapies adjuvantes et sur... euh... l'importance qu'ils soient supportifs par rapport à la prise en charge pluridisciplinaire là oui. » (M5)

5.4. DEVOIR FAIRE AVEC LE RECOURS EN ACUPUNCTURE

Les médecins généralistes étaient conscients qu'ils devaient s'accommoder de la pratique de l'acupuncture dans la mesure où les patients souhaitaient, voire décidaient d'eux-mêmes d'y recourir. Ce recours était accepté par les médecins généralistes à des degrés différents, et souvent sous conditions. La plupart concédaient cependant à l'acupuncture une complémentarité avec la médecine générale qu'ils appréciaient et qui pouvait leur être bénéfique.

5.4.1. Comprendre les raisons du recours en acupuncture

« Voilà le patient il va voir euh... il essaye de faire en plus. Moi si j'étais un patient, mais je ferais tout ça à côté ! [...] Je m'entourerais de thérapies adjuvantes oui. » (M5)

5.4.1.1. Ne pas être satisfait de la médecine conventionnelle

Les patients cherchaient une autre pratique qui leur convenait.

« Ce qui crée la demande c'est l'absence de...une certaine absence de soin de la part des médecins classiques. Euh. Peut-être un manque d'écoute. Ou peut-être aussi... quelque part un manque de confiance des patients aux médecins, parce qu'ils... ils ont des mauvaises expériences ou... ou ils sont victimes de... » (M7)

Cette recherche était parfois irréaliste selon certains participants :

« Il cherche une méthode miracle. » (M8)

5.4.1.2. Rechercher une alternative aux médicaments

« Ben parce qu'il y en a beaucoup qui... qui ne veulent plus de médicaments chimiques quoi... qui veulent essayer autres choses, pour les problèmes fonctionnels, pour les problèmes chroniques. » (M6)

5.4.1.3. Être influencé par son origine ou sa culture

« Il y a des patients quand ils sont d'origine... à (ville) on a quand même aussi des asiatiques euh... ils vont aussi y avoir recours soit parce qu'ils ont cette culture, soit

parce qu'autour d'eux ils ont des gens qui sont allés voir des acupuncteurs et que ça a fonctionné. » (M8)

5.4.1.4. Constaté l'efficacité par soi-même

*« Investigateur : Donc tu l'as fait ça t'as soulagé...
-Donc je comprends que ça puisse soulager d'autres personnes. » (M9)*

5.4.2. Un soutien variable selon les médecins

Certains médecins généralistes proposaient d'eux même l'acupuncture aux patients :

« Pour le tabac je propose euh systématiquement. » (M13)

D'autres encourageaient avec conviction le recours si les patients leur en parlaient :

« Ça m'intéresse beaucoup qu'ils parlent de ça parce que ça veut dire qu'il s'y est intéressé et que je vais pouvoir l'adresser à un confrère euh donc c'est très très bien ouais, je suis archi pour. » (M11)

D'autres encourageaient sans être véritablement convaincus de l'efficacité de la pratique :

« Euh... sincèrement je pense pas que l'acupuncture fonctionne pl... mieux que... un simple effet placebo. Voilà. Bon ça c'est mon point de vue. Mais au patient je leur dis, la plupart du temps, si ils ont déjà essayé et que ça avait une efficacité pour eux, je les encourage de continuer. » (M7)

Quelques-uns se résignaient à accepter le recours en manifestant leur scepticisme :

« Je vais lui dire... une consultation c'est des paroles et des mimiques et un comportement, donc je vais lui dire vous pouvez essayer ça peut fonctionner, mais en même temps je vais hausser les épaules en disant oui ça peut fonctionner mais... il aura mon accord mais il saura en même temps que je pense que... ça... risque de pas régler son problème. » (M10)

5.5. INTEGRER L'ACUPUNCTURE DANS LE PARCOURS DE SOINS SOUS CONDITIONS

5.5.1. La médecine générale doit conserver sa place dans la prise en charge du patient

5.5.1.1. Les patients ne doivent pas abandonner le suivi en médecine générale

« C'est pas parce qu'on a eu une, deux, trois mauvaises expériences que... y'a tout à rejeter dans la médecine conventionnelle, et qu'il faut savoir aussi faire la part des choses, jongler un peu entre les deux quand on est... adepte des deux médecines. » (M7)

5.5.1.2. La prise en charge en acupuncture ne doit pas interférer avec la prise en charge en médecine générale

Certains médecins généralistes étaient favorables à l'acupuncture tant qu'elle n'affectait pas la pratique conventionnelle :

« Non... non moi ce qui peut me poser problème c'est que... quand les... les médecins parallèles prennent position vis-à-vis de... certaines pratiques... certains médicaments... certaines... qui sont préventives comme la vaccination. Euh... ça c'est... c'est pas bien. [...] A partir du moment où le patient entend... quand j'entends que untel untel a dit que il faut pas forcément se faire vacciner à tel âge, qu'il faut attendre un peu parce que machin machin... c'est... ils sortent de leur cadre... professionnel. » (M7)

« Non, non... enfin je répète encore une fois, pour moi tout ce qui peut donner une amélioration euh aux symptômes quels qu'ils soient, sans... sans non plus entraver la démarche diagnostique et thérapeutique qui... qui... conventionnelle, tout ce qui peut donner satisfaction au patient je suis preneur hein, sérieux. » (M13)

5.5.1.3. Les acupuncteurs doivent connaître leurs limites et réorienter en médecine générale si besoin

« Des gens qui se connaissent... qui connaissent leurs limites mais voilà ça c'est... en médecine c'est important ses limites... de connaissances ! Ses limites de connaissances. Donc c'est là euh la question de la relation de confiance. C'est adresser à des gens euh... voilà, qui pourront aussi réadresser si besoin. Je pense que ça c'est important. » (M8)

« Il faut qu'il soit capable de dire bon là il faut voir votre médecin, c'est pas normal quoi. » (M11)

5.5.2. Le recours en acupuncture doit rester limité à des indications précises

5.5.2.1. Respecter les « bonnes » indications

La plupart des médecins généralistes considéraient que l'acupuncture était utile dans des indications précises : « Dans le stress » (M4), « Pour arrêter de fumer » (M6), « Tous les troubles digestifs... » (M10), pour « les soins d'accompagnement dans les pathologies lourdes style euh chimiothérapie, radiothérapie euh. » (M12) « Quand c'est fonctionnel » (M4), « douleur tout court ... chronique. » (M3)

Elle n'était pas indiquée pour prendre en charge des pathologies graves.

« Bon après je pense que même toi ou un acupuncteur va dire que euh de toute façon, euh si j'ai euh, enfin j'en sais rien n'importe quoi, si j'ai un infarctus, ba je vais peut-être quand même me faire même des stents quoi enfin j'en sais rien. » (M2)

« Bon pour le reste c'est la bobologie quoi c'est à dire les tendinites, les douleurs d'arthrose... » (M13)

5.5.2.2. Le recours en acupuncture doit être une seconde intention

Pour certains médecins généralistes, un diagnostic devait être fait avant d'adresser en acupuncture : « Après le diagnostic. » (M4)

Pour d'autres, il paraissait évident de toujours commencer par une prise en charge en médecine conventionnelle avant d'envisager d'autres recours :

« Quand on veut passer tout de suite à une médecine, on va dire parallèle avant d'avoir testé des choses simples euh... par exemple pour le tabac, penser à l'acupuncture ou l'hypnose immédiatement alors qu'on a pas testé les substituts nicotiniques etc... ça me paraît pas très logique mais euh... » (M9)

5.5.3. L'acupuncture en complément de la médecine générale

5.5.3.1. En proposant une approche complémentaire

« Alors c'est pas forcément un terme péjoratif mais c'est quelque chose qui est pas trop en lien avec la médecine euh... on va dire scientifique... basée sur les preuves et qui euh la complète en fait... parce qu'ils ont pas la même grille de lecture et que donc il y a pas la même sémiologie non plus, la même façon de traiter mais en effet c'est pas juste qu'ils sont contradictoires. » (M9)

5.5.3.2. En aidant le médecin généraliste dans sa prise en charge

Pour adapter leur traitement :

« [...] Mon but ça va être de... à moi... s'il est soulagé de diminuer le médicament. » (M8)

Quelques participants tenaient compte du recours en acupuncture comme un antécédent ou *« comme un médicament. » (M1)* et notaient parfois le recours du patient dans leur dossier pour le proposer ultérieurement si besoin :

« Je le note de manière systématique dans le dossier, mais c'est vrai que ça peut avoir une certaine importance dans la prise en charge, si un autre jour il... ce patient qui a eu une bonne efficacité avec l'acupuncture pour une indication, peut-être que... enfin, je pense que j'y repenserai... » (M7)

Dans ce contexte, l'acupuncture devait faire partie des options thérapeutiques du médecin généraliste :

« Ben c'est à dire c'est pas... il faut que ça fasse partie intégrante de la... prise en charge mais euh... je... qu'on soigne quelqu'un qu'avec de l'acupuncture pour tout je... je pense que ça fait partie de la médecine en générale, je l'opposerai pas, c'est pas une autre médecine, je sais pas comment dire... [...] Oui oui, je pense que c'est un arsenal de la médecine. » (M4)

« C'est complémentaire de la médecine traditionnelle. C'est un complément, c'est quelque chose qu'il faut savoir utiliser... auquel il faut savoir penser. » (M8)

5.5.3.3. En complétant les limites de la médecine générale

Dans des situations où la médecine conventionnelle n'avait pas de réponse :

« C'est une médecine euh... alternative et... qui va compléter notre pratique à nous, parce qu'on peut pas répondre à tout, on peut pas répondre à tout dans notre pratique. » (M12)

En cas d'impasse thérapeutique :

« Ben c'est principalement des gens qui cherchent à se faire soulager de symptômes euh divers et variés et on a fait le tour au niveau de la médecine allopathique et du coup ils essayent l'acupuncture. » (M3)

Ou pour pallier le manque de temps des médecins généralistes en consultation :

« Toutes ces pathologies psychosomatiques, ces douleurs qu'on a, chez des gens qui vont pas apparaître comme spécialement euh anxieux, déprimé, stressé mais qui vont manifester euh par leur corps un mal-être beaucoup plus profond et global, et euh... moi je trouve qu'en allopathie on n'a pas ce moyen de recherche, euh de cet état là, surtout quand tu fais une consultation en 10 minutes. » (M12)

5.5.4. Privilégier le recours à des médecins acupuncteurs

Certains médecins généralistes étaient plus rassurés que leurs patients consultent un médecin acupuncteur plutôt qu'un acupuncteur non-médecin.

Un médecin acupuncteur était plus à même de faire un diagnostic.

« Toujours le risque euh... faut quand même faire un diagnostic, nous aussi on fait un diagnostic même si on l'utilise pas forcément, on utilise les symptômes, euh mais faut... faut pouvoir faire un diagnostic. Je suis assez réticent pour les acupuncteurs non-médecins ouais. » (M6)

Ou de repérer des situations qui ne relevaient pas de l'acupuncture.

« Ben euh, je pense que je fais... un peu comme les patients, j'ai tendance à prendre un peu plus au sérieux les médecins. J'avoue... (rires) [...] J'ai l'impression qu'un médecin il pourrait euh plus faire la part des choses, qu'il pourrait plus se dire à un moment donné, non mais écoutez là euh l'acupuncture c'est bien beau mais... faut vraiment vous traiter avec des médicaments qui fonctionnent un peu plus... je... ouais je sais pas. » (M7)

Il aurait une vision plus globale, une « conscience plus approfondie de la poly factorialité d'une pathologie ». (M5)

5.6. DES RELATIONS NUANCEES AVEC LES ACUPUNCTEURS

De manière générale, les médecins généralistes entretenaient des relations plus ou moins étroites avec les acupuncteurs.

Certains connaissaient leurs correspondants avec qui ils collaboraient étroitement :

« Je préfère adresser à des confrères spécialisés comme... un peu comme pour tout hein, [...] enfin moi j'envoie à Mme X qui a pris sa retraite, y'a Dr Z, y'a qui d'autre... c'est vrai que je conseille au moins deux acupuncteurs, y'a aussi Mme Y qui venait aussi à nos formations médicales qui est quelqu'un que je respecte beaucoup. » (M11)

D'autres échangeaient de manière minimaliste sans connaître l'acupuncteur :

*« Investigateur : Avec les acupuncteurs locaux, tu as des contacts ?
-Non, non, jamais aucun retour, et moi je fais un courrier quand les gens me demandent pas... pas systématiquement mais on se connaît pas. » (M4)*

Certains n'avaient pas de contact :

« Alors je suis pas du tout en contact avec l'acupuncteur, ça, absolument pas. Ça je... je... j'adresse et puis il se débrouille. » (M13)

5.6.1. Eprouver des difficultés pour communiquer avec les acupuncteurs

5.6.1.1. Manque d'implication des acupuncteurs : une relation à sens unique

La plupart des interviewés évoquaient être plus actifs dans la relation que les acupuncteurs dont ils n'avaient que rarement des retours.

« Ah, j'ai eu... c'est froid je sais pas j'ai aucun, il ne me connaît même pas. Moi je lui envoie des courriers mais euh déjà j'ai pas de courrier de réponse et en plus je le connais même pas donc euh... » (M1)

« Non, non, jamais aucun retour, et moi je fais un courrier quand les gens me demandent. » (M4)

D'autres se désolaient que le manque d'interaction fasse partie de l'évolution des pratiques :

« Investigateur : La... les retours ce sont les patients qui vous les font ?

-Oui, je crois que j'ai jamais reçu la moindre lettre d'un acupuncteur. C'est pas un reproche hein, c'est comme ça.

-Investigateur : C'est à dire ?

-Ben c'est comme ça, maintenant c'est comme ça. Les gens n'écrivent plus... les gens... vous savez on vit un métier qui se déshumanise. » (M10)

D'autres pensaient que les acupuncteurs n'échangeaient pas par manque de temps ou de volonté de leur part :

« C'est toujours la problématique hein... c'est avec les acupuncteurs, c'est avec les spé, euh... ça s'est amélioré mais euh... ben les gens ont peut-être pas le temps de le faire, ou les gens se cantonnent aussi dans leur domaine et euh n'ont pas... ne prennent pas le temps, ou n'ont pas l'envie euh... de communiquer leur résultat. » (M12)

Ou par crainte du jugement des médecins généralistes sur leur pratique :

« C'est... c'est peut-être qu'il y a une barrière entre les acupuncteurs et les médecins de médecine traditionnelle. C'est peut-être que les acupuncteurs aussi ils se disent... mais comment on est vu... enfin c'est ça la partie intéressante, nous comment on est vu par rapport aux médecins de... de la faculté quoi. » (M8)

5.6.1.2. Des limites induites par l'exercice de la médecine générale

Certains médecins généralistes faisaient part de leur manque de disponibilité et leur manque de temps pour se mettre en lien avec tous les correspondants autour du patient.

« Je pense que dans l'idéal c'est intéressant mais euh... tu vois je peux pas me mettre en contact avec tous les intervenants qui tournent autour des patients... que ce soit le kinésologue, l'ergothérapeute euh... à un moment donné voilà quoi. » (M9)

« Bon ce que j'en pense, c'est que... oui ce serait aussi bien qu'il y ait des contacts mais vous savez dans le feu de l'action c'est pas toujours évident d'avoir des contacts avec nos confrères hein... euh faut être disponible déjà soi-même. » (M13)

5.6.1.3. Des moyens d'interactions limités

Face au manque d'acupuncteur :

« Ben je leur dis essayez de voir si vous avez un acupuncteur près de chez vous qui peut vous aider pour le sevrage tabagique. Et après faut les trouver maintenant... y'en a plus beaucoup qui font de l'acupuncture à droite à gauche... » (M10)

Face aux délais de rendez-vous, qui empêchaient les médecins généralistes d'adresser les patients et donc d'instaurer des échanges :

« Voilà. Sans compter aussi que pour d'autres spécialités autres que l'acupuncture, parfois on peut avoir l'idée, mais X il doit avoir quatre mois d'attente et parfois on a besoin des gens tout de suite. » (M2)

Ne pas connaître les acupuncteurs était un frein aux échanges pour certains participants :

« Alors le frein dans notre profession le frein c'est quand on ne connaît pas la personne chez qui on veut envoyer. Donc si on connaît et qu'on a une relation professionnelle avec quelqu'un, on va envoyer chez cette personne. Si on connaît mal ou si on connaît peu ou si on connaît pas, euh... on va avoir de la difficulté à envoyer. » (M10)

5.6.1.4. Communiquer par l'intermédiaire des patients

Compte tenu des difficultés pour échanger avec les acupuncteurs, les interactions s'effectuaient la plupart du temps par l'intermédiaire des patients :

« Pour le moment la seule communication que j'ai c'est euh via les patients. C'est eux qui me rapportent les choses qui se passent au cabinet des acupuncteurs. » (M7)

5.6.2. Une relation contrainte

5.6.2.1. Ne pas percevoir l'intérêt de communiquer avec les acupuncteurs

Certains médecins généralistes se satisfaisaient des relations succinctes voire inexistantes avec les acupuncteurs. Ils ne se sentaient pas assez sollicités pour attendre plus d'une relation

avec les acupuncteurs :

« Plutôt correct, moi ça me convient après honnêtement c'est pas... t'as dû le voir on a pas non plus une demande par semaine hein... » (M3)

Ils pensaient qu'un retour par l'acupuncteur serait complexe et inutile :

« Moi je compare un peu l'acupuncture et l'hypnose, je peux pas raconter tout ce que je fais, toutes les métaphores que je fais, et la prise en charge de l'hypnose à un... » (M8)

Le retour des patients leur paraissait plus pertinent :

« Moi ça me fait ni chaud ni froid parce que le patient de toute façon il revient vers moi et après je lui demande alors comment ça s'est passé est-ce que ça vous a fait du bien, oui, non. Je demande au patient, donc c'est pas grave. » (M1)

« Ben c'est important euh que ce soit lui, le ressenti, le vécu de ce qu'il a eu... c'est le plus important. » (M6)

5.6.2.2. Être obligé de communiquer

Certains participants appréciaient l'absence d'échanges directs avec les acupuncteurs mais ils se retrouvaient contraints à communiquer. Des patients demandaient au médecin généraliste un courrier afin de bénéficier d'un meilleur remboursement :

« Surtout depuis qu'il y a le contrat médecin traitant, on est un peu obligé oui de faire des courriers. » (M6)

« Les patients nous demandent maintenant en tant que médecin traitant de faire un... presque une lettre pour les acupuncteurs... » (M11)

Des acupuncteurs exigeaient une communication de la part du médecin traitant pour accepter de recevoir le patient.

« Oui mais y'a un truc qui m'a gonflé très récemment, c'est peut-être le Dr X, il a beaucoup de monde, il fallait que j'appelle pour prendre rendez-vous. » (M4)

« Son secrétariat demande toujours à ce que les patients aient un courrier du médecin traitant tu vois. » (M3)

5.6.3. Interagir dans des situations particulières

Certains interviewés ne percevaient pas l'utilité d'échanges systématiques. Ils privilégiaient des échanges dans l'objectif d'optimiser la prise en charge d'un patient en cas de pathologie complexe ou grave :

« Alors si par exemple ce patient-là, atteint d'un cancer grave devait uniquement faire de l'acupuncture, je pense que je me mettrai en lien avec l'acupuncteur, je l'appellerai et puis ben on essaierait de travailler ensemble sur le cas quoi... » (M9)

Ils intervenaient parfois pour qu'un patient soit vu en cas d'urgence :

« J'ai appelé directement, pour deux patientes d'ailleurs, euh une qui avait eu une SEP puis un cancer et une autre qui a eu un gros cancer maxillaire et là j'ai appelé directement pour qu'il puisse les recevoir rapidement. » (M12)

Ils étaient aussi réactifs en cas de sollicitation de la part des acupuncteurs, pour répondre à des questions :

« Maintenant je leur demande pas de me faire un retour obligatoire... sauf s'ils ont une question à me poser. Si on a une relation à avoir c'est pour... mieux faire avancer la problématique du patient. S'ils ont une question, j'ai une réponse. » (M8)

5.6.4. Souhaiter plus d'interactions avec les acupuncteurs

5.6.4.1. Pour mieux connaître les acupuncteurs

Ce qui permettrait d'améliorer la confiance envers les acupuncteurs et l'acupuncture :

« De connaître la personne en face euh surtout si c'est un patient qui a une pathologie euh grave à côté, qu'il abandonne pas son traitement euh de la maladie, en cancéro en particulier ou chez un diabétique ou tu vois... » (M12)

« Ben peut-être qu'il y a des domaines sur lesquels je m'appuierai beaucoup plus sur l'acupuncture. » (M12)

5.6.4.2. Pour mieux collaborer avec les acupuncteurs

Mieux connaître les interlocuteurs permettrait de faciliter les échanges, et mieux collaborer dans la prise en charge d'un patient.

« Ben c'est comme avec tous les autres médecins en fait, on travaille toujours mieux ensemble quand on se connaît, c'est pas spécifique aux acupuncteurs. [...] Je sais pas si j'adresserais plus de patients mais ça serait plus facile de les adresser, ça jouerait pas dans mes raisons d'adresser, j'adresse pas en fonction des médecins mais ça serait plus facile de prendre son téléphone quand tu connais quelqu'un... » (M4)

Afin d'aider le médecin généraliste.

« Moi je pense que effectivement avoir dans ses correspondants un bon acupuncteur euh expérimenté, qui a de la bouteille etc, je pense que c'est vraiment une... une richesse pour un médecin généraliste. » (M2)

5.6.4.3. Souhaiter plus de démarches de la part des acupuncteurs

Certains participants apprécieraient plus de visibilité et d'efforts de présentation de la part des acupuncteurs :

« Alors il y a une époque, les... quand on s'installait on allait voir les médecins du coin on leur disait coucou je m'installe à tel endroit je venais vous dire bonjour. Aujourd'hui, les gens s'installent à droite à gauche, ils plantent leur euh... leur tente, ils disent bonjour à personne, on sait même pas qu'ils sont installés... » (M10)

D'autres souhaitaient être plus sollicités par les acupuncteurs.

« Si l'acupuncteur a besoin d'un renseignement précis, médical, euh mais qu'il m'appelle ou qu'il m'écrive un mail. Moi j'ai mon mail, les patients le savent et... je n'hésite pas pour le diffuser... une relation normale de... de... de soignant quoi c'est tout. » (M8)

« Ils ont jamais cherché à me joindre non plus. » (M6)

5.7. UN PATIENT PIVOT

Le patient apparaissait comme moteur des interactions patient-médecin-acupuncteur. Il avait un rôle particulier dans la relation avec le médecin généraliste car c'était lui qui informait le médecin généraliste sur l'acupuncture. Dans ce contexte, la communication avec le médecin généraliste n'était pas toujours évidente.

5.7.1. Un patient moteur qui informe le médecin généraliste sur l'acupuncture

5.7.1.1. Le patient acteur et responsable de son soin

Certains interviewés considéraient que les patients étaient responsables de leur soin, ils étaient les plus à même de chercher des soins qui leur convenaient et de juger de l'efficacité de leurs recours. Cela relevait de leur responsabilité d'interagir avec les médecins généralistes et/ou les acupuncteurs :

« Après que le patient soit l'intermédiaire entre le médecin et l'acupuncteur, le patient il va aller chez l'acupuncteur ou l'acupuntrice et il va me dire ça me fait du bien je continue ou il va me dire j'ai l'impression que ça me fait rien du tout je m'arrête point barre ça s'arrête là, faut arrêter de... philosopher sur des... sur ce type de relationnel, c'est court hein je veux dire les gens ils sont contents ils sont pas contents... donc ils continuent, ils arrêtent... » (M10)

« Il y a aussi des choses que le patient choisit de lui-même et qui vont... voilà il les a choisies donc c'est un bon traitement pour lui. » (M5)

« Ils parlent pas de leur recours ? Ah ben bien sûr, quand vous allez chez le médecin vous êtes libre de lui dire, de ce que vous voulez pas lui dire. » (M10)

5.7.1.2. C'est le patient qui aborde le sujet avec le médecin généraliste

Les patients prenaient l'initiative de parler d'acupuncture en consultation avec leurs médecins généralistes.

« Comment ça vient en consultation... euh... ça dépend de l'indication... C'est surtout de la part du patient. » (M13)

Ils sollicitaient l'avis des médecins généralistes sur le recours en acupuncture :

« Oh ben c'est les personnes qui me demandent si leur problème ne pourrait pas être suivi en acupuncture ou être traité en acupuncture. » (M10)

« Ah ben ils te demandent toujours même s'ils sont euh intéressés d'y aller ils te demandent ton avis quand même. » (M3)

Les patients informaient les médecins de leur recours pour lequel ils ne les avaient pas sollicités :

« C'est les patients d'eux mêmes qui me disent ben euh... en traitement d'appoint par rapport à mon traitement de... de rhumato, ou de... de chimiothérapie, euh ou de lombalgie, par le rhumatologue, je consulte en même temps un acupuncteur ou un sophrologue, et... ça me fait du bien. » (M5)

5.7.1.3. Les patients renseignent les médecins généralistes sur l'acupuncture

Les médecins étaient incapables de délivrer des informations appropriées sur l'acupuncture.

« C'est vrai que c'est un peu redondant et on sait pas trop quoi dire parce qu'on a pas trop de renseignements sur ça, on se pose pas trop de questions là-dessus. [...] Si un patient nous pose des questions on est incapable d'y répondre si on s'y intéresse pas en dehors. » (M1)

Les médecins généralistes s'informaient sur l'acupuncture par l'intermédiaire des patients. Certains participants avaient des notions sur l'acupuncture qui provenaient de leur entourage, de leurs patients, et non pas d'une connaissance scientifique.

*« Ah oui voilà les indications... après moi j'ai des notions euh... comme ça, je sais que pour l'arrêt du tabac ça marche, pour les tensions ça marche pour un stress ça peut marcher, la dépression ça peut marcher, voilà ça c'est des notions que je sais mais qu'on m'a pas appris, on nous apprend pas ça à la fac
-Investigateur : Et tu les sais comment ces notions ?
-Euh... parce que j'ai une famille qui aime bien tout ce qui est paramédical, les gens en parlent, les patients en parlent... » (M1)*

Ils s'informaient sur la qualité du praticien acupuncteur en demandant l'avis des patients.

« Bien... je... je l'enga... je l'encourage, et je lui demande s'il a une source (rires) de me la donner... une source sûre. » (M8)

D'autres évaluaient l'efficacité de l'acupuncture seulement en fonction des retours des patients.

« Quand on voit un patient qui a essayé tout, les patchs et tout et qui arrive à arrêter de fumer avec l'acupuncture et si y'en a plusieurs comme ça au bout d'un moment on se dit bon ben peut être que ça marche en fait. » (M1)

Dans ce contexte, communiquer avec les médecins généralistes n'étaient pas toujours évident. Certains médecins généralistes faisaient des efforts pour faciliter la communication.

5.7.2. Pouvoir parler de son recours à son médecin généraliste

Différents comportements des médecins généralistes facilitaient l'expression des patients sur leur recours en acupuncture.

5.7.2.1. Être impliqué dans le suivi en acupuncture

Certains pensaient à demander systématiquement un retour à leur patient, bien que les recours soient peu fréquents :

« Investigateur : Ok. Et est-ce que vous allez poser par vous-même la question de savoir comment ça s'est passé ?

-Ah oui, toujours, je leur demande toujours. Enfin comme je vous dis hein c'est pas tous les jours. » (M13)

« Ben la première chose alors comment ça s'est passé votre acupuncture, [...] bon voilà... qu'est-ce qu'il vous a dit... tu vois dans le sens de lui faire reverbaler les choses positives... de ce qui s'est passé. (M5)

5.7.2.2. Être ouvert à d'autres thérapies complémentaires

« Par rapport aux médecines euh... euh peut-être on va dire alternatives hein je sais pas comment les appeler, très souvent les gens n'osent pas forcément nous en parler, sauf que moi je suis assez ouvert à plein de trucs donc euh ils nous en parlent de temps en temps... » (M2)

Pratiquer soi-même une autre thérapie complémentaire mettait les patients en confiance quant à l'ouverture d'esprit de leur médecin généraliste.

« Comment je me place... ben... euh... je... j'ai du mal à répondre à cette question je sais pas... je sais pas c'est ma personnalité. J'espère que... qu'ils oseraient me le dire. Mais bon euh maintenant je crois pas que tous mes patients ils savent que je fais de l'hypnose médicale depuis trois ans euh... ça fait pas si vieux que ça... euh... c'est voilà... c'est peut être ça qui fait que ils hésiteraient moins à m'en parler. » (M8)

« Investigateur : Qu'est-ce que vous pensez du fait que, ben... parfois des patients ne vont pas vous parler du recours en acupuncture ?

-Si... maintenant si... je suis homéopathe alors ils me... ils m'en parlent.

-Investigateur : Oui ?

-Oui oui, spontanément... y'a pas de barrage, y'a pas de barrage. » (M6)

5.7.2.3. Rechercher des moyens pour mettre le patient en confiance

« C'est dommage, c'est pour ça que je mets les gens en confiance, je leur dis je suis pas dans le médicament, je me vexe pas, j'essaye sûrement d'être un des médecins les moins susceptible, pour essayer qu'ils me disent ce qu'ils font parce que leur démarche m'intéresse. » (M11)

« Il faudrait peut-être que j'ouvre la question à chaque fois en disant est-ce que vous avez pensé à l'acupuncture ou... » (M1)

5.7.2.4. Aider le patient à trouver des réponses à ses questions sur l'acupuncture

Certains médecins généralistes adressaient les patients aux acupuncteurs pour qu'ils puissent leur délivrer une information appropriée.

« Oui ça a pu m'arriver, ba je leur disais euh moi je connais pas mais par contre allez voir untel et untel. » (M2)

« Mais euh non j'ai pas honte de dire je sais pas, ça me bloque pas du tout. Et d'ailleurs ça met encore une relation de confiance avec le patient quand on est capable de dire je sais pas, ça fait du bien... et on est pas fermé en disant ben toute façon allez voir ailleurs [...] Qu'il peut toujours prendre rendez-vous avec cette personne qui en fait pour qu'il lui explique ben tout euh comment ça fonctionne euh quels sont les risques, quels sont les... les bénéfices. » (M1)

Certains patients éprouvaient plus de difficultés à parler de leur recours avec leur médecin généraliste.

5.7.3. Se heurter à des obstacles pour communiquer avec son médecin généraliste

Plusieurs facteurs pouvaient empêcher le patient d'échanger sur l'acupuncture avec son médecin généraliste.

5.7.3.1. Craindre la réaction du médecin généraliste

Certains patients craignaient d'être jugés :

« Ba c'est sans doute que ils pensent... je... je crois qu'ils ont peur d'être jugés par le... par les médecins qui ont une formation traditionnelle. » (M8)

Ou de vexer le médecin généraliste par le recours à d'autres professionnels :

« Mais euh et ils nous en parlent pas forcément ils savent pas si on sera d'accord pour que pour que... pour recevoir l'information etc... si on sera pas frustré vexé ou j'en sais rien. Donc je pense qu'ils ont peut-être un peu de réticence à nous en parler. » (M2)

5.7.3.2. Avoir des difficultés à communiquer avec des patients

En dépit de l'intérêt qui pouvait être porté à l'acupuncture, le médecin généraliste ne sollicitait pas les patients qui étaient eux-mêmes peu communicatifs :

*« Ouais je pose la question des fois, euh je t'avoue que ça dépend aussi du contact que j'ai avec le patient, l'antériorité avec lui...
-Investigateur : C'est à dire ?
-Ben si c'est quelqu'un que je connais bien... euh c'est quelqu'un qui va me parler lui-même ou s'il faut lui tirer les vers du nez, tu sais sur l'interrogatoire plus ou moins ouvert ou dirigé. » (M9)*

5.7.3.3. Être peu impliqué dans le suivi des patients en acupuncture

Certains interviewés ne pensaient pas à interroger les patients après leur consultation en acupuncture.

« Ben même pas, je leur ai même pas posé la question sur comment ça se passe... non je sais pas. (rires) » (M1)

5.7.3.4. Eviter de parler d'acupuncture par méconnaissance

Certains médecins généralistes préféraient éviter d'aborder l'acupuncture pour ne pas avoir à répondre à des demandes ou interrogations auxquelles ils ne pourraient pas répondre.

« Moi j'en parle jamais parce que je sais pas quoi conseiller en fait, je sais pas qui conseiller euh je connais pas les indications. » (M9)

5.7.3.5. Ne pas se préoccuper du manque d'échanges avec le patient

Certains médecins généralistes n'avaient pas envisagé que les patients pouvaient ne pas mentionner leur recours en acupuncture :

*« Investigateur : Et du fait que les patients ils t'en parlent pas, qu'il y a pas de retours, ça qu'est-ce que t'en pense ?
-(silence) C'est à dire qu'ils sont allés et qu'ils m'en parlent pas ?
-Investigateur : Oui.
-Ah oui peut être que ça existe ça remarque. » (M1)*

Un interviewé était même sceptique quant à la réalité des non-dits. Il corrélait plus le manque de communication du patient avec le manque d'efficacité de l'acupuncture.

« Si vous le dites ! (rires) Si vous le dites ! J'en pense pas grand chose puisqu'ils en parlent pas. Moi je dis pourquoi pas. Euh si ils en parlent pas, pourquoi n'en parlent-ils pas, c'est à eux qu'il faut leur demander. Est-ce qu'ils se sentent euh je sais pas euh, faussés dans la relation je ne pense pas euh, c'est plutôt que... qu'ils n'ont pas eu probablement de résultat suffisamment probant pour me le mettre en avant. » (M13)

5.8. DEVOIR EXERCER SON RÔLE DE MEDECIN GENERALISTE AVANT TOUT

Pour certains participants, la priorité était de mettre en œuvre les compétences et les devoirs inhérents à leur rôle de médecin généraliste.

5.8.1. Être médecin c'est respecter l'autonomie du patient

5.8.1.1. L'acupuncture aide le patient à être acteur de son soin

« Oui mais euh... tout ce qui est... ce que j'aime en Chine c'est qu'ils disent que on commence par l'alimentation, les plantes, l'acupuncture et l'allopathie. Moi j'aurais aimé mais j'y serais pas arrivé que les gens soient plus acteurs de soin... » (M11)

5.8.1.2. Devoir respecter les choix du patient

Les médecins généralistes se devaient de respecter la démarche personnelle du patient :

« [...] En plus c'est quand même une démarche personnelle de la part d'un patient, c'est... les... les patients qui... qui croient mordicus à l'acupuncture, aux huiles essentielles, à l'homéopathie, euh ça correspond à leur démarche personnelle donc euh... si c'est leur choix c'est leur choix. » (M13)

Les interviewés s'accordaient sur le fait que le patient était décisionnaire de sa prise en charge.

« Ben tu sais moi ça me vexe pas trop... les gens font leur choix au final, nous on est des conseillers en santé finalement on a pas... on a pas la décision finale... c'est le patient qui gère sa vie (rires). Il décide... » (M9)

« Ben je vais faire la même réponse, le patient il est maître de sa santé et de la façon dont il veut qu'on le soigne. » (M10)

Aller à l'encontre du choix des patients n'était pas concevable :

« Alors je vais vous donner une réponse qui est un peu longue mais je pense qu'elle vaut... on ne peut pas dire au patient, sauf dans de très rares cas, ce que vous allez faire c'est pas bon pour vous. L'OMS a fait une étude qui a montré qu'il y avait 168 façons de faire la médecine dans le monde et les religions en sont une. Donc s'il y a 50 religions ben y'a 50 façons supplémentaires. Donc, après on est obligé... dans l'empathie, y'a aussi le fait de suivre le patient dans son désir de faire autrement, il a le droit, c'est sa peau. » (M10)

5.8.1.3. S'adapter aux difficultés induites par les choix des patients

Les médecins généralistes ne pouvaient pas délaissier les patients en dépit de leurs choix :

« Et ben par exemple, imaginons un cas un peu tiré par les cheveux où un patient vient avec une maladie très grave par exemple un cancer où un infarctus du myocarde ou j'en sais rien, des trucs qui nous nous paraissent très grave euh si il choisit d'emblée en disant ben non je veux pas de vos traitements ou je veux pas aller voir le spécialiste je veux faire un soin en acupuncture à 100%, là je me poseraï la question, alors je lui demanderais de m'expliquer son choix et a priori je pourrais de toute façon continuer à le suivre même s'il choisit que l'acupuncture dans ce cas-là mais il faudrait que je fasse quand même de mon mieux pour lui offrir tous les moyens possibles pour le guérir de sa maladie. » (M9)

Le médecin agissait dans l'intérêt du patient en adaptant son discours, parfois à l'encontre de ses convictions profondes :

« Le fait qu'il m'en parle, je vais pas lui dire monsieur vous avez tort, vous êtes un imbécile, je vais pas lui dire vous avez super raison continuez bien, je vais lui dire vous avez le droit de le faire Mais je suis pas persuadé de... en globalité je suis pas persuadé de l'efficacité de l'acupuncture. » (M10)

Bien que cela puisse ultérieurement nuire à sa relation avec son patient :

« S'il y a une chose qui me freine particulièrement plus, c'est que... moi étant persuadé que l'acupuncture n'a pas euh d'efficacité supérieure à un effet placebo, je sais pas si le patient ne risque pas de... si un jour il se rend compte qu'il a... enfin ou qu'il en devient persuadé lui-même de cet effet-là, eh ben j'ai peur qu'il me le reproche... de ne pas avoir été... honnête. Envers lui. Et que... enfin, quelque part euh, enfin même si je me trompe, tu vois enfin dans l'interpré... dans l'appréciation de l'acupuncture, même si je me trompe là-dedans euh le... la façon dont moi je... je la présente au patient, ça pourrait s'apparenter au mensonge, de mon point de vue et ça ça me dérange parfois. Parce que je leur... je ne fais pas... je ne leur fais pas part de mes propres convictions mais ce que je leur dis c'est ce que je pense être dans leur intérêt. » (M7)

5.8.1.4. Faire confiance au choix des patients

« Parce que ce que j'ai bien compris dans notre métier euh c'est que... voilà, il y a des choses qui sont avérées, qui ont un rapport coût-bénéfice efficace, il y a les médicaments, et euh c'est très bien, après en parallèle il y a aussi des choses que le patient choisit de lui-même et qui vont... voilà il les a choisies donc c'est un bon traitement pour lui. [...] Je réponds toujours que comme c'est le patient qui l'a choisi, je pense que c'est quelque chose qui lui est favorable. » (M5)

5.8.2. Être médecin, c'est entretenir une relation médecin-patient de qualité

Les interviewés rapportaient devoir faire des efforts afin de maintenir une relation de confiance avec leurs patients. S'ouvrir à l'acupuncture améliorerait la relation avec le patient :

« Mais je pense que si tu prescris les choses... les gens sont demandeurs de quelque chose. C'est comme en politique ils savent très bien qu'il faut dire aux gens ce qu'ils ont envie d'entendre. Et ben en médecine c'est un peu pareil, si tu réponds de façon favorable au lieu de te braquer ba tu vas soigner les gens, si tu les braques tu vas les aggraver, forcément. » (M2)

« Je sais pas s'il a pas confiance mais en tout cas il ose pas tout livrer à son médecin et je trouve que c'est dommage parce que... hem, nous, un, on passe à côté de quelque chose et on passe encore plus parce que si le patient il ose pas te dire qu'il va voir euh un acupuncteur par exemple, euh... ben tu loupes quelque chose dans ta relation au patient quoi.

-Investigateur : Qu'est-ce que tu penses que ça t'apporterait de le savoir ?

-(silence) Ce que ça m'apporterait ben euh... avoir... déjà la confiance de mon patient qui va pouvoir m'en parler, sans retenue. » (M12)

5.8.3. Être médecin c'est informer et conseiller le patient sur sa santé

5.8.3.1. Devoir être capable d'informer le patient

Le rôle du médecin généraliste était de proposer des possibilités thérapeutiques au patient. Le médecin se devait donc d'être informé lui-même de ce qu'il pouvait proposer.

« Et je pense c'est bien de nous donner toute la palette de possibilités même paramédicales, même si y'a pas de preuves scientifiques... et après à nous de juger si on adhère ou pas et si face à telle situation de patient si on le mettrait ou pas. » (M1)

« On fait un diagnostic et on ouvre... un éventail... un grand éventail de possibilités. » (M11)

5.8.3.2. Conseiller le patient dans son intérêt

Le médecin généraliste avait un rôle de conseiller et ne pouvait imposer un choix :

« Moi le patient il vient me demander... il vient me demander quelque chose, il vient pas me... il vient pas... il vient me consulter, il vient pas me... comment dire... il vient pas se mettre sous mes ordres. Euh... euh, moi je peux que lui donner le conseil d'aller,

de pas aller, de faire, de pas faire. » (M10)

Face à la méconnaissance sur l'acupuncture et donc au manque d'information ou de conseil fiable à donner au patient, des médecins généralistes percevaient l'importance de s'accorder au ressenti du patient et de l'accompagner dans ce qui lui paraissait être bénéfique pour lui.

« Ben en même temps je suis pas obligée de tout savoir euh parce que comme t'as dit euh comme j'ai dit pardon, c'est pas quelque chose qui est dans mon pouvoir, je connais pas, donc je peux pas trop juger des indications, des contre-indications euh c'est plus conseiller le patient sur son ressenti après... » (M9)

« Evidemment nos conseils ils sont le plus possible fondés sur l'EBM euh parce que c'est le paradigme de notre médecine, après les conseils que je peux donner qui sont pas fondés sur l'EBM ce serait plus euh... en lien avec qu'est-ce que le patient est intéressé, c'est pas vraiment des conseils médicaux mais euh soutenir le patient dans ses choix aussi. Donc c'est pas un conseil en fait, c'est se dire ben voilà expliquez-moi ce que vous en pensez de l'acupuncture euh quels sont les bénéfices que vous avez à faire ça et les risques éventuellement et en fonction de la balance décisionnelle de dire ah ben ça me paraît intéressant que vous y retourniez, apparemment ça vous soulage. Je verrais plus ça comme ça en fait. Donc il y a pas derrière de côté jugement enfin j'espère, mais plutôt l'idée de renforcer le patient dans ses choix quoi, s'ils ont l'air d'être bon... » (M9)

5.8.3.3. Responsabiliser le patient pour sa sécurité

Le rôle du médecin était d'assurer la sécurité du patient en l'informant de la nécessité de se traiter en allopathie pour certaines pathologies.

« Je sais pas le mec on est en train de lui faire un bilan de cancer, il me dit je vais aller voir l'acupuncteur, je lui dis monsieur là c'est... on va remettre les pendules à l'heure, vous avez un cancer donc c'est pas... si vous allez voir l'acupuncteur pour vous aider à passer des caps oui si vous allez voir l'acupuncteur pour vous guérir votre cancer ça marchera pas, ça peut être une médecine complémentaire dans certaines pathologies, psychologiques, psychiatriques ou organiques, de la douleur mais ça n'est pas un traitement du cancer. » (M10)

« Et qu'il faut parfois savoir un petit peu leur rappeler aussi que il y a certaines pathologies, certaines indications... c'est important d'être pris en charge en médecine conventionnelle. » (M7)

5.8.4. Être médecin c'est trouver le traitement le plus adapté pour le patient

5.8.4.1. Devoir trouver des solutions pour soulager un patient

« Non moi tout ce qui peut apporter un soulagement, un... un bien être au patient, et ben c'est notre rôle quand même. Il y a soigner mais il y a maintenant maintenir dans des conditions de vie les moins désagréables possibles oui, et l'acupuncture en fait partie... [...] Parce que... ce qui est le plus important c'est vraiment le bien-être du patient. Et... peu importe de la médecine à laquelle il a recours, s'il y a un bénéfice au bout, moi je suis preneur. » (M7)

5.8.4.2. Ne pas nuire au patient

Les médecins généralistes s'accordaient sur le fait de devoir trouver des solutions les moins nocives pour le patient. Ils préféraient ainsi trouver des alternatives aux médicaments qui apportaient un bénéfice avec moins d'effets indésirables. L'acupuncture en faisait partie.

« Il y a certaines personnes qui me disent être beaucoup mieux avec l'acupuncture pour tel ou tel symptôme douloureux par exemple et évidemment je préfère qu'il aille faire de l'acupuncture plutôt qu'il prenne des antalgiques quoi. » (M9)

Un médecin qui considérait que l'efficacité de l'acupuncture reposait sur de l'effet placebo privilégiait le recours en acupuncture en tant que placebo plutôt que d'utiliser des médicaments dans cette même finalité.

« Enfin j'en sais rien mais euh quelqu'un qui... qui souffre de... de sinusite chronique, de toute façon je... la plupart du temps les traitements qu'on leur prescrit, c'est... ça reste du placebo enfin euh... les antibiotiques à répétition, le paracétamol... autant euh utiliser d'autres techniques si ça peut leur éviter de prendre des médicaments. » (M7)

Certains traitements prescrits en médecine conventionnelle n'avaient pas de niveau de preuves suffisants, donc utiliser l'acupuncture pouvait s'avérer tout aussi acceptable.

« Pas forcément en impasse, mais même ça peut être même en première intention. Bon. Parce que en... y'a beaucoup de choses en allopathie qu'on prescrit sans... sans aucun niveau de preuve. » (M7)

5.8.5. Remettre en question sa pratique

Le recours en acupuncture des patients faisait s'interroger les médecins généralistes sur leur pratique. Ils se questionnaient sur leurs capacités relationnelles et sur la fiabilité de leurs connaissances :

« Donc l'idée c'est de voir... c'est surtout de, de définir le style de besoin. Pourquoi on a besoin d'autre chose que... que la médecine générale. Ça peut faire ressortir si tu veux des carences des deux côtés. Et des avantages des deux côtés. » (M2)

« Je pense que... fin faut savoir aussi euh prendre du recul sur ce qu'on pratique euh en tant... qu'allopathe. » (M4)

5.8.5.1. Manquer d'écoute avec le patient ?

« Parce qu'il n'y a pas que le fait d'être euh anti-médicaments je pense. Peut-être qu'on fait une médecine trop rapide enfin euh etc. Si tu veux même moi dans ma pratique hein, je le vois maintenant, avant je travaillais beaucoup, je voyais beaucoup de patients, je laissais pas du temps à l'écoute, et je, je faisais de la mauvaise médecine tu vois. » (M2)

« Moi je pense qu'ils recherchent du temps d'écoute, beaucoup, euh... une relation quoi entre eux et le médecin je pense, euh et souvent on clive un peu les choses justement et c'est souvent une alternative un petit peu euh anti euh... enfin je pense qu'il faut revoir un peu notre relation avec les gens, notre temps d'écoute parce que c'est là que ça pêche un peu. [...] Et que pour certains patients ils vont trouver des réponses dans... les médecines dites parallèles. Où on leur apporte plus d'attention, plus d'écoute, une approche différente... » (M4)

5.8.5.2. Manquer de globalité ?

La capacité de prise en charge globale en médecine générale pouvait être entravée par la vision trop technique et mécaniste du corps des généralistes :

« Et que... peut-être qu'il y a un certain nombre de pathologies qu'on prend... un peu trop en charge de manière complètement mécanique ou de... manière inadaptée. » (M4)

« Ben parce que je pense c'est une autre approche de la personne et que la personne c'est pas une suite d'organes, que... ça se prend dans la globalité. » (M12)

Des médecins généralistes s'interrogeaient sur leur capacité de prise en charge globale réelle.

Prendre en charge de manière globale un patient nécessitait du temps que les médecins généralistes n'avaient pas ou peu par rapport à une consultation d'acupuncture :

« Ben moi je pense qu'ils recherchent une autre approche de leur... pathologie, de leur pathologie mais euh... dans une globalité que l'allopathie n'a pas. [...] Moi je trouve qu'en allopathie on n'a pas ce moyen de recherche, euh de cet état-là, surtout quand tu fais une consultation en 10 minutes c'est... voilà tu vas traiter une conséquence. Voilà, moi en allopathie j'ai plus le sentiment aujourd'hui qu'on traite une conséquence et qu'on va pas aller traiter le, le reste et peut être la cause parfois, régénérer des énergies euh des choses comme ça quoi. » (M12)

5.8.5.3. Manquer d'humilité : devoir lutter contre ses certitudes

L'excès de confiance de certains médecins généralistes dans leur pratique semblait pousser les patients à s'intéresser à d'autres approches.

« Est-ce qu'on n'est pas trop sûrs de nous, est-ce qu'on ne voit pas euh, pas assez nos manques, nos lacunes, qui laissent la porte ouverte justement aux gens d'aller voir ailleurs parce qu'ils n'ont pas été satisfaits. » (M2)

« C'est pas parce que la médecine générale, reconnue par les scientifiques, par l'université... par la sécurité sociale... que... on a forcément la science infuse et que on a forcément toujours raison... » (M4)

Les connaissances scientifiques n'étant pas absolues, cela semblait perspicace d'envisager d'autres pratiques qui pouvaient être efficaces.

« Je pense aussi c'est qu'on connaît quand même pas grand chose de... de l'ensemble du fonctionnement du cerveau et que j'ai l'intuition qu'y a beaucoup d'autres choses qui marche et qu'il faut les utiliser. » (M5)

D'autant plus que les connaissances scientifiques étaient évolutives :

« [...] Tous les dix ans, tu verras en médecine, un coup le bébé faut le mettre sur le ventre, un coup sur le dos, euh faut mettre les corticoïdes avant, après faut plus mettre de corticoïdes, après faut mettre de la Polaramine, après faut plus en mettre. » (M5)

5.8.5.4. Défendre la pratique de la médecine générale

Certains participants trouvaient injuste le décalage de reconnaissance entre la médecine conventionnelle et les thérapies complémentaires. Ils considéraient faire au mieux dans leur pratique, et manquer de considération de la part des patients qui étaient plus exigeants envers leurs capacités de prise en charge.

« Et je pense que en matière de soins... nous on nous attaque pour pertes de chances, et quand les gens vont voir un iridologue ou un réflexologue plantaire alors que... moi j'ai une patiente qui est en train de mourir de métastases multiples parce qu'elle était très comme ça... et que elle a eu un diagnostic de sarcome du pied, puis un diagnostic de cancer du sein, les deux diagnostics ont été faits très tardivement alors qu'elle avait vu plein de gens de médecines parallèles. [...] Alors il y a ça, et il y en a qui vont voir ailleurs car ils rejettent complètement la médecine euh conventionnelle, et je trouve que c'est un peu injuste car elle apporte de belles choses. » (M2)

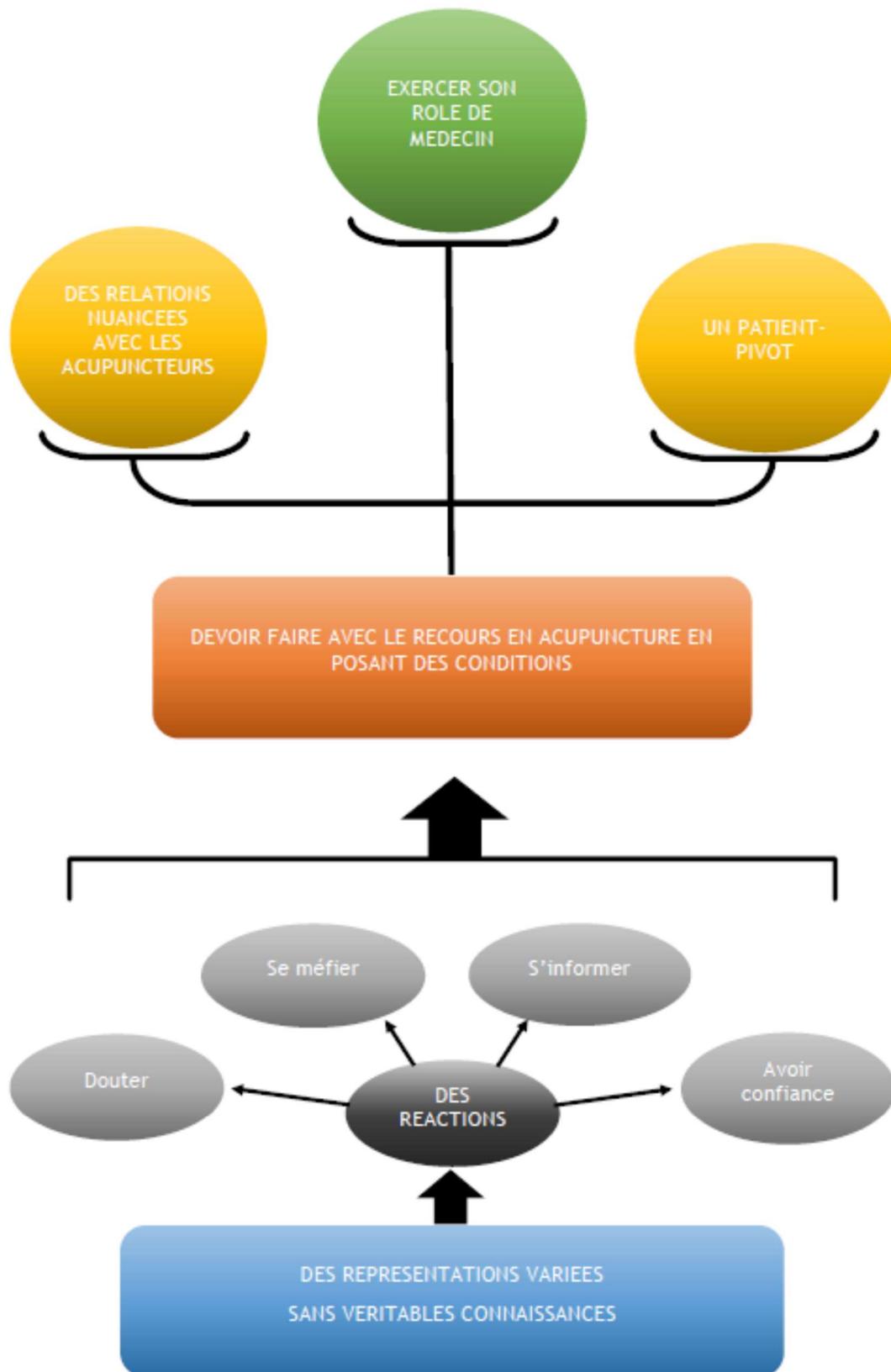
5.8.6. Être ouvert d'esprit est un devoir scientifique

Les participants soulignaient l'importance de l'ouverture d'esprit comme devoir scientifique et qualité de médecin généraliste.

« [...] Sur le plan même culturel profond je pense qu'on a quand même une médecine allopathique très fondée sur notre culture judéo-chrétienne, et assez hermétique et assez dans les croyances aussi, donc euh si on veut vraiment être scientifique il faut être ouvert, et absolument ouvert à tout, voilà. » (M2)

« Oh alors là je pense que en tant que scientifique on n'a pas le droit d'être dogmatique et que faut être ouvert hein de toute façon. » (M2)

5.9. MODELISATION



6. RESULTATS DES ACUPUNCTEURS

6.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

15 acupuncteurs ont été interviewés, 10 au cours d'entretiens individuels semi-dirigés et 5 au cours d'un focus group.

L'échantillon se composait 10 hommes et de 5 femmes. Les participants étaient âgés de 37 ans à 79 ans avec un âge moyen de 54 ans. 8 participants étaient non-médecins, les 7 autres étaient médecins généralistes acupuncteurs.

Leurs caractéristiques sont détaillées dans l'Annexe 10.

Les participants sont dénommés par la lettre « A » suivie du numéro de l'entretien par ordre chronologique de réalisation. Le premier acupuncteur interrogé est donc « A1 ». Pour le focus-group, les acupuncteurs sont dénommés par la lettre « F ».

5 acupuncteurs ont participé au focus group (F1 à F5), ils étaient tous non-médecins. Il a eu lieu le 29 juin 2019 et a duré une heure et quatorze minutes.

10 acupuncteurs ont participé aux entretiens individuels (A1 à A10), dont 7 étaient médecins généralistes et 3 non-médecins. Ils ont été réalisés entre juin 2019 et septembre 2019. Les entretiens ont duré de 21 minutes à 61 minutes pour une moyenne de 30 minutes. Les entretiens des participants A2, A7 et A8 ont été réalisés par téléphone, les autres entretiens ont été réalisés au cabinet des acupuncteurs.

6.2. L'ACUPUNCTURE EST UTILE

La plupart des participants mettaient en avant les bénéfices à utiliser l'acupuncture, que ce soit pour les médecins généralistes, les patients ou encore pour le système de santé.

6.2.1. Pour la médecine générale

6.2.1.1. En contribuant à la prise en charge en médecine générale

Pour certains, un des rôles de l'acupuncteur était de réexpliquer, de reformuler ce qui avait été fait en allopathie. Dans le but de soutenir la prise en charge menée par le médecin généraliste.

« [...] D'abord ils me racontent leur histoire de la maladie, des fois ils comprennent pas donc je re... je ré explique ce qu'il s'est passé pourquoi le médecin il a fait ça, pourquoi ils ont eu ces examens, qu'est-ce qu'on a trouvé [...] donc des choses comme ça des fois les patients ils se... et puis euh le neurologue savait pas trop donc le neurologue l'adresse chez un autre neurologue euh... à X donc voilà je lui explique que voilà en fonction des examens, l'EMG ça c'est contradictoire donc voilà pourquoi votre neurologue voilà. Et donc je... je soutiens, en général je soutiens ce qui a été fait pour rester dans la ligne du médecin généraliste. » (A3)

Parfois l'acupuncteur pouvait aussi être une force de propositions diagnostiques ou thérapeutiques venant aider le médecin généraliste :

« Voilà, et des fois si je comprends pas, ça m'arrive rarement, je fais un courrier au médecin traitant que je donne au patient en disant ben voilà, je me pose telle question, est-ce que tel médicament serait pas indiqué parce que... euh... voilà l'acupuncture euh... » (A3)

6.2.1.2. En aidant le médecin généraliste dans sa relation avec le patient

Certains acupuncteurs essayaient de recréer du lien avec les médecins généralistes pour les patients qui avaient perdu confiance en la médecine générale et qui n'avaient plus de suivi médical.

« Mais bon euh voilà ça reste euh... dans le milieu médical... et d'autres au contraire on va renvoyer vers le... dans le secteur médical parce qu'ils ont décroché, euh donc on a aussi un rôle euh de responsable, d'essayer de les faire raccrocher quand ils ont complètement décroché de... pour leur faire des analyses ou quoi que ce soit... » (F4)

D'autres pouvaient communiquer au médecin généraliste des éléments dits en séance d'acupuncture mais non-dits en consultation de médecine générale.

« C'était une patiente très inquiète d'avoir contracté la maladie de Lyme. Et qui... avait vu une fois son médecin traitant, et depuis plusieurs semaines la situation n'évoluait pas, et qui semblait très inquiète elle osait pas en parler avec son médecin traitant. Donc là ben j'ai décroché pour en discuter moi-même avec le médecin traitant et voir ce qu'il convenait de faire. » (A9)

6.2.1.3. En soulageant la médecine générale

En prenant en charge des patients pouvant être traités avant de consulter en médecine

générale :

« Il y a une foule de pathologies où j'ai une prise en charge qui peut être quasiment totale, puisque euh... des pathologies comme des douleurs, des insomnies, des troubles des règles, des maux de ventre, des... des stress, des problèmes émotionnels euh... toutes ces choses-là qui sont du fonctionnel en gros euh... » (A1)

« Les médecins généralistes sont tellement débordés que... s'ils peuvent ne pas être sollicités pour une sciatique, un rhume... c'est aussi bien quoi. » (A9)

Ou bien en cas d'impasse thérapeutique avec des soins conventionnels.

« Ils sont pour 95% des cas déjà passés par la case médecin. Donc euh... après peu me disent... voilà les médecins... souvent les gens viennent parce que les médecins ont déjà tout fait les examens, ils ont vu des spécialistes tout ça, il y a rien. » (A8)

Les médecins acupuncteurs peuvent aussi endosser les fonctions de médecins généralistes si besoin.

« Chacun sa partie, moi quand l'autre, que j'ai pas à m'occuper de médecine générale et que j'ai que l'acupuncture c'est très bien, quand faut faire les deux ben je fais avec. » (A5)

« Ou ça peut m'arriver de prescrire un examen complémentaire. Euh... en demandant bien au patient de retourner voir son médecin traitant. » (A9)

« Des fois je renouvelle des ordonnances, quand je vois un patient euh qu'il a un traitement au long cours et qu'il me dit qu'il va aller voir son médecin traitant parce qu'il a plus de médicaments ben je lui renouvelle pour une durée d'un mois ou deux et je lui dis ben voilà vous reprendrez contact avec votre médecin traitant. En général ça s'arrête là. » (A3)

6.2.2. Pour le patient

6.2.2.1. En apportant une autre approche du soin

Certains patients étaient demandeurs d'une autre approche que celle de la médecine conventionnelle pour se soigner. Les acupuncteurs proposaient une approche plus globale du patient :

« Et euh ça semble évident mais je le dis quand même, le côté holistique, médecine globale. » (A9)

D'après certains acupuncteurs, leurs patients pouvaient trouver plus de temps d'écoute par

rapport à une consultation de médecine générale.

« Les deux premières fois je prenais une heure et demie, le bilan de départ les personnes sont écoutées et entendues dans leur globalité [...] » (A8)

« Ben c'est variable mais en premier et avant tout déjà euh... je dirais l'écoute, c'est à dire une écoute euh... de... leur plainte en premier, une écoute de leur être en deuxième et peut être même d'écouter le silence et ce qu'il y a derrière quoi c'est à dire euh... » (A2)

Proposer une autre approche qu'en médecine conventionnelle faisait apparaître l'absence d'études médicales comme une force.

« Euh... par rapport à un médecin je pense déjà une... lecture différente, c'est à dire c'est pas du tout la lecture symptomatique au départ du médecin acupuncteur. Euh... oui parce que je pense qu'un médecin il passe d'abord... il va avoir une lecture symptomatique oui... » (A8)

6.2.2.2. Une efficacité constatée en pratique

Dans certaines situations, il apparaissait contre l'intérêt du patient de ne pas se servir de l'acupuncture devant la constatation de l'efficacité de cette méthode.

« Oui, quand j'ai commencé à... donc... les premiers temps à l'hôpital où je vous ai dit, j'ai vu arriver une épaule complèt... ce qu'on appelle une épaule gelée et dans la séance de l'a... d'acupuncture, la personne a levé l'épaule et elle est repartie, elle pouvait pas de déshabiller, elle est repartie normale. » (A5)

6.2.3. Pour la santé publique

6.2.3.1. En permettant de réaliser des économies à la sécurité sociale

Comme alternative à des traitements lourds :

« Et si l'acupuncture arrive à calmer les inflammations d'arthrite euh auto-immune ou j'en passe et ben ...et qu'on n'a pas d'immunothérapie à prendre, on a pas de traitement lourd, d'hospitalisation, tout le monde y gagne, la Sécu [...] » (A2)

En limitant les prescriptions d'exams complémentaires ou le recours à des spécialistes :

« [...] Il a une sciatique et une hernie discale, il peut plus marcher ah ben tiens une séance d'acupuncture a redonné de la mobilité et lui a ôté toute douleur ben c'est magique et la prochaine fois il prescrira peut être pas une IRM en première intention

euh [...] l'idée c'est de dire... de se dire vraiment si on rationalise euh... euh l'offre de soin ben ça veut dire euh au niveau aussi économique, c'est... la pratique de l'acupuncture elle a beaucoup beaucoup à... à apporter parce que dans... dans un parcours de soin un médecin généraliste quand il est face à une inconnue ou un diagnostic qui lui évoque rien du tout, ou des symptômes pour lesquels il a pas de moyen d'être curatif, une hernie discale c'est un bon exemple parce que on va faire une IRM, on va donner des antalgiques mais c'est pas ça qui va faire que la hernie va passer. » (A2)

6.2.3.2. L'acupuncture pourrait être plus largement utilisée

La MTC pourrait être intégrée dans la vie quotidienne, en prévention ou en traitement curatif pour des pathologies bénignes, l'objectif étant d'éviter une consultation chez le médecin.

« Mais pour la petite bobologie quoi, ça commence par là, des petites ventouses pour des bronchites, les petits guasha pour des rhumes, enfin voilà, toutes les techniques de médecine chinoise, si on commence déjà à les introduire dans les foyers, si c'est toléré accepté, ben du coup ça rentrerait dans... ça rentrerait dans les, dans les mœurs quoi. » (F3)

« Dans un restaurant chinois, tu arrives, tu as un petit peu mal au ventre, tu demandes au chef... il rajoute trois herbes dans sa cuisine pour te guérir, pour te soigner...je veux dire c'est... c'est tellement clair pour eux quoi. Tu leur dis j'ai mal au ventre depuis deux trois jours, il va te faire une soupe et le lendemain c'est fini. » (F2)

6.3. ACUPUNCTURE ET MEDECINE GENERALE : DEUX APPROCHES DIFFERENTES MAIS COMPLEMENTAIRES

6.3.1. Faire le choix de pratiquer l'acupuncture

Cette nouvelle vision du soin avait convaincu certains jeunes médecins généralistes de débiter une formation en acupuncture pour délaissier une pratique que ne les satisfaisaient pas.

« Euh... j'aimais pas le fait de séparer les gens en petites tranches, je voulais voir les gens en entier et euh... je voulais faire une médecine qui s'occupe autant du mental que du physique. » (A3)

« Alors j'allais dire l'argument principal, c'est le fait que je commençais à me sentir enfermé dans ma pratique de médecine générale. Alors du coup je... j'avais pas les moyens de pouvoir traiter des choses que je pressentais pouvoir mieux traiter en acupuncture. » (A4)

« Et euh notamment une des choses qui ne me plaisait pas complètement c'était la prescription médicamenteuse. J'ai jamais été trop à l'aise avec ça, j'ai toujours eu l'impression de... je jouais un peu aux apprentis sorciers avec les médicaments, une fois que t'en as deux, trois tu sais plus si c'est... des symptômes, des effets secondaires, des choses comme ça... » (A9)

Pour certains médecins acupuncteurs, cette double formation permettait de choisir quelle approche était la plus adaptée pour les patients.

« Et là je propose en fonction, de ce que je trouve le plus... compétent, le plus... le moins intoxicant, mais bon quand il faut un antibio faut un antibio quoi il y a pas de mystère. » (A5)

Certains médecins acupuncteurs rapportaient que la différence d'approche entre médecine générale et acupuncture rendait très difficile l'exercice des deux simultanément :

« Alors moi je prends... pas de patient médecin traitant déjà, je sais pas si ça fait partie de tes questions, euh... je refuse systématiquement quand ils me demandent, et je leur explique que je me tiens pas du tout à jour euh de... de façon satisfaisante en médecine occidentale, donc j'estime que je suis pas apte à les suivre. » (A9)

« Ouais. Ouais, ce qui pose problème en fait. Un problème de... pratique, puisqu'il faut deux salles, et puis un problème même euh surtout au début de gymnastique intellectuelle quoi parce que c'est pas la même façon de voir les choses. » (A7)

6.3.2. Respecter la médecine générale

En respectant l'approche et le rôle de la médecine générale :

« Vous vous avez une formation... euh une technique euh à la fac, vous avez un point de vue technique, vous avez un... un point de vue que nous n'avons pas. Voila. Enfin ou l'inverse hein. » (A10)

« - Je vais pas te dire nous on a tout compris on est acupuncteur euh (rires) tu vois c'est pas ça...

- Investigateur : Oui mais comme toi tu as expérimenté les deux, tu te dis peut être que la première c'était un peu réducteur...

- Ah oui complètement, complètement, même la deuxième elle peut être complètement réductrice parce qu'on peut faire la... la même... le même euh problème tu vois, d'être dans le... dogmatisme de dire c'est comme ça. Et que de connaître bien, et connaître l'autre, de voir que l'un ou l'autre c'est ni ça ni ça et peut être tout ça mais qu'y a pas une vérité quoi. » (A2)

En interférant le moins possible dans la prise en charge du patient faite par le médecin généraliste :

« Ba voilà, je vais le laisser, je vais pas m'amuser à m'immiscer euh dans le gars qui a donné son traitement, qui connaît ses dangers... » (A6)

« Non moi les généralistes, moi déjà y'a quelque chose... moi bon, vous savez pour les acupuncteurs on a le statut de médecin généraliste, bon euh... moi je n'interfère jamais dans le traitement des patients. » (A10)

En s'intéressant à ce qui est fait en médecine générale :

« Ah oui, en général quand ils prennent rendez-vous, que je les connais pas, je leur dis si vous avez des examens quels qu'ils soient, radios, labos etc... amenez-les. Donc euh automatiquement les patients nous en parlent, nous parlent de ce qui a été diagnostiqué euh... » (A1)

En réaction à l'ouverture d'esprit montrée par certains généralistes :

« Il y a tous les cas de figures... Vu le nombre d'années d'exercice, on a eu effectivement des tas de relations avec les médecins, qui voulaient même chaque fois un compte rendu de la consultation, et avec qui on pouvait échanger soit au téléphone, soit en se rencontrant, etc... » (F1)

6.3.3. Deux pratiques qui se complètent

La complémentarité des deux approches était mise en avant par les acupuncteurs :

« On n'est pas une médecine alternative, on est une médecine complémentaire et normalement c'est complémentaire et intégré, c'est à dire qu'on doit travailler ensemble et euh... l'un n'est pas pour remplacer l'autre, c'est à dire c'est pas une alternance, c'est ou l'un ou l'autre non on est pas une alternative, c'est pas ou l'un ou l'autre ; c'est les deux qui doivent travailler ensemble. » (A1)

6.3.3.1. Avoir besoin de la médecine conventionnelle

Dans certains cas ils avaient besoin du soutien de la médecine générale car l'acupuncture ne traite pas tout :

« Et puis quand c'est pas notre truc, on passe la main ! On leur dit mais là on peut rien faire ! Allez voir votre médecin, votre chirurgien, votre dentiste, votre... etc... votre spécialiste, votre phlébologue, votre cardio... oui, bien sûr ! Bien évidemment, on ne fait pas tout ! » (F1)

« Mais moi je leur dis aussi quand est-ce que ma technique elle a des limites et je leur dis bon ben moi je vous vois aujourd'hui mais il faut quand même que vous alliez voir votre médecin généraliste. » (A3)

Ou pour établir un diagnostic :

« Oui moi je suis assez d'accord avec F5 dans le sens où c'est super quand on a un diagnostic, parce qu'on n'est pas des médecins hein on n'a pas le... donc c'est vraiment c'est... tout est nickel, on sait ce qu'on a à faire. » (F3)

Et pour éliminer des diagnostics d'urgence ou réaliser des examens complémentaires :

« Des fois c'est au téléphone déjà, parce que le gars il a fait une chute, il est tombé sur les côtes... euh... je préfère avoir les radios avant que... enfin il va d'abord voir... je l'envoie d'abord chez le médecin euh faire des radios des côtes et après on voit... (F4)

6.3.3.2. L'acupuncture peut traiter ce que la médecine générale ne traite pas

« Moi je pense que c'est... elle doit avoir une place complémentaire mais elle... parce qu'en fait c'est une thérapeutique qui est puissante sur un certain nombre de choses. Sur lesquelles la thérapeutique occidentale marche pas du tout. Ou très peu. Sur toute la composante fonctionnelle, sur beaucoup de douleurs, de troubles psychologiques, il y a vraiment une place euh... qui est importante. » (A7)

6.3.3.3. Prendre en charge des patients en rupture avec l'allopathie

Les acupuncteurs pouvaient assurer la prise en charge des patients dont les choix de traitement n'étaient pas acceptés par le corps médical conventionnel :

« Parfois y'a des patients qui viennent pour arrêter les traitements, euh... qui veulent plus de traitement anti-hypertenseur par exemple euh... qui veulent parfois pas de chimio, y'a une patiente là que je suis actuellement mais qui a une tumeur de la parotide mais j'ai jamais vu un truc comme ça hein c'est... un ballon de rugby qu'elle a dans le cou qui... qui... suppure de tous les côtés, elle veut pas de chimio, elle veut rien du tout, et ma foi elle veut plus voir son oncologue, parce que son oncologue ça la... le révolte de voir ça. » (A2)

Ou des patients qui avaient perdus confiance en l'allopathie :

« Beaucoup aussi de... de patients qui viennent qui sont en errance thérapeutique euh... ou non c'est pas de l'errance thérapeutique, c'est de l'errance relationnelle euh... au niveau de la confiance avec leur médecin. Y'a certaines personnes qui ont des maladies graves, comme des polyarthrites rhumatoïdes déformantes mais mutilantes même avec des... des arrachements tendineux euh... vraiment des trucs qui... qui... sont gravissimes et qui euh ne peuvent plus aller voir un médecin et viennent me voir. » (A2)

Certains acupuncteurs prenaient aussi en charge des patients qui relevaient d'une situation d'urgence qui ne voulaient pas consulter de médecin généraliste :

« Ça m'est arrivé quand même de voir des gens qui voulaient pas aller voir leur toubib, et qui ont poireauté trois mois pour que je les voie avec un angor ou un truc comme ça et que je les envoie direct en cardio. » (A7)

Enfin, des acupuncteurs recevaient en consultation des patients ayant la phobie des médecins :

« Là il y en avait un tout à l'heure qui est venu me voir car il avait des euh phobies apparemment du corps médical (rires). » (A6)

6.3.4. Vouloir plus d'échanges avec les médecins généralistes

Pour une partie des acupuncteurs interrogés, il était nécessaire que cette complémentarité soit mise en valeur par plus de relations entre médecine générale et acupuncture.

6.3.4.1. Apprécier de pouvoir collaborer avec des médecins généralistes ouverts à l'acupuncture

« Les patients sont suivis par des médecins et y en a qui effectivement sont super à fond sur la médecine chinoise, sont contents que leurs patients soient suivis par nous. Et nous on est contents que ces patients soient suivis par ces médecins là parce que ça fait une complémentarité. » (F3)

6.3.4.2. Souhaiter que l'acupuncture soit perçue comme une option thérapeutique

« Et après l'idéal, bien sûr l'idéal de l'idéal de l'idéal, c'est qu'on puisse communiquer, qu'on nous dise bon ben... moi je ferais ça comme euh... en allopathie je donnerais ça, mais on peut essayer quelque chose et si ça marche pas on revient en allopathie... mais ça ce serait le rêve. » (F5)

6.3.4.3. Souhaiter une intégration dans le système de santé

« Et il faut pas travailler seul, il faut travailler avec les autres, c'est pour ça qu'on est dans une vision qui est intégrative, il faut qu'on soit intégré dans le système de santé. » (A1)

« Comme euh ben... déjà en algologie, y'a l'équipe aussi avec les sages-femmes en gynéco, j'aimerais que... que... au moins dans ces domaines où y a des... des très bons résultats ça puisse être... ça puisse être... partie de la prise en charge quoi. » (A8)

6.3.4.4. Pour faciliter la prise en charge du patient

Les acupuncteurs souhaitaient plus d'échanges pour connaître l'historique du patient, notamment en cas de prise en charge complexe, ou pour connaître les attentes du médecin généraliste dans son recours.

« Donc (rires) ben l'idéal ce serait juste que euh... il y ait une petit dis... enfin pour les cas un peu durs parce que... si la personne vient juste pour une douleur, euh juste savoir son médecin traitant ça suffit, y'a pas forcément (insiste) besoin... Mais ça serait tellement bien si... ben si... y'avait un tout petit peu de discussion ou des dossiers... fin... peut-être pas des dossiers mais des échanges. Des échanges possibles. » (F3)

« Pour des cas dans lesquels on aurait besoin de savoir euh quel... fin la patiente elle nous dit les traitements quand elle a des traitements... mais qu'est-ce que...qu'en pense le médecin euh... » (F3)

« Les... rares patients qui viennent avec un courrier du médecin traitant dans lequel il y a les antécédents c'est souvent intéressant parce que les gens oublient une partie de leurs antécédents. Donc euh oui ce serait intéressant d'avoir euh plus de partage on va dire euh... sur les antécédents. » (A9)

« Euh... le plus simple c'est d'avoir un mot, c'est d'avoir un petit courrier nous disant ce pourquoi ils aimeraient qu'on soigne leur patient. » (A4)

6.4. REGRETTER LA MECONNAISSANCE AUTOUR DE L'ACUPUNCTURE

6.4.1. Du monde médical

Certains interviewés estimaient que les médecins (et les scientifiques en général) n'avaient pas assez d'informations pour leur permettre de se faire une opinion solide sur l'acupuncture.

« Et en gros le... les médecins généralistes qui vous disent que c'est du placebo... euh pourquoi pas après chacun pense ce qu'il veut... mais c'est une contre vérité scientifique. » (A7)

Ce manque de connaissance avait pour principale explication l'absence d'informations donnée aux étudiants en médecine durant la formation initiale :

« Je pense que dans le cursus de médecine générale ou de n'importe quelle médecine, il faudrait inclure au moins une information sur le fait que c'est euh... c'est quelque chose qui peut faire avancer les choses voilà... » (A4)

Ils ne les jugeaient donc pas sur leur manque d'ouverture à la pratique.

« C'est normal qu'il sache pas puisqu'il a pas été formé pour donc euh... c'est ce que je dis souvent aux étudiants, je leur dis, il faut jamais en vouloir aux allopathes ils ont pas été formés pour donc pourquoi vous voulez en vouloir à quelqu'un qui sait pas ce que vous faites. » (F1)

6.4.2. Du grand public

Le constat fait par certains acupuncteurs était que même des patients qui venaient les consulter ne connaissaient pas le fonctionnement de l'acupuncture :

« La plupart du temps quand certains viennent, et bien ils ne savent pas trop de quoi il s'agit, ils vont découvrir notre façon de procéder. » (F1)

Le manque d'information de qualité au sujet de l'acupuncture, dans les médias notamment, était aussi un motif d'insatisfaction des acupuncteurs :

« Donc ce qu'il faut c'est un temps de parole. Un temps de parole qui permette d'expliquer ce qu'il en est. Et non pas d'avoir des fausses idées euh... qui circulent malheureusement dans les médias, euh radio, télévisions... c'est ça... certaines émissions que l'on voit (rires)... cette sacrée télévision... » (F1)

« L'ignorance est la mère de tous les vices. Quelqu'un qui ignore quelque chose, comment peut-il en parler ? Parce qu'il va dire que des bêtises. Il va dire que des contre-sens. Donc il faut qu'il y ait une information. Mais pas juste en deux minutes. Une information sérieuse. » (F1)

Des acupuncteurs pensaient que les termes couramment utilisés pour définir leur pratique ne correspondaient pas à la réalité :

« Personnellement je m'oppose beaucoup à... à ces termes de médecines douces parce que... médecine douce veut dire qu'il existe une médecine dure quoi, tout de suite... je... je m'oppose au terme médecine parallèle, puisque deux parallèles ne se rejoignent jamais... donc c'est très difficile de se situer là. Non on est dans le complémentaire, dans le dialogue. » (F2)

6.5. FAIRE DES EFFORTS POUR PROMOUVOIR L'ACUPUNCTURE

Devant le constat du manque de connaissance de l'acupuncture alors qu'elle pourrait être utile et complémentaire à la médecine générale, des participants ont témoigné des efforts faits de leur côté pour rendre plus visible leur pratique.

6.5.1. En considérant comme indispensable la communication avec les médecins généralistes

La communication devait concerner à la fois des explications sur la pratique en elle-même mais aussi sur sa coordination avec ce qui était fait en médecine générale :

« Il faut... nous on a un devoir d'explication donc éventuellement prendre son téléphone, faire un courrier etc... de manière à dire voilà ce que je fais. » (A1)

« Voilà. Mais c'est bien vous me faites réfléchir à ça. C'est intéressant. En fait le versant non acupunctural, c'est à dire les protocoles d'acupuncture ils ont pas besoin de les savoir, mais de savoir qu'on peut agir sur tels types de problèmes, c'est peut-être le truc qui... manque... » (A7)

« Alors modifier le traitement médicamenteux d'un patient, je... je le fais uniquement si je peux avoir le médecin au téléphone, ou si euh c'est urgent, et qu'il a pas le temps d'appeler, il est congé etc... là je le fais, je fais un petit mot, je leur dis montrez ça à votre médecin pour qu'il comprenne pourquoi on le fait. » (A4)

En pratique, certains se présentaient directement aux professionnels de santé qui étaient installés à proximité :

« Et oui j'ai fait la démarche de me faire connaître, d'aller voir... des médecins généralistes j'ai pas fait la démarche... j'ai fait, j'avais fait une démarche dans des... un peu dans les pharmacies au début, pour me faire connaître... » (A6)

6.5.2. En apportant des preuves scientifiques du fonctionnement de l'acupuncture

« Oui, je pense que oui, de rechercher des bases neuroanatomiques. Ben oui mais ça, ça pour l'acupuncteur lambda on n'en a rien à cirer, mais quand on peut proposer ça aux confrères hyper spécialisés, eux qui ne parlent que par neuroanatomie, vaisseaux euh nerfs etc... il faut passer par là, et là on peut avoir des preuves. » (A10)

« Mais je dirais qu'il y a beaucoup d'autres choses et d'ailleurs ça a été prouvé que l'acupuncture elle agit jusqu'à l'ADN et sur euh... ça y'a des études qui le montrent, et que... au niveau des... je pourrais pas te dire les termes... télomérisation... je m'y

connais pas mais mon confrère m'en a parlé encore la semaine dernière que ouais l'action de l'acupuncture elle est profonde. » (A2)

6.5.3. Le rôle particulier du médecin acupuncteur : un lien entre allopathie et acupuncture

Dans ce contexte, la situation particulière du médecin acupuncteur était intéressante. Par sa connaissance approfondie des deux approches, il pouvait faire le lien entre acupuncture et médecine générale, *« d'essayer de faire des ponts entre les médecines. » (A3)*

« Je pense que c'est ça, et la formation de base bon y'a quand même... euh des formations neuroanatomiques, mais c'est pas spécialement important, mais c'est quand même intéressant pour pouvoir avancer, ça permet de faire aussi des ponts entre euh... l'acupuncture et la médecine on va dire euh occidentale. » (A10)

Le fait d'avoir été sensibilisé à l'acupuncture dans le cadre de la formation médicale initiale a pu renforcer l'idée de lier les deux approches :

« En fait à (ville), moi je suis originaire de (ville), euh nos enseignants... euh... nos profs... euh enseignants sont aussi des profs d'acupuncture. Et dans la bibliothèque universitaire y'a plein de... trucs de méridiens, d'acupuncture euh on a... on avait des salles dédiées à l'acupuncture donc euh on a grandi avec ça quoi. » (A3)

6.6. ÊTRE CONFRONTÉ A LA DIFFICULTE DE PARTAGER SES CONNAISSANCES

Plusieurs facteurs limitaient les relations entre acupuncteurs et médecins généralistes et étaient autant de freins au développement de l'acupuncture.

6.6.1. Le scepticisme de certains médecins

Des participants regrettaient le manque d'ouverture de certains médecins généralistes ainsi que leur manque d'effort pour s'intéresser à leur pratique :

« Puis y a ceux qui sont même euh alors assez opposés, on est un peu des charlatans, des ci, des ça... bon. » (F5)

« Ceux qui ont accepté de me recevoir quand je me suis installée étaient contents de

voir que je m'installais. Euh la plupart n'ont pas souhaité donner suite quand je laissais un message au secrétariat, donc pas de problème... » (A9)

D'autres, par l'intermédiaire de leurs patients, avaient connaissance de l'hostilité de certains médecins généralistes vis-à-vis de l'acupuncture :

« S'ils l'apprennent, pour euh, pour le patient c'est pas bon du tout quoi. Beaucoup de patients disent je l'ai surtout pas dit à mon médecin, ça va mieux mon dos mais je lui ai pas dit parce que sinon il serait pas content du tout que je vienne... » (F5)

« Parfois les patients ils vont... ils vont pas oser le dire à leur médecin, ou quand ils le disent parfois ils s'en prennent plein la gueule et... et... ça bousille la relation et après ben ils se braquent quoi. » (A2)

6.6.2. La difficulté pour communiquer avec les médecins

A cause d'une logique et d'un langage différent :

« Parce que c'est pas la même logique c'est pas la même façon de réfléchir, c'est pas basé sur les mêmes trucs, mais ça a une efficacité très intéressante... voilà. Donc d'être obligé de réexpliquer, d'être confronté toujours aux mêmes... phrases bateaux... c'est des fois fatigant... mais voilà... » (A7)

« Si je vais lui dire euh ben oui il a un trouble euh une stase du sang et euh ou il a des « tan » euh... qui viennent de la rate et encore je devrais même pas dire la rate je devrais utiliser le mot chinois parce que c'est pas la rate vraiment c'est hein... et que les glaires qui sont dans la rate vont monter aux poumons, c'est un excès d'humidité il va dire mais de quoi il me parle, c'est un dingo celui-là quoi voilà... » (A1)

Ou plus concrètement d'un manque de disponibilité :

« Mais les généralistes je suis pas allé voir. Je sais qu'ils sont saturés à bloc, ils ont... je sais pas combien de patients à l'heure donc... on va pas les emmerder (rires). C'est ce que je me suis dit quoi. » (A6)

Pour certains acupuncteurs non-médecins, ne pas communiquer était un moyen pour protéger leur pratique considérée comme illégale :

Investigateur : « D'accord. Et là en ce moment, ou depuis que vous êtes installée même... c'est quoi vos relations avec les médecins généralistes ?

A8 : Alors... euh... à vrai dire... de manière générale, j'évite de savoir si... enfin j'évite de... qu'ils sachent que j'existe (rires)... »

6.6.3. La difficulté pour apporter des preuves scientifiques d'efficacité de l'acupuncture

Certains acupuncteurs pensaient que la méthode actuelle de la recherche médicale (EBM) ne pouvait pas être transposée à l'acupuncture. Des preuves d'efficacité pourraient être apportées si la recherche adoptait une méthode plus adaptée à la logique de l'acupuncture :

« Les normes de l'allopathie, elles sont euh parfaites probablement pour tout ce qui est d'origine molécules, et le... produit qui va avec. Mais c'est pas comme ça, c'est tout sauf ça. Quand on fait de la médecine dite complémentaire, que je vais pas réciter mais elles sont toutes là, on est sur une autre norme. » (F1)

« Le problème c'est qu'on n'a pas trouvé comment euh... comment dirais-je... on n'a pas trouvé le système qui permet de valider ou pas l'acupuncture. C'est tout. Et tant qu'on fera avec des preuves scientifiques occidentales on y arrivera jamais. » (A5)

6.6.4. Être frustré du décalage entre les bénéfices apportés par l'acupuncture et les difficultés pour les faire partager

Au total, le sentiment de frustration d'une partie des acupuncteurs interrogés était renforcé par l'accumulation d'obstacles : hostilité des médecins, manque d'informations de qualité, difficultés pour communiquer, s'opposant aux bénéfices constatés en pratique.

« Mais le truc c'est que les médecins ils savent pas, ils imaginent pas euh... ils imaginent pas qu'on puisse les soulager de... de leurs échecs quoi... et ça c'est dommage. » (A3)

« En fait le fond de ma pensée c'est qu'il existe un décalage important entre la demande croissante des patients, d'une médecine plus douce, plus... globale, plus... moins médicamenteuse, moins interventionniste, plus respectueuse de l'équilibre de chacun on va dire... et de la course vers le tout scientifique, le tout médicament, tout... voilà... toutes ces médecines là sont de plus en plus taxées de ne pas être scientifiques... c'est peut-être le cas, je n'ai pas d'avis sur la question. » (A9)

6.7. DEVOIR FAIRE AVEC LA SITUATION ACTUELLE

Dans ce contexte, une partie des acupuncteurs se montraient fatalistes et s'organisaient pour pratiquer dans les meilleures conditions possibles.

6.7.1. Créer des réseaux de soin n'incluant pas la médecine générale

Afin de ne pas être isolés dans leur pratique et pouvoir échanger le cas échéant avec d'autres professionnels de santé, certains acupuncteurs communiquaient entre eux ou encore avec d'autres praticiens de thérapies complémentaires, mais pas avec les médecins généralistes :

« Finalement assez peu de médecins par rapport aux autres professionnels comme les psychologues, ostéopathes où eux ils adressent aussi pas mal, y'a des orthophonistes aussi et dans le réseau y'a des gens qui font de la relaxation, du yoga, pas mal de... ouais y'a quelques profs de yoga qui m'envoient des patients. » (A2)

« Et bien avec mon père (médecin acupuncteur NDLR) on discute. Avec les autres ça se passe bien, bien. Avec les amis de mon père qui font de l'acupuncture ça se passe bien... euh... y'a pas de soucis donc euh... tout va bien... » (A6)

6.7.2. Créer du lien avec la médecine générale par l'intermédiaire du patient

Même si des contacts directs avec les médecins généralistes semblaient difficiles à mettre en place, certains participants utilisaient le patient comme intermédiaire. Que ce soit pour connaître l'opinion des médecins sur l'acupuncture ou pour communiquer avec eux :

« Alors euh assez peu... enfin moi je vais pas contacter directement les médecins... sauf... si jamais j'ai quelque chose à dire c'est au patient et c'est lui qui va le transmettre... euh... après... euh... » (F4)

« Donc j'essaye un peu de voir les choses et puis surtout je demande au patient je lui dis qu'est-ce que vous en pensez, j'écris à votre médecin, est-ce que votre médecin il va mal le prendre si je lui... si je lui fais part de mes idées euh... » (A3)

Certains médecins généralistes en arrivaient même à adresser des patients en acupuncture à la suite des retours positifs rapportés par les patients :

« Et aujourd'hui, je dirais que la plupart des médecins qui m'envoient des personnes, c'est parce que j'ai eu l'occasion de traiter des patients à eux et que ça s'est bien passé avec un bon retour et que pour d'autres patients ils ont pas hésité à m'envoyer d'autres personnes. » (A4)

6.7.3. Devoir respecter les choix du patient

Les acupuncteurs devaient aussi s'accommoder des choix faits par les patients, reconnus comme acteur de leur santé, dans leur façon de soigner ou de décider entre allopathie et

acupuncture :

« En fait je crois... l'intérêt du truc c'est que les patients sont responsables de leur santé. Et que je trouve que quand ils viennent me voir ils sont acteurs de leur santé et euh... après c'est eux qui jonglent avec les uns les autres. » (A3)

« C'est ça (rires). Après ça m'est arrivée que des gens... mais en général ils passent pas par le médecin traitant. Des gens qui pensent faire de l'acupuncture, ils vont pas aller demander l'avis ou l'aval de leur médecin traitant, ils vont pas... aller lui demander s'il connaît des acupuncteurs, c'est rare... » (A9)

6.8. ETRE SATISFAIT DE LA SITUATION ACTUELLE

Quelques participants appréciaient tout de même leur situation, qu'ils soient médecins acupuncteurs ou non-médecins. Ils étaient satisfaits de leur pratique, qu'ils jugeaient de qualité en France, sans se soucier du cadre règlementaire. Ils estimaient aussi que l'état actuel des relations avec la médecine générale n'était pas négatif pour leur prise en charge.

6.8.1. Être satisfait de sa pratique

Selon certains acupuncteurs, le statut actuel permettait de pratiquer librement une acupuncture de qualité :

« On est tolérés à peu près... bon on peut toujours avoir un procès, un truc... mais on est les plus heureux du monde. Et si on peut rester comme ça, ça me va très bien, moi c'est mon truc. Je suis très (insiste) très bien comme on est... moi... c'est parfait. » (F5)

« Mais... qu'est-ce qui va se cacher derrière cette réglementation ? S'il se cache la même chose que ce que vit le corps médical en général, ba je préfère comme euh F5, être totalement libre de mes gestes, de mes mouvements et de ma façon de procéder. » (F1)

Ils appréciaient détenir un savoir-faire de qualité :

« Mais on a une culture française qui est reconnue hein au niveau mondial. Y'a... il y a un musée de l'acupuncture française qui est à... en Chine... » (A7)

Et trouvaient justifié que leur pratique ait un coût :

« On n'est pas euh... on n'est pas là à vendre des pommes de terre, on n'est pas... on

est des artistes là-dessus, y'a pas de doutes et... tout artiste a un prix. » (F2)

6.8.2. Ne pas avoir besoin d'échanges avec la médecine générale

Quelques acupuncteurs ne cherchaient pas à communiquer avec les médecins généralistes de leurs patients, ils n'en percevaient pas l'intérêt pour leur pratique et étaient satisfaits d'un exercice isolé :

« Qu'est-ce que ça va m'apporter ? Rien. C'est à dire il vient pour euh... je sais pas moi... pour une douleur de l'épaule bon qui est multi euh... bilantée mais il a toujours mal donc moi je ne tiens pas du tout compte de ce qui a été fait, je ne tiens pas compte pour le traitement je veux dire hein. » (A10)

« Mmmh... Alors je me pose vraiment pas cette question hein... pour l'instant je prends ce qui vient, je fais comme euh voilà... je suis pas en train de me dire « Aaah si j'avais un relationnel avec le médecin généraliste on pourrait travailler peut être plus sur des cas ». Euh... mmh... non j'ai pas euh... ça s'est pas... voilà. C'est vrai qu'une liaison médecin généraliste acupuncteur pour moi y en n'a pas. » (A6)

6.8.3. Ne pas s'intéresser à la réflexion sur le statut de l'acupuncture en France

« Je cours... non, car moi je sais que mon prof... oui il est beaucoup plus branché là-dessus, ils ont fait plein de choses, ils sont montés voir le ministre euh bon... pfff... (rires)... Non c'est pas, c'est pas mon truc... » (A6)

« Pour ma part c'est pas le cas mais... j'ai pas vraiment d'avis tranché sur le fait que... il faudrait absolument pas qu'il y en ait, ou il faudrait qu'ils soient tous non-médecins... j'ai pas de raison tu vas me dire dans ce sens-là... (rires). » (A9)

Finalement, les bénéfices ressentis par les patients primaient sur le fait de savoir qui pratiquait ou bien s'il y avait des preuves scientifiques de cette efficacité :

« Je... pars du principe que si des gens sont soulagés par des acupuncteurs non-médecins ça reste de l'acupuncture, ça reste intéressant. Je suis assez ouverte en fait à toute sorte de pratiques. » (A9)

6.9. UN CADRE DE PRATIQUE QUI NE CONVIENT NI AUX MEDECINS ACUPUNCTEURS NI AUX NON MEDECINS

6.9.1. Une source d'oppositions entre médecins et non médecins

La cohabitation d'acupuncteurs non-médecins avec des médecins acupuncteurs ayant suivi des études de médecine générale pouvait être source de tensions.

« Et j'ai eu fréquemment la sensation de ressentir un certaine défiance de leur part... vis-à-vis de nous, acupuncteurs médecins. Donc est-ce qu'ils ont été euh maltraités, persécutés, par des acupuncteurs médecins, je sais pas (rires). Mais euh c'est ce que je ressens moi en rencontrant une partie de ces personnes là hein, c'est évidemment pas tout le monde. Une espèce de... de défiance, et de... comme si y avait une guéguerre entre acupuncteurs médecins et non médecins. » (A9)

Un participant rappelait que ce « conflit » durait quasiment depuis les débuts de l'acupuncture en France :

« Donc euh la petite guéguerre entre médecins et non-médecins a débuté à ce moment-là quoi, dès le début pratiquement, à quelques années près » (A1)

Certains médecins acupuncteurs étaient fermement opposés à la pratique de l'acupuncture par des non-médecins :

« Je suis contre l'acupuncture par les non-médecins. » (A5)

« Moi je suis enseignante à la faculté de médecine de (ville) donc je forme des médecins à l'acupuncture et des sages-femmes, euh voilà... mais je ne forme pas des non-médecins voilà. » (A3)

6.9.2. L'acupuncture médicale : une pratique en voie de disparition

Les médecins acupuncteurs tout comme les non-médecins envisageaient la possible disparition de l'acupuncture médicale à l'avenir. Le déclin de l'acupuncture médicale était perceptible par la faible présence de l'acupuncture à l'hôpital et la diminution progressive du nombre de médecins acupuncteurs :

« D'autant plus que, une fois qu'on est à l'hôpital c'est pareil, y'a que dans les hôpitaux où il y a déjà un service d'acupuncture que... qu'ils peuvent y penser mais... y'en a pas beaucoup, sur la France y'en a trois ou quatre je crois. Voilà. » (A4)

« Et puis comme maintenant il y en a presque plus des médecins acu... on en forme presque plus hein. Les DU ça se vide de plus en plus, bientôt il y aura même plus de médecins acu. » (F4)

Une réglementation inadaptée pouvait en être à l'origine. Les médecins jugeaient la réglementation actuelle de l'acupuncture médicale en France comme inadaptée pour pouvoir la pratiquer convenablement.

« Donc en fait le... le statut du médecin généraliste est compliqué car c'est un acte qui prend beaucoup de temps, au moins pour... chez moi... qui n'est pas coté comme il faut, qui nécessite un... un bricolage tarifaire avec un acte hors nomenclature associé. Pour gagner suffisamment pour faire tourner le cabinet... » (A7)

« Sinon, ça veut dire que on fait un petit peu le contraire de ce qu'on fait, on fait pas une prise en charge globale du patient, le patient arrive et en moins de dix minutes on a fini, on a dit vous avez mal là, tac on lui met deux aiguilles et on s'en va voilà donc je pense que moi je peux pas le faire. » (A4)

La disparition des médecins acupuncteurs pouvait aussi être due à une formation universitaire considérée comme perfectible :

« C'est que la plupart du temps ils ont une formation qui est insuffisante, celle qui est donné au niveau du diplôme inter-universitaire, ils le savent eux-mêmes, d'ailleurs souvent, c'est pour ça qu'ils viennent dans nos écoles après ou avant, pour développer plus. Ils le disent eux-mêmes hein euh... » (A1)

6.9.3. Un manque de protection de l'acupuncture médicale

Les médecins acupuncteurs regrettaient le manque de soutien pour leur pratique. Ils se sentaient capables d'assurer la sécurité des patients et d'effectuer des diagnostics contrairement aux acupuncteurs non-médecins :

« Je pense que en acupuncture, le fait de passer par euh... les études médicales c'est quand même quelque chose qui est important dans le sens où... euh si on a des effets secondaires pendant la séance d'acupuncture, ce qui peut arriver, il vaut mieux être médecin pour pouvoir s'en occuper. » (A4)

Des médecins acupuncteurs s'indignaient que la pratique de l'acupuncture par des non-médecins soit « tolérée ». Certains se sentaient confrontés à une concurrence injuste.

*« Et euh les lobbies des médecins acupuncteurs a complètement loupé le cap...
-Investigateur : C'est à dire ?
-Pour essayer de réguler le truc... C'est à dire que en gros ils luttent contre, mais avec aucune efficacité hein... si on regarde sur internet vous avez des centaines d'acupuncteurs qui sont pas médecins et qui ont un site officiel qui note le mot*

acupuncteur sur leur truc... ce qui est absolument interdit par la loi quoi... personne s'en occupe... » (A7)

« Et ben le truc c'est que y'a beaucoup de médecins... enfin d'acupuncteurs qui sont non-médecins et euh... on les laisse tranquillement faire leur petite vie euh... ils sont pas du tout inquiétés par l'ordre des médecins alors que... enfin nous on est quand même très mécontents de ça parce que... on est en concurrence avec des... des non-médecins. » (A3)

Ils devaient parfois agir eux-mêmes pour lutter contre la pratique d'une acupuncture illégale.

« J'ai dû même râler une fois parce que le mot acupuncture était affiché sur un... sur une boutique de... d'un coiffeur qui faisait dans son... une petite salle à côté des soins énergétiques, des massages et de l'acupuncture. Donc j'ai... appelé le conseil de l'ordre pour leur dire « non mais quand même là vous l'appellez pour leur dire de retirer ce mot-là hein » ... il le fait s'il le veut tant pis pour lui mais au moins c'est pas affiché quoi... » (A7)

6.9.4. Le manque de reconnaissance en tant que médecin

Des médecins acupuncteurs se sentaient exclus du monde médical, par les médecins mais aussi par les patients, ce qui rendait leur pratique parfois difficile à vivre :

« Oui, pas que médiatique, mais aussi par les confrères. L'acupuncture elle est un peu mise dans le même panier que l'homéopathie, et que toutes sortes de pratiques euh... plus ou moins médicales... dites de médecine douce, de médecines parallèles etc... donc par beaucoup elle est... englobée on va dire. » (A9)

« Moi je... j'ai une activité particulière parce que ça fait 11 ans que je travaille à l'hôpital en cancéro. Et en fait en étant euh... un après-midi par semaine ou une demi-journée par semaine à l'hôpital... et bien même à l'hôpital parfois les gens ne savent pas que je suis médecin » (A7)

« Donc euh... donc le fait que y'ait pas de développement, qu'il n'y ait pas de reconnaissance tout ça, ça... ça rend le boulot dans les moments difficiles, encore plus difficile... » (A7)

6.9.5. Des acupuncteurs non-médecins également inquiets

Bien que bénéficiant d'une tolérance, le fait de pratiquer leur métier d'acupuncteur dans l'illégalité était à l'origine de craintes pour certains non-médecins.

« Alors... après, le souci bien sûr dans tout ça, notamment quand on est enseignant quoi c'est que c'est illégal, on peut... il peut y avoir des procès et... quand, quand y'a

un procès c'est pas simple hein... quand on se retrouve devant le tribunal, avec les violeurs, les trucs, les... enfin bon on n'est quand même pas à ce... à ce niveau-là, on n'est quand même pas à ce niveau-là mais enfin quand même... C'est mal vécu quoi... c'est très très mal vécu de se retrouver comme ça. » (F5)

« Euh... à refaire (rires). Nan je dirais évoluer surtout oui... Non c'est embêtant pour moi de... en fait... d'être un petit peu en... et ben je suis dans l'illégalité par rapport à ma pratique... bon il y a une tolérance mais c'est... très désagréable... c'est très désagréable. » (A8)

Certains non-médecins étaient aussi bien conscients que ce statut non réglementé pouvait nuire à l'image de l'acupuncture en laissant pratiquer des charlatans :

« Parce que tant que y'a pas de réglementation c'est la porte ouverte à tout un... à certains patients (sic) qui peuvent mettre ce qu'ils veulent sur leur plaque et qui sortent d'aucune... qui peuvent potentiellement ne sortir d'aucune école et n'avoir pas les compétences de... » (A8)

Dans ce contexte, le souhait d'une réglementation émergeait, mais le temps nécessaire pour sa création et son application laissaient perplexes les interviewés.

« Mais bon... pour l'instant ça se passe comme ça... on va pas se battre ! Mais voilà pour essayer d'uniformiser un peu le niveau, voilà. Mais bon ça se passe comme ça ma foi, les choses sont lentes... comme toujours, donc... » (A6)

« Je pensais que ça évoluerait plus vite que ça... je sais que les écoles se sont regroupées etc... il y a des documents qui ont été portés aux politiques, qui devaient être amenés à l'Assemblée Nationale, en début 2018 je crois. Et... qui ont été reclassés finalement car il y a d'autres priorités... » (A8)

6.10. VOULOIR UN AUTRE CADRE DE PRATIQUE POUR PLUS DE RECONNAISSANCE

6.10.1. Une autorisation de pratique pour les non-médecins sous conditions

Les acupuncteurs non-médecins soutenaient l'idée de créer un diplôme d'acupuncture reconnu et indépendant du cursus médical incluant une formation médicale « minimale » : *« avoir une formation minimum au niveau infirmier, c'est le minimum. » (A4)*. Certains médecins y étaient également favorables. L'objectif était d'améliorer la formation des acupuncteurs non-médecins et donc la sécurité sanitaire des patients.

« Après le jour où il y aura une reconnaissance ben on s'intéressera à cette formation, on l'organisera comme il faut, elle sera validée, c'est pas un problème hein. » (A1)

« Alors euh... moi je pense que c'est comme l'ostéopathie auparavant quand c'était moins encadré, euh... en acupuncture il faut un encadrement dans le sens où il faut qu'on soit sûr qu'il ait toutes les bases, tout ce qu'il faut pour pouvoir avoir la sécurité pour le patient voilà. » (A4)

La légalisation de la pratique par des praticiens non-médecins semblaient aussi le seul moyen pour permettre à l'acupuncture de persister en France :

« Donc euh si y a plus de médecins acu et que on... on nous refuse, y'aura plus d'acu en France quoi. Donc comme ça c'est facile. (F5)

-C'est réglé. » (F2)

« Et donc il y a de moins en moins de troupes, et ils sont conscients comme c'est des passionnés de la médecine chinoise comme nous, ils sont conscients que si y'a que des médecins et qu'on n'ouvre pas la porte aux non-médecins, la médecine chinoise va disparaître, elle n'existera plus, tout simplement parce qu'il y aura plus de médecins qui la pratiqueront. » (A1)

6.10.2. Un meilleur remboursement de l'acupuncture pour permettre un accès à tous

« Je vois bien le problème c'est que dans ma patientèle c'est euh... une majeure partie de gens qui ont les moyens et que c'est dommage que... que les gens qui ont moins d'argent n'aient pas accès à ces points là... et c'est vrai que... qu'une reconnaissance ça serait quand même euh... un bon début en fait... pas qu'à faire mais qu'il puisse y avoir plus de remboursement. » (A8)

« Moi je pense que ça passerait déjà par une meilleure reconnaissance au niveau de la CPAM et des autres agences pour ne pas faire en sorte que l'acupuncture ne soit remboursée que quasi-exclusivement par euh... par les mutuelles. » (A4)

6.10.3. Vouloir plus de reconnaissance de l'acupuncture

Les acupuncteurs non-médecins étaient affectés du manque de considération sur leurs formations :

« C'est ça qui est désagréable, et après... des fausses idées en plus... des fausses idées qui sont jamais très agréables à entendre. C'est pas la peine. Moi j'ai fait la bagatelle de 17 ans d'études, pour apprendre ce que j'ai appris. Voilà. Donc on ne peut pas me dire que j'ai rien foutu... c'est 17 ans de formation ! Et je... et je n'ai jamais arrêté. Parce que je continue au quotidien. » (F1)

Ils rapportaient aussi un sentiment d'injustice d'être considérés comme dangereux pour la santé des patients :

« Par exemple euh ça m'est arrivé par exemple d'avoir un zona ophtalmique qui est venu me voir, en première intention, alors il est évident qu'un zona ophtalmique je le soigne et le lendemain je lui téléphone, j'attends pas qu'il me téléphone, je veux savoir où ça en est, parce que si ça marche pas tout de suite, euh... il faut qu'il aille tout de suite voir en allopathie parce que on rigole pas avec ça. » (A1)

Alors que les retours des patients étaient positifs :

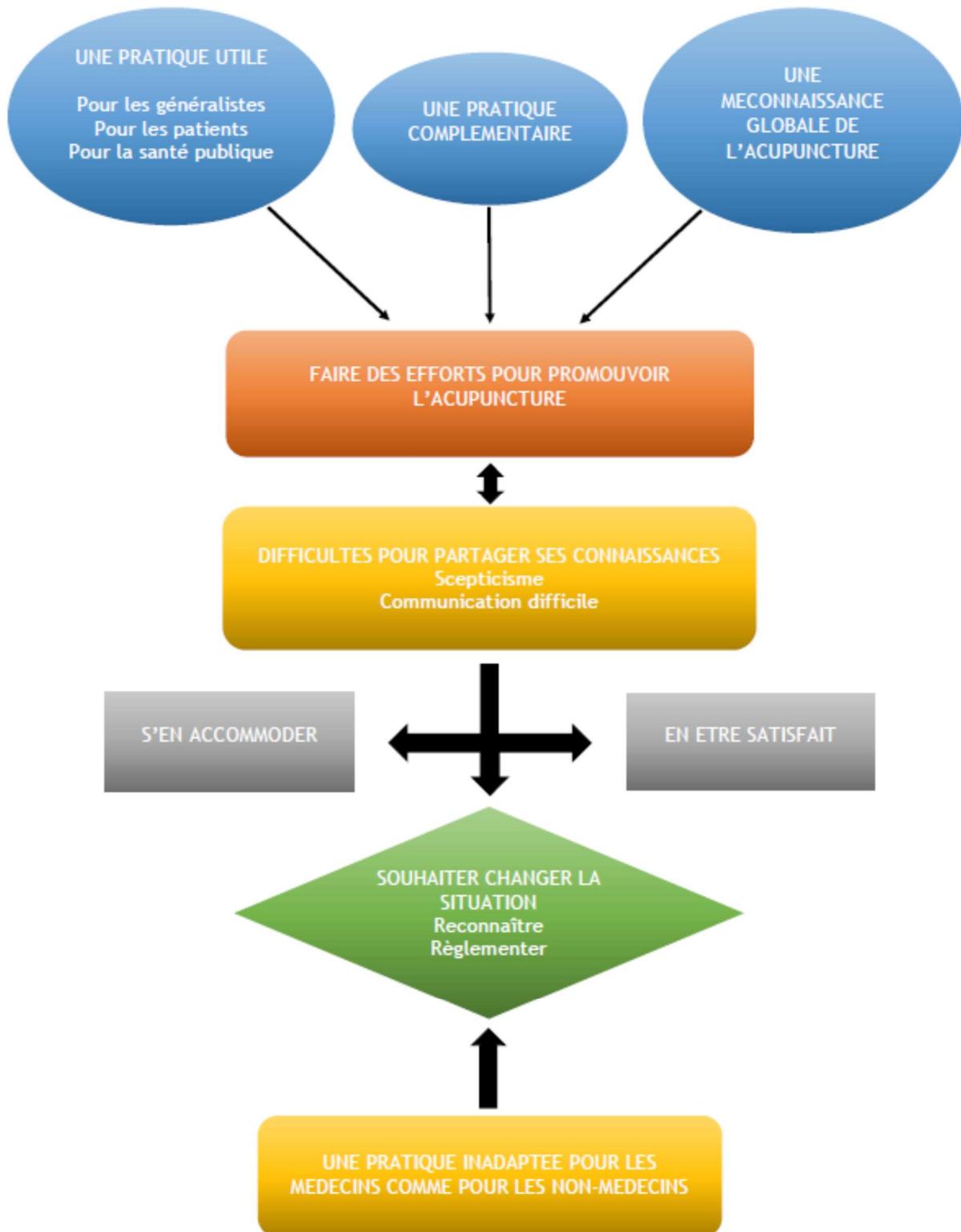
« Et j'espère que ça puisse... enfin que ce genre de démarche pourra à terme porter ses fruits ne serait-ce qu'en montrant qu'on existe, qu'on est beaucoup, euh... les gens apprécient que ça existe... enfin moi des retours que j'ai les patients sont très contents... et apprécient que ça existe. » (A8)

En somme, les acupuncteurs souhaitaient que leur pratique soit plus reconnue pour pouvoir sensibiliser plus de patients mais aussi plus de médecins.

« Et vraiment quand on n'a pas ce... ce diplôme médical qui est kiné ou... ça c'est plus dur effectivement pour euh, pour la valorisation parce que bon ben voilà on arrive on n'a pas de diplôme reconnu, mais euh voilà, si ça se passe bien, les gens ils reviennent, ils en parlent autour d'eux... » (F3)

« Et ben les ostéopathes sont reconnus, les médecins n'hésitent pas à envoyer à l'ostéopathe. Ou beaucoup moins, et que maintenant tous les patients ont un ostéopathe. L'acupuncture est pas reconnue ou en tout cas reconnue pour les médecins mais pas pour les non-médecins. » (A2)

6.11. MODELISATION



7. DISCUSSION

7.1. VALIDITE DE L'ETUDE

7.1.1. Forces de l'étude

7.1.1.1. Originalité

Nous avons interrogé dans un même travail les trois populations représentées par les acupuncteurs, les médecins généralistes et les patients pour étudier leurs interactions. Une des forces de ce travail a été de donner la parole à des acupuncteurs non-médecins et de recueillir leur ressenti et propositions.

Notre travail a suscité l'intérêt des patients et des acupuncteurs qui ne trouvaient que peu d'occasion de parler de leur recours ou pratique.

Ce travail a permis d'attirer l'attention des médecins généralistes sur l'acupuncture, d'éveiller plus de curiosité et d'intérêt pour cette pratique, et de s'interroger sur leur propre pratique.

7.1.1.2. Echantillonnage varié

Les caractéristiques des échantillons étaient variées, qu'elles soient socio-démographiques (âge, sexe, lieu d'exercice) pour les trois populations, médicales pour les patients (antécédents, traitements médicamenteux, durée de suivi en acupuncture), professionnelles pour les acupuncteurs et les médecins généralistes (durée d'installation, type de formation en acupuncture ou formations complémentaires).

7.1.1.3. Saturation des données

Nous avons obtenu une saturation des données pour les trois échantillons des populations étudiées, confirmée à chaque fois par deux entretiens réalisés après obtention de la saturation.

7.1.1.4. Association d'un group focus et d'entretiens semi dirigés

La réalisation d'un group focus d'acupuncteurs non-médecins a permis de fournir un éventail d'idées, d'expériences et de réactions individuelles. Il a permis de faire émerger des opinions divergentes, de les discuter et de faire émerger des axes de réflexion.

7.1.1.5. Double codage et triangulation des données

Les données ont été codées par deux chercheurs de façon indépendante. Une mise en commun après chaque entretien a été réalisée dans le but d'obtenir un codage définitif issu de la synthèse des deux points de vue. Ce double codage a permis de diminuer le biais de subjectivité et d'améliorer la validité de l'étude.

La triangulation des données et des chercheurs participe à la qualité de l'étude.

7.1.2. Faiblesses de l'étude

7.1.2.1. Biais de sélection

Le recrutement des participants s'est effectué sur la base du volontariat. Les caractéristiques des personnes volontaires qui se proposent spontanément pour une étude peuvent être différentes de celles qui décident de ne pas y participer. Nous ne connaissons pas les caractéristiques des nombreux acupuncteurs ayant refusé ou n'ayant pas répondu à nos sollicitations. Ce biais a été limité par un échantillonnage en variation maximale.

Nous avons aussi interrogé des patients et des médecins généralistes que nous connaissions. Leurs opinions pouvaient être influencées. Ce biais a été réduit en variant l'échantillonnage de ces populations et en interrogeant des médecins et patients non connus. Sept patients nous ont été adressés par un même acupuncteur. Cela peut limiter le recueil de différents modes de fonctionnement.

L'échantillon des patients comprenait 22 participants mais seulement 7 hommes pour 15 femmes, ceci pouvant faire évoquer un biais de recrutement. Ce déséquilibre n'a pu être compensé lors de l'étude malgré une recherche plus ciblée au fur et à mesure des entretiens. Cependant plusieurs travaux montrent que la patientèle en acupuncture est en majorité féminine. (78,79)

7.1.2.2. Biais de désirabilité

Notre statut de médecin a pu influencer les réponses des personnes interrogées. Nous informions les personnes en début d'entretien de notre intérêt concernant leur avis personnel et de l'absence de jugement ou d'attente dans leurs réponses. Il n'est cependant pas exclu que les personnes interrogées exprimaient ou valorisaient des idées pour donner une bonne image d'eux ou pour ne pas porter atteinte à nos opinions supposées sur le sujet.

7.1.2.3. Méthodes de recueil des données

Plusieurs entretiens dans les trois populations ont été enregistrés par téléphone du fait de l'impossibilité de réaliser une interview en face à face. Ce procédé ne permet pas pour le chercheur d'observer le participant et de noter le langage non-verbal durant l'interview à l'origine de données de moindre qualité. De même, certaines personnes peuvent se sentir moins en confiance par téléphone.

Notre manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés peut être à l'origine d'une perte ou d'une altération de données. Par exemple en ne relançant pas l'interviewé, en posant des questions fermées, en dérogeant au principe de neutralité. Ce biais a pu être limité par la réalisation d'un guide d'entretien contenant également des exemples de relances. Concernant le group focus des acupuncteurs, l'effet de groupe pouvait conduire les participants à s'aligner sur un leader d'opinion. Le recours à des entretiens individuels pour les acupuncteurs a permis de limiter ce biais.

7.1.2.4. Méthode d'analyse des données

La méthode de théorisation ancrée nécessite pour le chercheur un état d'esprit complètement neutre que ce soit durant les entretiens ou bien durant l'analyse des données. Le but recherché étant de ne pas influencer les participants dans leurs réponses aux questions mais aussi d'interpréter les données sans appliquer notre propre mode de pensée. Tout en étant conscient de cela, notre statut de médecin généraliste a pu introduire un biais de subjectivité dans l'interprétation des résultats. Durant l'analyse, le double codage a pu limiter l'influence de ce biais.

7.2. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

L'acupuncture était perçue par l'ensemble des participants comme une pratique qui était complémentaire à la médecine générale, et qui ne traitait pas les pathologies graves. Des médecins généralistes étaient sceptiques sur la pratique, et certains attribuaient l'efficacité de l'acupuncture à de l'effet placebo. Des patients doutaient aussi de l'acupuncture. Malgré tout, la pratique était perçue comme bénéfique pour les deux populations, l'important étant de trouver un bon praticien. Tous les acupuncteurs considéraient aussi être utiles pour les médecins, patients, et pour la santé publique. Ils recréaient notamment du lien avec la médecine générale pour les patients en rupture.

Cependant, les trois acteurs étaient confrontés à des difficultés pour interagir entre eux, et il existait un réel manque de communication. La méconnaissance de la pratique constituait le frein majeur aux interactions, selon l'ensemble des acteurs.

La majorité des patients ne communiquaient pas leur recours aux médecins généralistes. Certains craignaient leurs réactions et leur manque d'ouverture, d'autres ne percevaient pas l'utilité de les informer. La non-divulgence du recours était aussi un moyen de s'affirmer en tant qu'acteur de leur prise en charge. Ils considéraient qu'il relevait de la responsabilité du médecin généraliste d'initier le propos, et souhaitaient plus d'investissement de sa part.

De leur côté, les médecins généralistes n'abordaient pas le sujet de l'acupuncture pendant leur consultation. Ils considéraient d'une part que la faible divulgation du recours par les patients était due à un rare recours à la pratique, et d'autre part qu'il s'agissait de la responsabilité du patient de parler de leur recours. Ils étaient conscients des difficultés du patient pour amorcer le dialogue, mais leur méconnaissance de la pratique était un frein pour pouvoir en parler. Le manque de temps était aussi un facteur limitant. Ils n'orientaient pas d'eux-mêmes les patients en acupuncture, mais étaient ouverts au recours. Ils encourageaient les patients en fonction des ressentis que ces derniers éprouvaient concernant la pratique plutôt qu'en fonction de leurs intimes convictions, dans l'objectif d'entretenir une relation thérapeutique de qualité. Ils s'accordaient cependant sur le fait que conseiller, informer, et orienter le patient dans son parcours faisait partie de leur rôle de médecin généraliste. Ils s'interrogeaient alors sur leur devoir de mettre en garde les patients concernant le manque de preuves, et les risques liés à la pratique. Ils souhaitaient être plus informés sur l'acupuncture et formés à être ouverts d'esprit au cours de leur cursus.

Les médecins généralistes ne communiquaient pas avec les acupuncteurs à cause de problèmes pratiques (manque de temps, peu d'acupuncteurs, délais avant les rendez-vous...) et ne percevaient pas l'utilité d'échanges systématiques ayant des retours par l'intermédiaire des patients. Ils souhaitaient cependant une plus grande implication des acupuncteurs dans

leurs échanges et regrettaient leurs manques d'initiatives pour communiquer. Bien qu'ils ne soient pas entièrement opposés à la pratique de l'acupuncture par des non-médecins, ils se méfiaient de leur formation et capacité à percevoir leurs limites. Ils pensaient qu'un bon acupuncteur pouvait constituer un outil thérapeutique intéressant dans leur pratique de médecine générale, mais refusaient cependant toute interférence des acupuncteurs sur la prise en charge effectuée en allopathie.

De leur côté, les acupuncteurs devaient eux aussi faire face à des contraintes pratiques (manque de temps) limitant les possibilités de communication. Ils expliquaient que la sensation de rejet et de désintérêt de l'acupuncture ainsi que l'absence de langage commun étaient des obstacles aux échanges avec les médecins généralistes. Les acupuncteurs non-médecins étaient aussi limités dans leur possibilité d'échanger à cause de l'illégalité de leur statut. Plus de collaboration avec les médecins généralistes permettaient pour tous les acupuncteurs d'acquérir une reconnaissance, et pour les non-médecins de s'assurer des diagnostics préalablement réalisés.

Ces difficultés d'interactions ont entraîné une redistribution des rôles dans le parcours de soins du patient. Ce dernier s'est retrouvé dans une position centrale, créateur et intermédiaire de la relation entre ses deux soignants. Il s'orientait lui-même et était seul décisionnaire de ses choix de consulter l'un ou l'autre.

Le médecin généraliste n'était plus coordonnateur des soins de son patient. Il n'était plus considéré capable de fournir les outils nécessaires à une décision partagée.

Les acupuncteurs se sentaient isolés alors qu'ils devaient parfois assurer un rôle de coordination des soins pour les patients venant les consulter en premier recours. Des réseaux se créaient alors avec d'autres professionnels de thérapies complémentaires.

Médecins généralistes et acupuncteurs s'accordaient sur le fait que l'apport de plus de preuves d'efficacité de l'acupuncture permettrait une meilleure reconnaissance et une meilleure intégration dans le parcours de soins du patient. Les médecins acupuncteurs s'attristaient de la confusion de leur statut avec les acupuncteurs non-médecins qu'ils considéraient à risques. Ils considéraient cependant que ces derniers pouvaient assurer la continuité de la pratique compte tenu de la diminution du nombre de médecins acupuncteurs. Les acupuncteurs non-médecins souhaitaient se démarquer des praticiens charlatans qui portaient préjudice à leur image de soignants. Ils soulignaient l'importance d'une formation médicale de base dans leur cursus et d'une intégration au parcours de soins pour lutter contre l'isolement et les craintes des dérives évoquées par les médecins généralistes et médecins acupuncteurs.

7.3. REPRESENTATIONS DE L'ACUPUNCTURE ET DE SA PLACE DANS L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DU PATIENT

7.3.1. L'acupuncture est utile

Dans notre étude, patients et médecins généralistes s'accordaient sur l'utilité de l'acupuncture, tant dans ses principes (philosophie, approche centrée-patient), que dans ce qu'elle propose en cas de limites de traitements de l'allopathie.

L'approche globale qu'elle propose est valorisée par les patients souhaitant être traités comme un tout, et appréciée des médecins généralistes. L'étude menée en Ecosse par Hasegawa et al. (80) a montré que les médecins généralistes considéraient qu'une approche holistique était essentielle pour assurer des soins de qualité. Mais seulement 7% d'entre eux pensaient avoir les moyens d'y parvenir. Prendre en charge des problèmes des patients relatifs au stress ou à des difficultés émotionnelles était contraignant pour les médecins généralistes (contraintes de temps, stress, formation, compétences...).

Le recours à l'acupuncture permet donc d'assurer cette approche globale perçue comme nécessaire par les patients et médecins généralistes mais difficilement applicable pour les médecins généralistes.

Patients et médecins généralistes considéraient aussi que l'acupuncture pouvait être bénéfique dans les prises en charge de certaines pathologies. Les pathologies décrites dans notre étude relevaient d'un « effectiveness gap » (81) : un domaine clinique dans lequel les traitements actuels ne sont pas entièrement efficaces. Par exemple pour les douleurs chroniques (82,83), les douleurs musculosquelettiques, des troubles psychologiques (anxiété, dépression, stress) (78) ou encore les colopathies fonctionnelles (81).

Des acupuncteurs mettaient aussi en avant le bénéfice économique que pouvait apporter l'acupuncture dans les dépenses de santé. D. Colin, (vice-président de la World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies, ex-président du Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise) a publié une notification dans le rapport de l'INSERM (15) dans laquelle il montre les bénéfices économiques du recours à l'acupuncture en termes d'indemnités journalières, de remboursements des produits pharmaceutiques et d'exams biologiques par rapport à la consultation d'un omnipraticien. Cependant, le rapport de l'INSERM pointait les difficultés de réalisation d'études de coût-utilité pour l'acupuncture.

7.3.2. L'acupuncture est complémentaire à l'allopathie

Pour les patients, acupuncteurs et médecins généralistes, l'acupuncture était complémentaire à l'allopathie et ne devait pas s'y substituer. Peu d'études se sont intéressées à la perception des acupuncteurs sur leur place, alors qu'ils considéraient eux aussi être un complément à l'allopathie.

De plus larges études attestent qu'une majorité des patients ont recours conjointement aux thérapies complémentaires et à la médecine conventionnelle, et non aux thérapies complémentaires seules. (7,11,84).

Dans la synthèse sur l'état des lieux de l'acupuncture en Belgique en 2011, 87% des répondants utilisaient les deux médecines, la plupart du temps pour la même raison médicale. De plus, une étude britannique réalisée en 2006 (85) montrait que la majorité (78%) des patients qui consultaient en acupuncture avaient déjà consulté leur médecin pour le même problème.

Les patients considèrent que c'est la combinaison des deux pratiques (conventionnelle et complémentaire) qui est la plus efficace (86).

7.3.3. L'acupuncture ne traite pas les pathologies graves

Tous les acteurs de notre étude s'accordaient sur le fait que l'acupuncture ne devait pas être envisagée pour le traitement curatif des pathologies graves. Les patients disaient privilégier le recours à leur médecin généraliste en cas de doute sur les symptômes ou de gravité ressentie. Ils consultaient en acupuncture principalement pour des syndromes douloureux, dont des douleurs ostéoarticulaires et des céphalées puis le stress, la fatigue ou les troubles de sommeil. Ces motifs de recours concordent avec l'étude menée par Triadou et al. sur le recours en acupuncture en France sur plus de 850 patients en 2005 (87).

Eisenberg et al. mettaient aussi en avant le fait que la majorité des patients qui avaient recours aux thérapies complémentaires n'avaient pas de « pathologies qui menaçaient la vie »(84).

Quelques médecins acupuncteurs interrogés ont précisé que l'acupuncture, par son ancienneté, avait des « protocoles » pouvant traiter une multitude de troubles. Cependant, la décision de choisir le recours à l'allopathie ou à l'acupuncture dans leur consultation relevait du pragmatisme : ce qui est connu pour être efficace doit être utilisé.

Ces notions se retrouvent dans l'étude qualitative de Frenkel et al. en 2003 (88). Les médecins généralistes s'opposaient au recours aux thérapies complémentaires dans trois situations : les maladies menaçantes (pneumonie, méningite...), les symptômes pour lesquels une évaluation

en plus était nécessaire (hémoptysie, altération de l'état général...) et les maladies pour lesquelles l'allopathie avait un traitement efficace (diabète, carence martiale...). Ils étaient ouverts au recours dans la mesure où la pratique répondait à des besoins et des attentes, si elle restait acceptable en regard des normes scientifiques.

7.3.4. Avoir confiance en l'acupuncture malgré l'absence de preuves

Une majorité de médecins dans notre étude avaient confiance en l'acupuncture. Ils la considéraient à part des autres thérapies complémentaires, et la considéraient notamment plus efficace que l'homéopathie. Perry et al. (89) retrouvaient, parmi des médecins généralistes à Liverpool, des représentations similaires. L'acupuncture était la thérapie complémentaire considérée comme la plus valide parmi les autres. Les chercheurs présumaient que cette confiance était induite par l'émergence de nouvelles théories sur le mode de fonctionnement et les effets de l'acupuncture sur le cerveau. Dans notre étude, aucun médecin généraliste ne connaissait les preuves d'efficacité de l'acupuncture. Leur acceptation de l'acupuncture se basait principalement sur le ressenti des patients. Dans notre échantillon, le rejet de l'homéopathie pouvait s'expliquer par une plus grande connaissance de l'état des recherches dans ce domaine.

Dans l'étude menée par Van Haselen en 2004 dans le Nord-Ouest de Londres (90), seulement 28% des médecins généralistes étaient convaincus que les thérapies complémentaires étaient efficaces, mais 90% pensaient que leur recours contribuait au bien-être des patients, ce qui les amenait à les considérer dans leur pratique.

Des médecins généralistes interrogés appréciaient l'acupuncture même s'ils considéraient que son efficacité relevait de l'effet placebo. L'Académie nationale de médecine conclut à un effet placebo sur l'efficacité de l'acupuncture mais souligne elle aussi que ce mécanisme ne disqualifie pas la pratique : *« compte tenu des intermédiaires neurobiologiques aujourd'hui connus de l'effet placebo, les données scientifiques qui leur faisaient jusqu'à présent défaut, et laisse entrevoir un moyen objectif d'apprécier leur action. »* (5).

Certains patients avaient des a priori négatifs, se montraient sceptiques sur les résultats et envers l'étrangeté de la pratique. Mais lorsqu'ils se retrouvaient contraints au recours dans le cas de limitations thérapeutiques en allopathie, ils considéraient qu'ils n'avaient rien à perdre à essayer et ils tentaient alors le recours malgré leurs doutes. D'autres se référaient en fonction des retours d'efficacité et conseils de leur entourage, sans présager des preuves d'efficacité scientifiques.

Dans une étude qualitative de 2007, Verhoef et al. se sont intéressés aux processus de décisions pour le recours aux thérapies complémentaires chez des patients atteints de cancer (91). Ils ont montré que par rapport aux médecins, les patients accordaient beaucoup moins d'intérêt aux preuves scientifiques pour décider de leur recours à une thérapie complémentaire. Des patients basaient leurs décisions de recours sur leur ressenti envers une pratique. Ils avaient acquis une conscience de leur corps qui leur faisait ressentir le besoin de recourir à une pratique plutôt qu'à une autre : le « *gut feeling* ».

Nous retrouvons dans notre étude ce concept de « *gut feeling* » où les patients s'orientaient soit en médecine générale soit en acupuncture en fonction des besoins que leur corps leur faisait ressentir, ils « percevaient » intérieurement la nécessité de recourir à une pratique ou à l'autre. Cependant, seulement les personnes les plus habituées à la pratique ou celles qui avaient intégré la pratique dans leur mode de vie avaient ce mode de fonctionnement. Les personnes les moins habituées trouvaient en l'acupuncture le moyen d'éviter de prendre des médicaments, dans le cas d'impasse thérapeutique, ou dans une optique de bien-être. Autant de contextes qui laissent présager du faible impact du niveau de preuve scientifique sur la décision du recours.

Plus que des preuves d'efficacité, ils cherchaient des thérapeutiques moins nocives que les traitements allopathiques.

Du côté des acupuncteurs, leurs propres expériences, l'efficacité clinique constatée, et l'ancienneté de la pratique constituaient des preuves suffisantes de validité de l'acupuncture. Des participants de notre étude se montraient sceptiques quant à la possibilité de réalisation d'essais cliniques, et peu d'entre eux se préoccupaient de la recherche de preuves d'efficacité par la science. En accord avec ces résultats, Hansen (92) confirmait le faible impact de l'EBM dans la pratique des acupuncteurs.

7.3.5. Des rapports à l'acupuncture différents selon les patients

Dans notre étude, nous avons montré que les patients avaient des motivations variées pour recourir à l'acupuncture plutôt qu'à la médecine générale. Certains recherchaient du bien-être, d'autres souhaitaient éviter ou diminuer leurs prises médicamenteuses, ou étaient en impasse thérapeutique en allopathie. D'autres cherchaient du soutien psychologique, ou intégraient les principes thérapeutiques dans leurs modes de vie.

Nous retrouvons ces différents rapports à l'acupuncture dans l'étude menée par Triadou et al. en 2006 (79). Les résultats de l'analyse des questionnaires remplis par 850 patients identifient

cinq profils-types de patients selon leurs attentes et modes de fonctionnement par rapport à l'acupuncture :

- Les néophytes enthousiastes (29.8%), décrits comme « *des patients dont la pratique est récente, fréquente et souvent exclusive. Ils sont particulièrement enthousiastes vis-à-vis de l'acupuncture dans laquelle ils ont une confiance totale. [...] Leur pratique relève pour certains de la prévention ou d'une recherche de mieux être.* »
- Les fidèles de la médecine classique utilisant l'acupuncture comme soin complémentaire (25.3%) : « *Ils seraient rassurés si les principes d'action de l'acupuncture pouvaient être expliqués par la biomédecine. Ils utilisent l'acupuncture à titre de complément pour la douleur. L'action est comprise étant comme locale sur le corps.* »
- Les patients ayant des souffrances psychologiques et utilisant l'acupuncture comme thérapie de soutien (13.8%) : « *Elles (les personnes) ont eu auparavant recours des psychothérapies, et se font traitées, souvent en complément de la médecine conventionnelle, par acupuncture. [...] Leur recours à l'acupuncture est récent et les séances fréquentes. Pour elles, l'acupuncture fournit un soutien psychologique, et c'est une thérapie qui agit sur le psychisme principalement.* »
- Les déçus de la médecine classique (11.3%) : « *Elles ont eu recours à de nombreux soins de médecine conventionnelle et les poursuivent parfois de façon parallèle, avec souvent une double prescription de médicaments. Néanmoins, elles sont nombreuses à affirmer prendre moins de médicaments depuis qu'elles pratiquent l'acupuncture. Cette pratique est ancienne et leur fréquence de consultation est mensuelle. Elles ont une confiance totale dans l'acupuncture.* »
- Les adeptes des médecines alternatives (19.8%) : « *Elles associent volontiers acupuncture et homéopathie. [...] Elles ont la plupart du temps l'acupuncteur comme seul prescripteur de médicaments, de médecine alternative principalement. Les médecines alternatives font partie de leur mode de vie. Celles-ci s'ajoutent à des pratiques de relaxation, à une alimentation biologique et à une hygiène de vie. Elles n'éprouvent pas le besoin d'expliquer l'acupuncture par la biomédecine.* »

En comparaison avec notre étude, nous retrouvons des similitudes avec quatre des profils décrits dans l'enquête. Mais les néophytes enthousiastes sont peu représentés dans notre travail, pourtant majoritaires dans celui de Triadou et al. On aurait pu croire que leur engouement pour l'acupuncture les motiverait à participer à notre travail. Il peut s'agir d'un biais de recrutement car certains patients interrogés nous ont été adressés par un médecin acupuncteur. Les néophytes enthousiastes ayant la caractéristique d'avoir un recours récent à l'acupuncture, le médecin acupuncteur ne les a peut-être pas informés de notre étude, dans

la mesure où il ne les connaissait que depuis peu de temps. Nous avons cependant procédé par bouche-à-oreille et par connaissance pour limiter ce biais. On peut aussi supposer qu'il y a eu une évolution des profils et de nouveaux fonctionnements sur le recours en acupuncture depuis la réalisation de l'étude en 2006.

7.4. RECOURIR A DES ACUPUNCTEURS MEDECINS OU NON-MEDECINS ?

Patients, médecins généralistes et médecins acupuncteurs étaient mitigés concernant le recours à des acupuncteurs non-médecins.

7.4.1. Selon les médecins généralistes

Certains médecins généralistes interrogés préféraient le recours à des médecins acupuncteurs par sécurité et par crainte liée à la formation des non-médecins. Cependant, une grande partie d'entre eux restaient ouverts à la pratique par des non-médecins. Ce qui était important c'était de connaître un bon thérapeute, médecin ou non.

On retrouve cette acceptation des non-médecins dans l'étude de Lipman au Royaume-Uni, (93) : 66% (21/32) des médecins interrogés pensaient que l'acupuncture pourrait être pratiquée par des non-médecins. De plus, certains n'adressaient pas en acupuncture car ils ne connaissaient pas d'acupuncteur convenable, malgré la présence d'acupuncteurs médecins (et non-médecins) dans la région.

7.4.2. Selon les acupuncteurs

Les médecins acupuncteurs de notre étude se montraient plus réticents à la pratique des non-médecins.

Ceux qui y étaient favorables considéraient que les non-médecins avaient l'avantage de ne pas être parasités par la vision biomédicale. Ils apportaient un bénéfice aux patients et ils pouvaient avoir eu une bonne formation en acupuncture. Ils considéraient qu'ils étaient aussi nécessaires à la continuité de la pratique de l'acupuncture compte tenu de la diminution du nombre de médecins acupuncteurs.

Ceux qui étaient plus réticents s'inquiétaient de leurs compétences médicales et leur isolement induit par l'illégalité de leur pratique. Le moindre temps de formation et la meilleure

rémunération des non-médecins engendraient un sentiment de concurrence injuste qui pouvait participer au refus de leur pratique.

Cette représentation de praticiens non-médecins vus à la fois comme concurrents et collaborateurs se retrouve dans l'étude menée par Joos et al. (94) en Allemagne. Dans cette étude qualitative, des médecins pratiquant une thérapie complémentaire discutaient du rôle des « Heilpraktiker » dans le système de santé. Bien que ces derniers soient réglementés, reconnus, et ayant bénéficié d'une formation médicale minimale, les médecins évoquaient les mêmes craintes envers ces praticiens que ceux de notre étude. Ils craignaient que l'insuffisance de leurs connaissances médicales impliquent une méconnaissance des situations d'urgence, une explication trop simpliste des symptômes, une attribution d'un caractère pathologique à des symptômes banaux. La représentation négative des « Heilpraktiker » résidait dans le fait qu'ils les considéraient comme dangereux pour les patients, néfastes à un rapprochement entre thérapies complémentaires et médecine conventionnelle, et qu'ils ne bénéficiaient d'aucun « contrôle qualité » ou de surveillance.

D'autres médecins étaient plus favorables à la pratique des « Heilpraktiker ». Ils assuraient la « survie » des pratiques complémentaires et apportaient une écoute et un soutien aux patients. Les explications physiopathologiques données par les « Heilpraktiker » correspondaient aux attentes des patients.

Cette étude montre que même bénéficiant d'une reconnaissance de leur statut et de leur formation, les praticiens non-médecins subissent toujours un a priori négatif de la part des médecins.

Les acupuncteurs non-médecins interrogés dans notre travail disaient percevoir les limites de leurs compétences et adresser aux médecins généralistes si besoin. Ils mettaient en avant l'avantage d'avoir une approche plus en accord à la médecine chinoise que les médecins acupuncteurs ayant incorporé une approche biomédicale.

Frank et Stollberg (95) ont interrogé des médecins qui pratiquaient l'acupuncture afin d'évaluer leur type de pratique et l'influence du modèle biomédical. Ils ont retrouvé différents degrés d'hybridation de l'acupuncture à la biomédecine. La majeure partie s'entre eux isolaient l'acupuncture de la théorie globale de la médecine chinoise.

7.4.3. Selon les patients

Une minorité de patients nous ont rapporté préférer recourir à des acupuncteurs médecins : pour se rassurer en cas de diagnostic différentiel et pour être remboursés. Cependant, de plus larges études montraient que les patients préféreraient recourir à des acupuncteurs

médecins plutôt qu'à des acupuncteurs non-médecins (96,97). La divergence de nos résultats peut s'expliquer par le fait que nous n'avons pas posé la question de manière systématique à tous nos participants. Nous n'avons donc pas recueilli les opinions de tous les patients. Les patients qui nous ont spontanément rapportés préférer recourir à des médecins acupuncteurs avaient recours d'eux-mêmes à l'acupuncture sans en avoir parlé à leur médecin généraliste. On peut supposer que les patients qui mentionnent leur recours au médecin généraliste se sentent moins à risques lorsqu'ils consultent en acupuncture, le médecin généraliste pouvant lui-même réaliser des diagnostics et suivre le patient.

En Allemagne, Krug et al. montraient que les patients s'orientaient vers un médecin ou un non-médecin (ou « Heilpraktiker ») pour des motifs différents (98) : les patients s'orientaient plus vers les médecins en cas de pathologie aigue, ou musculosquelettique, ou nécessitant un arrêt de travail, et vers les « Heilpraktiker » en cas de pathologie chronique ou psychologique. Cela conforte l'idée selon laquelle le patient a recours à un non-médecin lorsque le risque de diagnostic différentiel peut être considéré comme minime.

D'autres études montrent qu'un patient choisit un acupuncteur plus par pragmatisme qu'en fonction de son diplôme médical (proximité, accessibilité, conseil de proche) (95).

7.5. DES FACTEURS REELS OU CONSTRUITS A L'ORIGINE DE DIFFICULTES D'INTERACTION

Bien que l'acupuncture soit perçue de manière positive et complémentaire par l'ensemble des acteurs, elle n'est pas intégrée dans le parcours de soins du patient. Plusieurs facteurs en sont à l'origine et expliquent des modes de fonctionnement qui rendent son intégration complexe.

7.5.1. La méconnaissance de l'acupuncture

La méconnaissance des médecins généralistes sur la pratique était un frein à la communication mis en avant par tous les acteurs. Plusieurs travaux confirment cette méconnaissance des médecins généralistes sur l'efficacité, les indications, les contre-indications et les risques de l'acupuncture (66,67,93).

L'étude de Ben Arye et al. a montré que les médecins généralistes pensaient que les patients attendaient d'eux d'avoir une connaissance actualisée sur la pratique (97).

D'un autre côté, d'autres études ont montré que les patients n'attendaient pas de leur médecin généraliste d'être expert sur le sujet (97,99,100).

Cela met en évidence le décalage entre patients et médecins. Le patient attend simplement du médecin qu'il aborde le sujet de l'acupuncture en consultation. Le médecin n'en parle pas car il ne connaît pas bien le sujet et pense que le patient attend de lui d'être expert dans le domaine.

7.5.2. Des difficultés à relier les deux pratiques

Dans notre étude, les médecins n'étaient pas opposés à interagir avec les acupuncteurs, et inversement. En pratique très peu d'interactions existaient.

Plusieurs facteurs limitaient les interactions entre médecins et acupuncteurs outre des obstacles pragmatiques (manque de temps des deux acteurs (101), manque d'acupuncteur autour des médecins généralistes et difficultés de se joindre (102)).

L'absence de langage commun était un frein à la communication. Dans notre étude, les acupuncteurs disaient ne pas pouvoir retranscrire leurs consultations compte tenu de l'approche et d'un langage spécifiques. L'absence de réponse des acupuncteurs aux courriers des médecins généralistes était ressentie comme un manque d'implication des acupuncteurs dans la volonté d'instaurer un dialogue. Une véritable collaboration requiert cependant d'éviter l'effet « Tour de Babel » comme le suggèrent Frenkel et al. dans leur étude sur l'intégration des thérapies complémentaires dans les soins primaires. Les deux pratiques, parlant un langage différent, ne peuvent pas se comprendre (88). La thèse de H. Vappou et M. Huynh (66) mettait aussi en avant ces obstacles dans les interactions des acteurs entre eux.

L'étude qualitative de Sharp et al. en 2018 (101) s'intéressait aux points de vue de différents acteurs de santé sur l'intégration des thérapies complémentaires dans les soins primaires. Médecins et praticiens de thérapies complémentaires s'accordaient sur la difficulté d'échanger compte tenu de concepts et d'approche trop différents. Les thérapeutes complémentaires ne souhaitaient pas s'adapter au modèle de soin biomédical par crainte de dénaturer leur pratique. Les généralistes craignaient qu'une collaboration avec ces nouveaux acteurs n'accentue leur manque de temps et considéraient ne pas avoir les moyens de le faire.

Le statut flou et l'illégalité des acupuncteurs non-médecins peut aussi être un frein aux échanges : certains acupuncteurs non-médecins préféraient rester isolés pour se protéger.

Un médecin acupuncteur nous a rapporté ne pas pouvoir adresser des patients à des acupuncteurs non-médecins compte tenu de l'illégalité de leur pratique (article L4161-1 du Code de la Santé Publique) et du risque est d'être complice d'exercice illégal de la médecine (article R4127-30 du Code de la Santé Publique). Plusieurs médecins acupuncteurs pensaient

que ce flou lié au statut des acupuncteurs était une des raisons pour lesquelles les généralistes ne collaboraient pas avec eux. On pourrait donc supposer que la difficulté de communication des médecins généralistes avec les acupuncteurs résulterait de l'absence de rôle bien défini de l'acupuncteur dans le système de santé. Cependant, la communication avec les intervenants bien identifiés du parcours de soins des patients est aussi inégale, comme le montre C. Metayer dans sa thèse sur les interactions médecins généralistes-kinésithérapeutes, ou généralistes-infirmiers (103).

De leur côté, peu de médecins généralistes nous ont rapportés cet obstacle. Cela peut s'expliquer par leur méconnaissance du statut des acupuncteurs.

Un médecin généraliste interrogé a rappelé son devoir de ne communiquer des données médicales qu'à des professionnels de santé (identifiés comme tels) (article L1110-4 du Code de la Santé Publique). Comme vu précédemment, ce qui limitait surtout l'orientation en acupuncture pour les médecins généralistes était de ne pas connaître les praticiens, qu'ils soient médecins ou non-médecins (93).

Les difficultés de communication sont aussi liées aux motifs des échanges : alors que les médecins généralistes s'interrogeaient sur le contenu du courrier à remettre aux acupuncteurs, les acupuncteurs étaient demandeurs d'informations notamment les antécédents du patient, le diagnostic médical posé, et ses éventuels risques ou spécificités.

7.5.3. Des acupuncteurs intrusifs dans la prise en charge des médecins généralistes ?

Les médecins généralistes évoquaient des craintes quant à l'intervention des acupuncteurs dans la prise en charge des patients. Cela pouvait limiter l'adressage des patients et la considération de la pratique.

Des médecins craignaient une interférence des acupuncteurs sur leur pratique. Ils n'appréciaient pas la liberté prise par des praticiens de donner leur avis sur la prise en charge en médecine générale ou d'instiller des craintes au patient (nécessité de faire des examens d'imagerie, biologiques...). Ils craignaient que les acupuncteurs ne connaissent pas leurs limites de compétences et prennent en charge des problématiques ne relevant pas de leur activité.

Nous n'avons pas retrouvé d'études référencées concernant les modes de fonctionnement des acupuncteurs par rapport à ce qui est réalisé en médecine générale. Notre étude a montré que les acupuncteurs s'intéressaient et respectaient la prise en charge faite en médecine

générale. Ils n'intervenaient pas dans les décisions et discours des médecins généralistes. Ils reformulaient la prise en charge aux patients sans manifester de jugement sur ce qui avait été fait, pour soutenir ce qui avait été réalisé. Lorsque les patients souhaitaient arrêter des médicaments, ils demandaient l'accord du généraliste, ou écrivaient afin d'expliquer qu'il s'agissait de la demande du patient.

Certains médecins acupuncteurs préféraient laisser les médecins généralistes prescrire des traitements (notamment antalgiques) et réadressaient les patients en cas de besoin. Les rares prescriptions faites relevaient plutôt d'une demande des patients. Les acupuncteurs non-médecins percevaient leurs limites et adressaient aux généralistes en cas d'inefficacité ou de doutes. On peut aussi penser que ne pas interférer avec la pratique de médecine générale était aussi un moyen de se protéger compte tenu de leur situation.

Cependant, ces modes de fonctionnement retrouvés dans notre étude se discutent : concernant les médecins acupuncteurs interrogés, ils exerçaient de manière quasiment exclusive en acupuncture. De nombreux médecins généralistes exercent l'acupuncture de manière minoritaire dans leur pratique quotidienne. Parmi les médecins acupuncteurs en activité en France, seulement quelques centaines d'entre eux auraient un usage exclusif, les autres ayant un taux d'activité consacré à l'acupuncture entre 10 et 95 % (15). Ces derniers pourraient avoir un rapport différent à ce qui est réalisé en médecine générale, étant plus imprégnés et familiers de la pratique. Ils peuvent aussi être eux-mêmes les médecins traitants des patients.

Le fait que les acupuncteurs aient tous été volontaires à la réalisation des entretiens peut aussi constituer un biais. On peut supposer qu'ils s'intéressaient à leur cadre de pratique, et qu'ils percevaient au travers de notre étude un moyen d'exprimer leurs difficultés ou perspectives d'amélioration pour une meilleure intégration de leur pratique. Ils étaient donc plus à même d'interagir avec les médecins généralistes. Parmi les acupuncteurs qui n'ont pas répondu à nos sollicitations, pouvaient se trouver des praticiens ayant un discours et un positionnement différents envers la médecine générale.

7.5.4. Un patient trop acteur ?

Le fait que le patient soit intermédiaire dans la relation médecin-acupuncteur, et que les échanges avec les généralistes dépendent principalement de sa décision d'initier le dialogue était considéré pour certains comme un renforcement de son rôle d'acteur.

Certains patients reconnaissaient que le fait de choisir de divulguer ou non le recours était effectivement ressenti comme un moyen d'affirmer leur autonomie. Leur capacité à s'informer

et à choisir ce qui leur convenait les responsabilisait et ils se sentaient pleinement acteurs de leurs soins. Cela était vécu de manière positive. Certains préféraient alors garder leur liberté de recours sans le mentionner au généraliste. Etre valorisé en tant qu'acteur de son soin constituait donc un obstacle aux échanges. Nous retrouvons cette idée dans le travail d'Eisenberg : un des motifs de non-divulgence du recours aux thérapies complémentaires était que le patient considérait que « cela ne regardait pas le médecin » (86).

D'un côté, des médecins généralistes considéraient aussi que cela relevait de la responsabilité des patients de parler de leurs recours. Ils les considéraient à même de s'informer et de décider de ce qui était bon pour eux, étant experts de leur santé. Il s'agissait alors de respecter leur autonomie.

Cependant, certains patients de notre étude qui subissaient leur position d'intermédiaire sans pouvoir communiquer avec les généralistes étaient perçus de la même manière par ces derniers.

Des médecins craignaient aussi que pour ces patients acteurs, une trop grande autonomie favorise des dérives consuméristes. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades renforce l'autonomie du patient dans ses choix pour sa santé. Une conséquence néfaste de cette reconnaissance réside dans « l'apparition contemporaine d'un mouvement consumériste en santé, où le patient devient consommateur de soins. » (104).

Bishop et al. en 2011 ont dégagé 8 profils (83) de patients manifestant des comportements de consommateurs dans leur recours à l'acupuncture.

Table 5 Faces of acupuncture consumerism identified in this study

Face of consumerism	Description
Consumer as smart [26] chooser	Makes an active and informed decision, selecting acupuncture from a number of other options and making an informed decision to access it in a specific setting. (Very rare in this study)
Consumer as chooser*	Makes an active decision, selecting acupuncture from a number of other options.
Consumer as patient	An offer of acupuncture is accepted within the context of a therapeutic relationship.
Consumer as earnest explorer [25]*	Acupuncture is something new to be tried, amongst a universe of many possible therapies, in the context of an embodied need for treatment.
Consumer as pragmatist	Emphasises the likely effectiveness of acupuncture in a particular setting and the actual effectiveness of it once experienced.
Consumer as hedonist*	Uses a particular form of healthcare to experience its positive emotional effects (only seen as attributed to the private sector by NHS patients).
Consumer as victim [14]	Is vulnerable and requires protection from unscrupulous healthcare practitioners or providers who might defraud them or otherwise cause harm.
Consumer as citizen [14]	Whose choice to use private or public sector healthcare is made within the context of moral and social implications of private sector involvement in healthcare provision.

*Adapted from Gabriel and Lang [14]

Dans le profil du « consumer as chooser », en choisissant de manière informée et sélective le recours à l'acupuncture, le patient manifestait sa capacité à être acteur de son soin, et dans

le contrôle de sa santé. Mais de manière plus nuancée, certains patients se retrouvaient consommateurs à l'encontre de leur volonté. Il s'agissait par exemple du « consumer as victim » qui cherchait à tout prix un moyen de se soulager et qui était alors vulnérable face aux options qui se présentaient à lui. Ces patients n'apparaissent pas suffisamment informés pour juger de la qualité de la pratique ou de son intérêt. Ils subissaient plutôt les nombreuses options qui leurs étaient possibles, et leur recours témoignait plus d'une « incapacité » à choisir plutôt qu'une réelle autonomie.

Dans notre étude, de nombreux patients appréciaient la liberté de choix dans leur recours, mais certains au contraire disaient « ne pas avoir le choix » du recours, étant dans des impasses thérapeutiques et cherchant des solutions par tous les moyens.

Ainsi, bien que « consommateur de soins », le patient n'est pas toujours actif dans ses recours, et peut aussi en être victime. Recourir à des soins n'est donc pas toujours synonyme d'autonomie, comme pouvaient le penser les médecins généralistes de notre étude.

Comme nous le retrouvons dans notre étude, être perçu comme pleinement d'acteur n'est pas toujours souhaité par tous les patients. L'étude qualitative d'Evans et al. en 2007 (105) portait sur des hommes atteints d'un cancer, à leur processus de recherche d'informations et de recours à des thérapies complémentaires. Certains patients, les « proactive seekers », appréciaient être actifs dans leur recherche d'informations, sollicitaient les médecins pour obtenir des informations, et appréciaient prendre leurs propres décisions dans le recours à des thérapies complémentaires. Cependant, un autre groupe de patients préférait avoir un rôle plus passif et être orientés et accompagnés. Bien qu'intéressés par les thérapies complémentaires, ils ne souhaitaient pas s'investir dans leur recherche d'information et de décision de recours. Ils regrettaient que les médecins ne leur donnent pas d'informations sur les thérapies complémentaires ni ne les orientent. Les professionnels de santé étaient perçus comme des individus de confiance pouvant les aider dans leur choix de recours aux thérapies complémentaires, mais peu d'entre eux demandaient des informations aux médecins.

Cela suggère que les patients communiquant le plus avec les médecins étaient le plus à même d'apprécier leur autonomie et leur rôle d'acteur. Alors que ceux qui communiquaient le moins souhaitaient plus d'échanges et d'accompagnement dans leur recours.

Nous voyons que cette position dans laquelle le patient doit décider de la communication avec son médecin ne lui confère pas toujours le statut d'acteur de ses soins, et ce statut n'est pas toujours valorisé par des patients qui souhaitent être plus passifs.

Ainsi, être considéré comme acteur et responsable de son soin est parfois vécu comme un isolement et un abandon pour des patients. Et cet isolement peut mener à une consommation de soins, tout autant qu'une trop grande autonomie.

7.6. DES DIFFICULTES D'INTERACTION A L'ORIGINE DE MODES DE FONCTIONNEMENT

7.6.1. Des patients qui s'adaptent aux attitudes des médecins généralistes

Dans notre étude, certains patients rapportaient ne pas divulguer leur recours par anticipation négative de la réponse du généraliste ou par crainte des jugements négatifs.

Certains qui avaient abordé le sujet s'étaient heurtés à des réactions négatives ou d'indifférence de la part de leur médecin généraliste. Ils n'envisageaient plus de lui en reparler. D'autres dont le médecin généraliste avait montré une ouverture d'esprit appréciaient de pouvoir en parler librement.

Le fait que le médecin pratiquait une thérapie complémentaire favorisait les échanges, du point de vue des médecins et des patients. En effet, il apparaît que les médecins ayant été formés dans les deux paradigmes (biomédical et complémentaire) sont plus à même d'intégrer d'autres thérapies complémentaires dans leur pratique (106).

Dans son étude qualitative, Shelley et al. concluait que la représentation de la manière dont les médecins allaient réagir envers l'utilisation des thérapies complémentaires était un facteur important dans la décision de communiquer ou non le recours (100). Une attitude ouverte et sans jugement encourageait le patient à divulguer le recours. A contrario, anticiper une réponse négative menait à une non-communication. L'indifférence, les faibles échanges et le manque d'intérêt malgré une acceptation au recours du généraliste était aussi mal vécu par le patient et impactait les échanges ultérieurs, en accord avec plusieurs études (99,107).

Peu de patients divulguaient le recours à l'acupuncture aux médecins généralistes, comme le retrouvaient d'autres études menées sur la communication du recours aux thérapies complémentaires (7,99). Cela concernait dans la méta-analyse de Foley en 2019 plus de deux tiers des patients, alors que 67% d'entre eux considéraient qu'il était important d'en parler au médecin (99). Les deux principales raisons de la non-communication étaient : la crainte de la désapprobation du médecin et le fait que le médecin n'ait pas demandé.

7.6.2. Des médecins généralistes qui s'adaptent aux attitudes et aux souhaits des patients

Les médecins percevaient le manque de communication comme un manque d'utilisation des thérapies complémentaires. Shelley et al. retrouvait ce résultat, et les généralistes précisait qu'ils ne souhaitaient pas ajouter une demande dans le temps limité de leur consultation, demande considérée dans ce contexte comme peu significative (100).

Cela montre une mauvaise compréhension de l'attitude des patients : le manque de sollicitation de la part du patient est d'origine diverses, et pour eux c'est le médecin qui doit aborder le sujet (99).

Lorsque les médecins étaient confrontés à des divergences avec les préférences des patients en matière de choix de soins, adapter son discours n'était pas simple. Il s'agissait de considérer les bénéfices et risques pour la relation médecin patient et pour le patient.

Paradoxalement, alors que les patients ne communiquaient pas avec les médecins sur leur recours, les médecins généralistes se montraient ouverts aux thérapies complémentaires comme le suggèrent plusieurs travaux de thèse (66,67,108). Ils encourageaient les patients en fonction des ressentis des patients, parfois à l'encontre de leur intime conviction, et priorisaient les préférences du patient plutôt que les preuves scientifiques. Dans une revue de la littérature d'Astin et al., (109) l'adressage à une thérapie complémentaire par « demande ou préférence du patient » était plus important que par « croyance en l'efficacité ». Wye et al. (110) exploraient les manières de concilier le recours aux thérapies complémentaires dont les preuves n'étaient pas démontrées, avec les sollicitations des patients. Certains adressaient des patients de manière choisie, ils se percevaient « moins scientifiques et plus orientés patients », alors que d'autres se sentaient « forcés » à adresser. Cela peut s'expliquer par la pression concernant la nécessité d'assurer la satisfaction des patients dans le contexte du consumérisme médical (111).

Dans notre étude et dans l'étude de Shelley et al. (100), certains médecins généralistes qui étaient sceptiques sur les thérapies complémentaires envisageaient la discussion sur le recours comme un moyen d'améliorer la compréhension et la relation avec les patients. Ils se montraient ouverts et sans jugement. Dans son étude, seulement quelques sceptiques faisaient part aux patients de leur inquiétude, des risques des effets indésirables et de retard diagnostic en cas de recours. Un médecin généraliste de notre étude qui pensait que l'acupuncture était un placebo faisait part de sa difficulté de devoir appliquer son rôle de scientifique et de médecin en dévoilant sa conviction dans l'objectif d'apporter les éléments

nécessaires à une décision éclairée, pouvant aller au détriment de l'efficacité que le patient pourrait ressentir.

En considérant l'acupuncture comme un placebo, orienter des patients ou les encourager dans cette voie, malgré le bénéfice ressenti, apparaissait comme non déontologique pour certains médecins généralistes interviewés.

Même s'il n'existe pas de loi spécifique sur l'utilisation des placebos en pratique courante, l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique sur l'obligation d'information du patient sur son état de santé mais aussi sur les traitements entrepris en complique nettement l'usage.

7.6.3. Une communication patient-acupuncteur aux antipodes des échanges patient-généraliste

La majorité des patients informaient les acupuncteurs de leur prise en charge en médecine générale, principalement pour rapporter ce qui avait été fait ou prescrit. Une étude de cohorte menée sur les choix de traitements de femmes atteintes de cancer du sein (107) montrait que les patientes informaient elles aussi plus les praticiens de thérapies complémentaires sur leur prise en charge biomédicale, que leur médecin généraliste sur leurs recours aux thérapies complémentaires. Elles informaient les praticiens par inquiétude concernant les effets croisés avec leur traitement allopathique, ou par envie de cibler les effets secondaires d'un traitement médical particulier. Ils étaient perçus comme plus ouverts d'esprits, et plus motivés que les médecins généralistes pour intégrer et combiner diverses stratégies thérapeutiques. Les femmes qui souhaitaient une approche plus intégrée dans leur parcours de soins concentraient leurs échanges avec les thérapeutes complémentaires, et non avec les médecins référents conventionnels.

Les acupuncteurs demandaient aussi aux patients des informations sur leur prise en charge biomédicale, pour connaître les diagnostics et les examens complémentaires réalisés. Informer le médecin généraliste était réalisé principalement selon la volonté du patient. En effet, ils demandaient l'avis des patients avant d'écrire un courrier au médecin généraliste.

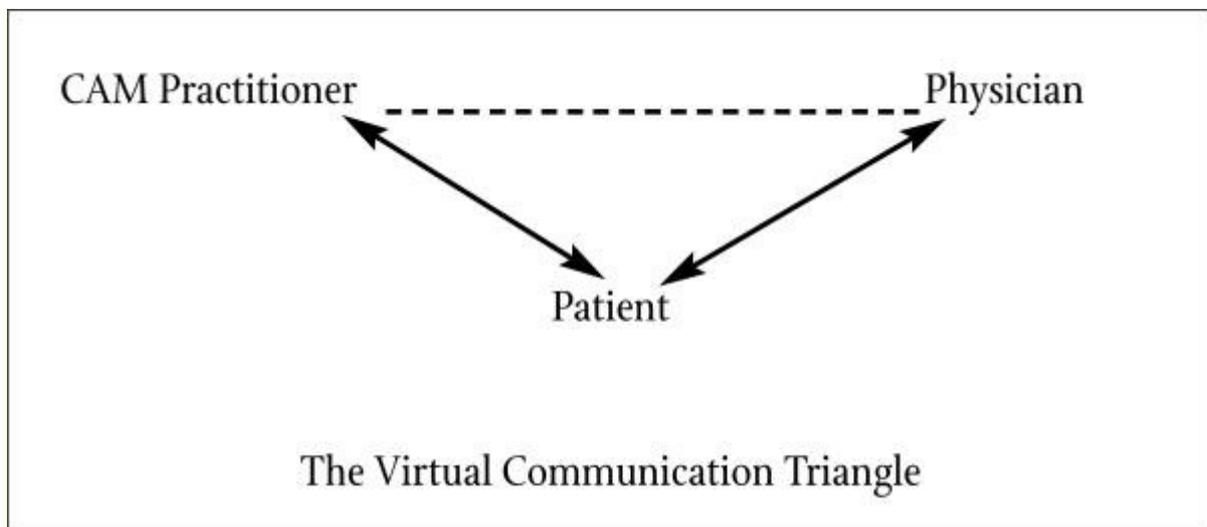
Des patients refusaient que l'acupuncteur communique avec le généraliste, ne souhaitant pas que leur médecin soit informé de leur recours (par crainte de sa réaction, ou par choix). Cependant, des acupuncteurs recréaient pour certains patients des liens avec les médecins généralistes. Le courrier était un moyen d'informer le médecin généraliste du recours en acupuncture pour des patients qui le souhaitaient mais qui ne l'auraient pas fait d'eux-mêmes. Communiquer avec le médecin généraliste était réalisé parfois pour des patients en rupture de soins conventionnels : le courrier était le moyen d'adoucir les difficultés que le patient

pouvait ressentir à retourner vers l'allopathie et aidait à la réinsertion dans le parcours de soins. Certains médecins acupuncteurs préféraient aussi écrire aux médecins généralistes lorsqu'ils modifiaient ou arrêtaient des médicaments à la suite de demandes de patients. Cette condition permettait à l'acupuncteur d'informer le généraliste que la modification du traitement avait été demandée par le patient.

Comme discuté précédemment, ce comportement des acupuncteurs n'est pas extrapolable, dans la mesure où ceux qui étaient interrogés étaient volontaires, donc peut-être plus à même d'interagir avec les médecins.

7.6.4. Un parcours de soin redessiné

En somme, l'ensemble des résultats témoigne de modes de fonctionnement particuliers des trois acteurs entre eux. Un modèle de relation triangulaire incomplet est constitué, comme celui retrouvé par Adler dans son étude sur les relations entre praticiens de thérapies complémentaires, patients et médecins (111). Le patient se retrouve dans une configuration dans laquelle il est traité par des praticiens issus de systèmes médicaux différents et qui ne sont pas en contact, parfois inconscients de la présence de l'autre.



Ces modes de fonctionnements induisent une redistribution des rôles au sein du parcours de soins du patient.

7.6.4.1. Un itinéraire thérapeutique coordonné par le patient...

Le patient agit de manière individuelle dans son parcours de soins.

Il s'informe sur l'acupuncture par lui-même et au travers de son environnement. Selon Triadou et al. (87) les premières sources d'informations du patient concernant l'acupuncture sont son environnement immédiat (50%), ou les médias (22%). Même en possession d'informations, le choix définitif du patient sur son recours est influencé par l'avis de ses amis (50%), de sa famille (20%), et de son médecin généraliste seulement en troisième position.

En 2013, Bishop et al. (112) précisaient que la démarche réalisée par le patient pour consulter en acupuncture était personnelle. Elle suivait un processus défini en quatre étapes. Notre étude montrait aussi qu'il s'agissait d'une démarche personnelle de la part du patient. Celle-ci dépendait de l'intérêt du patient pour l'acupuncture, et de l'influence des avis et expériences de ses proches. Le patient étant le seul intermédiaire entre médecin généraliste et acupuncteur, c'est lui qui décide et coordonne ses recours, en fonction de ses besoins et de ses ressentis. Mais aussi en fonction de ses capacités et appréhensions.

7.6.4.2. ... au détriment du médecin généraliste

Dans ce fonctionnement triangulaire, il existe un glissement de la fonction de coordination du médecin généraliste et de son rôle de premier recours. Il n'assure plus sa mission de « gatekeeper » et ne centralise plus les éléments du parcours de soins du patient, n'étant pas informé des recours de ce dernier. Il adresse peu en acupuncture. D'autres acteurs peuvent assurer cette coordination : une enquête menée en Belgique en 2011 montre que la référence du médecin vers un acupuncteur (7%) est nettement moins fréquente par rapport à l'ostéopathe (36%) ou au chiropracteur (42%) (45).

7.6.4.3. Des acupuncteurs endossant des fonctions de médecin généraliste

Les acupuncteurs pouvaient être amenés à prendre le rôle du médecin généraliste lorsqu'ils étaient consultés en premier recours. Ils adressaient et orientaient le patient vers d'autres professionnels (de santé, de thérapies non conventionnelles...) et/ou vers le médecin généraliste, prenant alors un rôle de coordinateur de soins. Ils devaient être capables de percevoir les diagnostics différentiels. Ayant une communication limitée avec les médecins, de nouveaux réseaux de soins avec d'autres thérapies complémentaires se créaient.

7.7. UNE VOLONTE DE CHANGEMENT PARTAGEE

Dans notre étude, les généralistes étaient conscients de devoir conseiller le patient. Compte tenu de leur manque de connaissance, ils pouvaient difficilement remplir ce rôle. L'étude de Gaboury et al. (113) au Canada a confirmé que les généralistes étaient conscients de la nécessité de devoir apporter des informations à leurs patients sur les thérapies complémentaires (86% des 195 médecins inclus). Seulement un tiers d'entre eux s'estimaient en mesure de le faire.

Les généralistes interrogés dans notre travail souhaitaient plus de formation et d'information sur l'acupuncture, et sur les thérapies complémentaires en général. Ils étaient conscients de la difficulté d'enseigner des bases sur toutes les thérapies complémentaires. Ils souhaitaient surtout une meilleure formation à l'ouverture d'esprit.

Münstedt et al. ont mené en Allemagne une étude sur la connaissance et l'intérêt portés aux thérapies complémentaires des étudiants de médecine et de médecins (114). Dans leur étude, parmi différentes thérapies complémentaires, l'acupuncture était l'une des plus approuvées pour être enseignée. Les auteurs rapportaient les objectifs liés à un enseignement sur les thérapies complémentaires lors du cursus des études de médecine : informer sur les méthodes, les potentiels utilisations, bénéfiques et risques. Il s'agissait d'apprendre à faire avec les méthodes complémentaires et non d'en faire la promotion. Un des objectifs était aussi de former les étudiants à avoir un esprit critique envers les essais cliniques afin de faire leur propre jugement sur les thérapies complémentaires et sur la médecine conventionnelle.

Les patients souhaitaient plus d'échanges avec les médecins généralistes. Le fait de se retrouver pleinement acteur de ses soins n'était pas toujours bien vécu. En accord avec d'autres études, les patients souhaitaient plus d'implication de leur médecin généraliste, ils souhaitaient que leur médecin aborde le sujet de l'acupuncture et adopte une attitude ouverte, sans jugement (99,105). Ils souhaitaient avoir plus d'informations de la part de leur médecin généraliste sur la pratique (9,99).

Dans un rapport de la HAS de 2013 (115), 93 % des français plébisciteraient le modèle de la décision partagée (un médecin qui explique précisément la situation, présente les choix possibles et associe le patient à la décision).

Ils souhaitaient aussi que les praticiens interagissent entre eux car ils se sentiraient mieux pris en charge.

Les acupuncteurs souhaitaient que les généralistes et les patients acquièrent une plus grande connaissance de la pratique basée sur des informations fiables. La diffusion d'idées reçues pouvant entraîner des mésusages ou des conceptions inadaptées de la pratique. Une des

solutions pourrait être la réalisation de brochures informatives par les acupuncteurs. Ce procédé a été étudié au Royaume-Uni par Bishop et al. (116). L'étude montrait que les informations transmises étaient pertinentes dans la plupart des brochures. Cependant, certaines contenaient des informations non conformes aux données actuelles de la science concernant l'efficacité de l'acupuncture dans certaines indications.

Dans notre étude, des acupuncteurs et des médecins généralistes souhaitaient plus de collaboration et d'échanges entre eux. D'autres n'en ressentaient pas le besoin car ils ne voyaient pas l'intérêt pour leur pratique.

Les motivations pour collaborer étaient différentes selon les acteurs.

Les médecins acupuncteurs souhaitaient interagir pour avoir une meilleure reconnaissance de leur pratique.

Pour les acupuncteurs non-médecins, plus d'échanges avec les médecins généralistes permettait d'être certain qu'un diagnostic médical avait été posé.

Pour les médecins généralistes cela permettait de mieux connaître les acupuncteurs ainsi que les situations cliniques pouvant relever de l'acupuncture.

D'autres études ont retrouvé que les médecins généralistes et les acupuncteurs souhaitaient une meilleure interaction entre eux (88,106). Chung et al. se sont intéressés aux règles de conduites à développer pour mieux allier biomédecine et MTC. Ils rapportaient que pour les thérapeutes traditionnels, échanger était aussi un moyen de se sentir respecté dans son rôle de soignant, d'améliorer sa crédibilité dans la prise en charge du patient, et de créer une relation de confiance avec le médecin. Pour les médecins, avoir des retours permettait d'évaluer la qualité de ses correspondants, de diminuer le degré d'étrangeté de la pratique, et d'améliorer leur connaissance concernant les indications (106,117).

Médecins généralistes et acupuncteurs souhaitaient que plus d'études sur l'acupuncture soient réalisées afin d'avoir des preuves scientifiques solides de l'efficacité de la pratique.

Pour les acupuncteurs, bien que peu intéressés par la recherche de preuves d'efficacité sur le plan personnel, ils pensaient que cela permettrait une meilleure reconnaissance de l'acupuncture. Cette idée se retrouve dans plusieurs études : les essais cliniques randomisés et l'EBM étaient considérés comme utile pour des raisons pragmatiques et politiques, dans l'objectif d'une meilleure acceptation médicale et sociale (92).

Pour les médecins, bien que majoritairement confiants dans la pratique, cela limiterait un des obstacles à leur recommandation pour les patients. Pour Chung et al., l'apport de plus de preuves serait un bon outil pour rapprocher les deux paradigmes (117).

7.8. PERSPECTIVES

7.8.1. S'intéresser à l'acupuncture : quelle utilité pour la médecine générale ?

En s'informant sur l'acupuncture et en abordant le sujet en consultation, les médecins généralistes peuvent en tirer plusieurs bénéfices.

Protéger le patient

En interrogeant les patients, les médecins généralistes pourraient dépister un recours à un charlatan ou plus rare une dérive sectaire.

Le charlatanisme est défini dans le Code de la Santé Publique (article R4127-39) par le fait de : « *proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.* ».

De nombreuses pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique sont recensées comme à risque de dérive sectaire par la MIVILUDES (6) (dont la médecine énergétique et les massages Tui Na aux côtés du respirianisme ou encore de l'ozonothérapie).

La dérive sectaire d'une pratique thérapeutique est définie par la tentative de faire adhérer le patient à une croyance, ou à un nouveau mode de pensée. L'objectif étant d'avoir sur lui une emprise mentale pour l'isoler de ses proches et de son milieu de soin habituel. Dans ce cas, les risques sont l'arrêt et/ou le refus de tout traitement conventionnel par le patient.

Pour repérer de telles pratiques, le guide de la MIVILUDES propose « *quelques éléments de discours véhiculés par des charlatans de la santé ou des pseudo-thérapeutes* ». Il peut s'agir notamment de dénigrement de la médecine conventionnelle, d'incitation à l'arrêt des traitements médicamenteux ou encore la promesse d'une guérison miracle.

En pratique, quelques questions à poser au patient par les professionnels de santé permettraient de dépister les risques. Par exemple : « Le praticien promet-il la résolution de tous les problèmes rencontrés grâce à une méthode « novatrice et révolutionnaire » ? » ou aussi : « Le praticien critique-t-il ce qu'il nomme la « médecine conventionnelle » et le recours aux médicaments ? ». Les autres conseils sont détaillés dans l'Annexe 11.

En initiant le dialogue sur les thérapies complémentaires, le médecin peut diminuer le « *risque de voir un jour le patient quitter le système de soins conventionnels à la recherche d'une meilleure écoute et d'une prise en charge plus globale.* » (118). Cette situation d'utilisation exclusive des thérapies complémentaires est la plus à risque pour les patients.

Enfin, dans le contexte de l'émergence d'un mouvement consumériste en santé (119), le rôle du médecin peut être de « responsabiliser » le patient (104) : « *Le patient doit faire le meilleur usage possible de ses droits, tout en ayant conscience de l'impact de son comportement sur le système de santé en général.* ». En prenant la parole sur le sujet de l'acupuncture -et des thérapies complémentaires en général- en consultation, le médecin généraliste permet au patient d'exprimer son ou ses recours et de mieux coordonner les soins.

Favoriser une véritable décision médicale partagée

Dans la continuité de l'obligation d'information contenue dans le Code de la Santé Publique, la notion de décision médicale partagée implique que le point de vue du patient soit : « *éclairé et soutenu par les explications techniques, l'expérience et la bienveillance du médecin.* » (120). Les bénéfices d'une telle relation ont été montrés dans une revue de la littérature publiée en 2018 dans la revue *Exercer* (121) : « *Les preuves les plus solides [des bénéfices de la décision médicale partagée] concernent l'amélioration de la satisfaction, de l'adhésion au traitement ou à la décision, et la diminution des conflits et regrets liés à la décision.* »

Il s'agit aussi de prendre en charge des patients qui ne souhaitent pas se retrouver pleinement acteurs de leurs soins et de les accompagner. Une plus grande connaissance de l'acupuncture par les médecins est nécessaire pour une véritable décision médicale partagée en ce qui concerne le recours ou non à l'acupuncture.

Améliorer la relation médecin-patient

En faisant preuve d'ouverture d'esprit et en respectant le choix du patient, le médecin généraliste peut renforcer sa relation avec le patient. Un article sur la relation thérapeutique rappelle que « [...] *la façon dont le patient perçoit le thérapeute est d'une importance capitale. Si le thérapeute est perçu comme soucieux du bien-être de son patient, compétent et digne de confiance, on a plus de chances de le voir développer une relation positive avec son patient, ce qui augmente d'autant les chances de progrès, quelle que soit l'approche thérapeutique.* » (122). Mieux comprendre la multiplicité des représentations des patients sur l'acupuncture permet au médecin généraliste de personnaliser son discours et sa pratique selon les situations, dans une approche centrée patient.

A l'opposé, dans notre étude et dans d'autres travaux, (99,107), une réaction négative ou d'indifférence sur le recours en acupuncture est néfaste à la relation médecin – patient et diminue la confiance accordée au médecin par le patient.

Etoffer son arsenal thérapeutique

Dans l'objectif d'intégrer l'acupuncture dans le soin du patient, les échanges entre acupuncteurs et médecins généralistes apparaissent fondamentaux.

Ce dialogue a pour objectif de « *briser les préjugés réciproques, aiguiller au mieux le patient dans ses choix et établir une stratégie de prise en charge commune* » (118).

Pour les médecins généralistes, cela peut introduire une nouvelle option dans les possibilités thérapeutiques qu'ils proposent au patient.

7.8.2. Comment améliorer la communication entre médecins généralistes et acupuncteurs ?

En se connaissant mieux

Une des solutions serait d'inclure un temps d'information sur l'acupuncture durant la formation initiale des médecins.

Aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et en Allemagne, l'enseignement des thérapies complémentaires est déjà inclus par de nombreuses facultés (99).

Par exemple, aux Etats-Unis, le « Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine » regroupe 75 facultés et centres médicaux universitaires américaines (dont la Harvard Medical School), canadiennes et mexicaines (123).

En France, l'université Pierre-et-Marie-Curie (Paris VI) inclut en DFASM1 6 heures d'enseignement de médecines complémentaires dont 2 heures dédiées à la médecine traditionnelle chinoise (124).

A Nice, un « Observatoire des Médecines Non Conventionnelles » a été créé en 2014. Affilié à la faculté de médecine de l'université Nice Sophia Antipolis. Il comporte 3 missions :

- Favoriser la réalisation d'études scientifiques dans la région au sujet des thérapies non conventionnelles, afin de valider ou d'invalider leur intérêt, et de constituer un réseau de praticiens compétents sur ces différentes méthodes (dans le cadre du comité scientifique)
- Développer un enseignement responsable au sein de la faculté, pour les techniques déjà validées scientifiquement (dans le cadre du comité pédagogique)
- Communiquer les avancées dans ces domaines au grand public (125).

Développer ces expériences isolées pourrait être bénéfique pour le dialogue entre médecine conventionnelle et thérapies complémentaires en France.

En formant un réseau de santé formel ou informel

Un réseau de santé correspond à un regroupement pluridisciplinaire de professionnels de santé (médecins, infirmières...) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif...) (126).

Dans sa thèse, A. DELLANDREA en 2013 cite une autre définition donnée par le Dr J. MICALLEF dans la revue *Thérapie* en 2000 (127) : « *Un réseau de santé se définit par des acteurs préalablement identifiés travaillant de manière complémentaire et synergique, à un objectif commun, a priori non atteignable par un acteur isolé.* »

Il peut être formel, c'est-à-dire défini et régi par le Code de la Santé Publique (article L. 6321-1) : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.* ».

Un réseau formel est identifiable et relève d'une organisation bien structurée.

A titre d'exemple, on pourra citer les réseaux de santé suivants dans la région PACA (128) : OncoPaca-Corse (oncologie), Naitre et Devenir (périnatalogie) ou encore Diabaix (diabétologie).

D'après nos recherches bibliographiques, il n'existe aucun réseau de santé formel en France incluant la pratique de l'acupuncture.

Ou le réseau peut être informel : c'est le « carnet de correspondants » du médecin généraliste. En ce qui concerne les réseaux de santé informels, les médecins généralistes de notre étude mettaient en évidence l'absence de visibilité des acupuncteurs. Pour favoriser le dialogue, des interventions ponctuelles d'acupuncteurs au cours des formations médicales continues des médecins pourraient être envisagées. La création de répertoires professionnels pourrait aussi faciliter les échanges. A l'heure actuelle celui-ci serait limité aux seuls médecins acupuncteurs. Une modification du statut des acupuncteurs non-médecins pourrait permettre de les intégrer dans de tels réseaux.

En intégrant des acupuncteurs au sein de maisons de santé

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2007 a notamment permis de rapprocher physiquement les différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin du patient.

Intégrer des acupuncteurs dans de telles structures pourrait présenter plusieurs avantages : faciliter la communication médecins généralistes – acupuncteurs ; faciliter l’adressage de patients vers la médecine conventionnelle par l’acupuncteur si besoin ; augmenter les échanges interprofessionnels via la réalisation de réunions programmées.

Ces différents bénéfices ont été énoncés pour le cas des relations entre médecins et kinésithérapeutes et/ou infirmières (102,127).

En optimisant les moyens de communication

Enfin, les moyens de communication à disposition des professionnels de santé offrent de nombreuses possibilités pour échanger entre eux.

Dans notre étude, un médecin-acupuncteur (A4) a mentionné l’utilisation d’une messagerie électronique sécurisée pour communiquer avec les médecins généralistes.

Ce moyen présente plusieurs avantages qui ont été rappelés par H. BINART ECALE dans sa thèse (129) : facilité d’accès et d’utilisation ; messages livrés directement dans une messagerie (consultable du lieu de travail ou à domicile) ; coût modeste ; format permettant une insertion dans le dossier du patient ; confidentialité des données ; consultation des messages à la demande.

Pourtant un travail de thèse en 2018 (130) a montré que ce moyen est utilisé essentiellement pour recevoir des messages (résultats d’analyses biologiques en premier lieu) et non pour envoyer des courriers.

Le développement de l’outil informatique pourrait être une des pistes pour améliorer la communication. Chung et al. (117) proposaient par exemple la création d’un système informatique de « feedback » accessibles aux patients, médecins et acupuncteurs. Cela permettrait d’évaluer la pertinence des recours et d’améliorer la collaboration entre les soignants.

7.8.3. Quelles évolutions pour la pratique de l'acupuncture en France ?

L'intégration de l'acupuncture dans le parcours de soins du patient passe par une meilleure identification des statuts et compétences de chacun. Redéfinir le statut des acupuncteurs non-médecins est alors primordial, mais des difficultés ralentissent le processus.

Les acupuncteurs non-médecins interrogés étaient déçus du manque de reconnaissance de leur formation. Une conséquence directe de l'hétérogénéité des organismes de formation induite par l'absence de réglementation. Ils étaient conscients de la nécessité d'introduire dans leur formation d'acupuncture des notions médicales « de base » (anatomie, physiologie...) pour que leur pratique ne mette pas en danger les patients, mais aussi pour savoir quand les réorienter vers la médecine conventionnelle.

Dans cet esprit, la CFMTC a publié en octobre 2012 un « Référentiel Professionnel du Praticien en Médecine Traditionnelle Chinoise » structurant les compétences du praticien en MTC (131) (Annexe 12, Matrice des Compétences). Le standard national de formation proposé comprend aux côtés de l'enseignement de la MTC (836 heures), un enseignement des sciences biologiques et médicales (420 heures) ainsi qu'une formation aux premiers secours.

Ce manque de reconnaissance associé à l'illégalité de leur pratique faisait réagir les acupuncteurs non-médecins. Pourtant leurs avis divergeaient sur la question de l'évolution de leur pratique.

Nous avons vu que certains se satisfaisaient de cet exercice isolé appréciant leur liberté de pratique.

D'autres pensaient qu'un changement était nécessaire pour mieux encadrer et revaloriser leur profession. Les acupuncteurs non-médecins rencontrés souhaitaient :

- Légaliser l'exercice pour les non-médecins sans que leur pratique ne soit soumise à des protocoles,
- Être accessible en première intention par les patients,
- Ne pas dépendre d'une prescription médicale,
- Être intégré dans le système de santé pour pouvoir communiquer avec les autres professionnels de santé.

Cette divergence de points de vue au sein même des acupuncteurs non-médecins sur l'évolution de leur statut se retrouve au niveau de leurs organismes professionnels (132).

Certains contestent le monopole médical (CFMTC et OSMC) et soutiennent la création d'une nouvelle profession de santé autonome. D'autres le respectent (Conseil Supérieur National de l'Acupuncture traditionnelle et Syndicat interprofessionnel des Acupuncteurs de France) et

souhaitent une intégration de leur pratique dans le système actuel non comme une spécialité médicale mais plus sur le modèle paramédical.

Ce nouveau cadre de pratique apparaît comme une réponse possible à la diminution du nombre de médecins acupuncteurs qui menace la pratique de l'acupuncture en France. Notre travail a montré que certains médecins acupuncteurs étaient favorables à cette idée plutôt par résignation que par adhésion.

Pourtant, la plupart des organismes professionnels de médecins acupuncteurs s'opposent au partage de leur monopole sur l'acupuncture. Ils souhaitent une revalorisation de l'acte d'acupuncture tant financièrement que symboliquement comme acte médical mais aussi une conservation du monopole de la formation universitaire en acupuncture (132).

Dans ce contexte, le 15 novembre 2018, à l'occasion de la journée mondiale de l'acupuncture célébrant le huitième anniversaire de la reconnaissance de l'Acupuncture et de la Moxibustion comme biens immatériels de l'humanité par l'UNESCO, un début de dialogue entre acupuncteurs médecins et non-médecins s'est dessiné en coorganisant cet événement au travers du World Acupuncture Day Organization (133). Un pas vers l'acceptation des acupuncteurs non-médecins en France ?

En somme, les acupuncteurs non-médecins interrogés dans notre étude estimaient que leur pratique était sous-utilisée en regard des bénéfices potentiels pour les patients mais aussi pour les médecins. Leur objectif était donc de faire évoluer leur cadre de pratique pour être perçu comme une véritable option de soin.

Cette évolution passe par une réorganisation de leur formation, une réglementation adaptée aux spécificités de l'acupuncture ainsi qu'une meilleure information autour de leur pratique.

L'opposition qu'ils rencontrent vient principalement des organismes professionnels de médecins acupuncteurs alors que les médecins-acupuncteurs rencontrés semblaient avoir une vision plus pragmatique de la situation.

7.8.4. Intégrer l'acupuncture dans la prise en charge du patient : incorporation, intégration ou pluralisme ?

Peu d'études se sont intéressées aux points de vue et attentes des acupuncteurs médecins et non-médecins dans l'intégration de leur pratique au système de santé. Dans notre étude, les acupuncteurs non-médecins craignaient que leur intégration sous-entende protocolisation et dénaturation de leur pratique. Comme vu précédemment, tous les acupuncteurs refusaient

d'être soumis à une prescription médicale, mais les non-médecins pensaient que bénéficier d'un diagnostic initial par un médecin généraliste était rassurant. Les médecins généralistes préféraient conserver un rôle de premier recours et que les thérapeutes bénéficient d'une formation biomédicale. Ces caractéristiques se retrouvent dans des modèles d'intégration étudiés.

Dans la revue de la littérature menée par Wiese et al (134), trois modèles d'intégration des thérapies complémentaires apparaissent :

- L'incorporation sélective, ou cooptation : cela consiste à incorporer des techniques de thérapies complémentaires dans le système de santé biomédical. Dans ce mode de fonctionnement, les praticiens sont soit issus d'une formation médicale standard, soit les acupuncteurs non-médecins sont inclus dans un système de soins conventionnels et exercent sous la direction des médecins généralistes. Les médecins généralistes conservent leur rôle de « gatekeeper », font le diagnostic initial et décide du recours à l'acupuncture pour leur patient. Wiese rapporte que les médecins généralistes préféraient ce modèle dans la mesure où ils gardaient le contrôle.
- La médecine intégrative : un système de santé intégratif est un système dans lequel il existe une collaboration multidisciplinaire et interprofessionnelle. Différentes thérapies sont proposées, conventionnelles ou non, et le patient peut bénéficier de l'une ou l'autre en fonction de ses besoins.
- Le pluralisme : il correspond à un modèle centré-patient, dans lequel le degré d'interaction entre les deux systèmes résulte du choix du consommateur. Cela valorise l'autonomie du patient. L'intégrité des approches et des thérapies des deux pratiques est assurée. La notion de collaboration n'est pas présente dans ce système.

Le système de médecine intégrative est le modèle de développement le plus étudié. Il est d'ailleurs promu par l'OMS dans son rapport 2014-2023 (3) et s'inscrit dans la continuité de la Charte d'Ottawa et de la définition de la santé donnée par l'OMS.

De manière plus détaillée, on pourrait la définir comme une médecine qui prend en compte la globalité de la personne, en respectant les aspects de son mode de vie. Elle s'appuie sur la relation thérapeutique entre le praticien et le patient, repose sur des preuves, et réunit toutes les thérapies appropriées en vue d'atteindre un état de santé optimal (135). Cette approche pluridisciplinaire comprend une interaction complémentaire nécessaire entre les professionnels de santé (88). La notion d'intégration sous-entend la mise en place d'une coordination et d'une synergie complémentaire et non de l'absorption d'un système par un autre (118). Des centres de médecines intégratives (hôpitaux et universités de médecine) se développent principalement en Amérique du Nord (136).

En théorie, ce modèle apparaît comme une solution possible pour résoudre les considérations des acteurs de santé et des patients concernant l'acupuncture.

Pour les acupuncteurs, il permet une revalorisation de leur pratique en tant qu'acte médical inclus dans un parcours de soins, et intégré dans un réseau. Le patient est considéré comme un acteur de son soin et bénéficie d'une approche globale visant à son mieux-être. Ce modèle participe aussi à la sécurité sanitaire de la pratique par la complémentarité des approches, et par les recherches menées pour une meilleure compréhension du mécanisme des thérapies complémentaires. La formation, l'information et la communication mutuelle des praticiens visent à une meilleure connaissance des pratiques. L'interprofessionnalité et la collaboration sont valorisées dans l'objectif d'un parcours de soins coordonnés et personnalisés.

Aux Etats-Unis, le « Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine » a pour mission de promouvoir les principes et les pratiques de la médecine intégrative au sein des institutions académiques (123). Ainsi, des centres universitaires proposent un enseignement et une formation initiale de médecine intégrant des thérapies complémentaires, une spécialisation médicale par l'obtention d'un diplôme de médecine intégrative, et assure des cursus de formation continue.

En France, l'intérêt de la médecine intégrative est mis en avant par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : dans son webzine sur la place des thérapies complémentaires (1), le modèle états-unien sur l'intégration de l'acupuncture dans le cursus d'une centaine de faculté de médecine est mentionné comme possibilité d'avenir.

Quelques centres hospitaliers ont accepté l'acupuncture ou d'autres thérapies complémentaires dans leurs établissements. Mais il s'agit de consultations externes n'impliquant pas une collaboration active pluridisciplinaire entre les thérapeutes complémentaires et les médecins conventionnels.

L'AP-HP apparaît comme un précurseur dans le domaine de la médecine intégrative (137). Sont intégrées différentes thérapies complémentaires dans plusieurs services (gériatrie, addictologie, anesthésie-réanimation, soins palliatifs...). Un centre intégré de médecine chinoise a aussi été créé en 2010 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il a pour mission de coordonner les activités de soins et de recherche en médecine chinoise mais n'a pas vocation à délivrer des soins à ce jour.

Cependant, la domination du système biomédical dans le système de santé participe aux difficultés à une intégration qui serait acceptable pour les deux parties.

Hollenberg et al. (138) pensaient que le modèle de médecine intégrative était utopique. Ils ont évalué les interactions et intégrations de praticiens de thérapies complémentaires et de médecins allopathes dans deux nouveaux centres de médecine intégrative au Canada. Les participants manifestaient des comportements de fermeture dans leurs pratiques, et interagissaient peu malgré leur proximité. Ils développaient des techniques d'usurpation de compétences entre eux. Malgré une amélioration discrète des statuts des praticiens complémentaires, le modèle biomédical restait dominant, et les praticiens restaient cantonnés à des recours limités, en fonction d'une sphère de compétence que les allopathes leur attribuait. Les auteurs reprenaient le concept de « fermeture sociale », phénomène par lequel des groupes maintiennent leurs ressources en excluant les autres de leur groupe, pour expliquer cela.

A l'heure actuelle, le développement de la médecine intégrative s'effectue dans des centres hospitaliers et dans des centres exclusivement dédiés à cette approche.

Etudier sa réalisation en dehors de centres de recherches, dans des situations de soins de premier recours serait intéressant, en tenant compte de l'avis des acupuncteurs.

8. CONCLUSION

Médecin généralistes, patients, acupuncteurs médecins et non-médecins s'accordent sur la complémentarité de l'acupuncture avec la médecine conventionnelle, ainsi que sur les bénéfices de cette approche. Cependant, les interactions des acteurs ne reflètent pas ces représentations communes mais plutôt les idées préconçues qu'ils ont les uns envers les autres. Les intérêts et besoins de chacun participent aussi à leurs modes de fonctionnement.

Le parcours de soins du patient qui consulte en acupuncture est alors redessiné. Le patient se retrouve au centre de la relation : il est créateur de la relation médecin – patient – acupuncteur, intermédiaire exclusif entre médecins généralistes et acupuncteurs, et seul décisionnaire de ses recours à l'un ou à l'autre.

Le médecin généraliste, lui, n'assure plus son rôle de conseiller, d'aide à la décision médicale partagée, ni de coordinateur de soins du patient.

Enfin, l'acupuncteur médecin ou non-médecin peut se retrouver en situation de soignant de premier recours, coordinateur de soins, mais isolé du réseau de soins.

Les difficultés d'interactions des acteurs (manque de communication, manque de connaissance, flou du statut des acupuncteurs non-médecins) sont à la fois à l'origine de ces modes de fonctionnement particuliers et à la fois conséquence des cloisonnements de chacun.

Plusieurs perspectives peuvent être envisagées pour améliorer les échanges, donc le fonctionnement des acteurs entre eux

Libérer la parole du patient en consultation par le médecin généraliste, ce qui permettrait d'améliorer la relation médecin-patient, d'assurer la sécurité sanitaire du patient dans son recours à l'acupuncture, et d'établir un itinéraire thérapeutique adapté.

Délivrer une information appropriée et de qualité aux médecins généralistes lors de leur cursus universitaire et en formation continue, afin de pouvoir informer les patients sur la pratique et de retrouver leur place dans le parcours de soins coordonnés du patient.

Définir précisément les statuts, compétences et rôles de chacun permettrait une meilleure identification des acteurs et une meilleure intégration de l'acupuncture dans le parcours de soins du patient. Le flou de la situation actuelle des acupuncteurs non-médecins ainsi que la diminution du nombre de médecins-acupuncteurs constituant actuellement un frein.

D'autres techniques (Delphi, groupe nominal) réunissant les mêmes acteurs pourraient être intéressantes à réaliser dans l'objectif d'aboutir à un consensus sur les modalités d'interactions entre patients, médecins généralistes et acupuncteurs. Celui-ci pouvant servir de base aux réflexions futures sur l'intégration de l'acupuncture dans le système de santé.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des médecins. Webzine n°3 [28/08/2019].
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index .htm l#/page-2](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.htm/#/page-2)
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles [1/11/2019].
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
3. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023.
4. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health : What's In a Name ? [04/11/2019].
<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
5. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. Bull. Acad. Natle Méd 2013;197(3): 717-757.
6. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Guide Santé et dérives sectaires [21/10/2019].
https://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_mars_2018_web.pdf
7. Eisenberg DM et al. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey. JAMA 1998;280(18):1569-75.
8. Falkenberg T. From traditional medicine to integrative care- A global research perspective Keynote lecture Complementary and Alternative Medicine Strategies, Training, Research and New Developments (CAMSTRAND) Conference 2011, Southampton, UK. Eur J Integr Med 2011;3:e103
9. Träger-Maury S et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. Bull Cancer (Paris) 2007;94(11):1017-25.
10. Rodrigues DM. Les médecines alternatives et complémentaires en oncologie [05/11/2019]. http://www.cancer.lu/sites/cancer/files/files/IC67_MAC.pdf
11. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 1998;279(19):1548-53.
12. Legenne M. Pourquoi recourir aux thérapies non conventionnelles ? Jusqu'à la mort accompagner la vie 2016;125(2):5-8.
13. Laplantine F. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. Les représentations sociales. 7ème édition. Paris : Denise Jodelet éd ; 2003, p. 295-318.
14. Académie de médecine traditionnelle chinoise. Précis d'acuponcture chinoise. 1ère édition. Escalquens : Editions Dangles ; 2006.

15. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Rapport INSERM 2014.
16. Stephan JM. Abrégé de l'histoire de la médecine chinoise. Acupuncture et Moxibustion 2011;10(2):138-146
17. FAFORMEC. Les emblèmes de l'acupuncture [3/11/2019]. <https://acupuncture-medic.fr/le-guide-de-lacupuncture/les-bases-de-lacupuncture/les-emblemes/>
18. AFA. Les questions sur l'acupuncture [31/10/2019]. <https://www.acupuncture-france.com/aller-plus-loin/les-questions-que-vous-vous-posez>
19. FAFORMEC. Bref historique de l'acupuncture en Chine [28/08/2019]. <https://acupuncture-medic.fr/le-guide-de-lacupuncture/histoire-de-lacupuncture/histoire-de-lacupuncture-en-chine/>
20. GERA. Soulié de Morant [31/10/2019]. <http://www.gera.fr/formations-medicales/histoire-acupuncture-mtc-occident/figures-medecine-chinoise-acupuncture-occident/soulie-morant>
21. FAFORMEC. Bref historique de l'acupuncture en Occident [28/08/2019]. <https://acupuncture-medic.fr/le-guide-de-lacupuncture/histoire-de-lacupuncture/histoire-de-lacupuncture-en-occident/>
22. Candelise L. La médecine chinoise dans la pratique médicale en France et en Italie, de 1930 à nos jours. Représentations, réception, tentatives d'intégration. Thèse soutenue en co-tutelle : Paris EHESS, Université de Milano-Bicocca, 2008 : 0007
23. Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture. Décision du Comité intergouvernemental : 5.COM 6.6 [15/07/2019]. <https://ich.unesco.org/fr/D%C3%A9cisions/5.COM/6.6>
24. Organisation Mondiale de la Santé. Acupuncture : review and analysis of controlled clinical trials [4/11/2019]. https://www.who.int/OtherArticles/acupuncture_WHO_full_report.pdf
25. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Liste des actes évalués de 2000 à juin 2004 [5/11/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Liste_actes.pdf
26. Haute autorité de Santé. Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels [31/10/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_pr_non_med_071018.pdf
27. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [31/10/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
28. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge [31/10/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf
29. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique [31/10/2019]. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>

30. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Prise en charge des nausées-vomissements chimio-Induits [1/11/2019]. <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/nausees-vomissements-chimio-induits/>
31. Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France.L'acupuncture agit.. [31/10/2019]. <https://www.meridiens.org/acumedsyn.org/index.php/informations-patients/l-acupuncture-agit>
32. Francès P. À quels risques s'expose le patient à l'occasion d'une séance d'acupuncture ? Médecine 2019;253-5.
33. Brignol TN, Stéphan JM. Y-a-t-il des effets secondaires à l'acupuncture ? Acupuncture et Moxibustion 2013;12(1):50-5.
34. Ernst E, Sherman K. Is acupuncture a risk factor for hepatitis? Systematic review of epidemiological studies. J Gastroenterol Hepatol 2003;18(11):1231-6.
35. Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture [30/10/2019]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66816/WHO_EDM_TRM_99.1_fre.pdf;jsessionid=60575B73A970CD84CCB9DA86B2899E7D?sequence=1
36. ORS Pays de la Loire.L'état de santé de la population et l'organisation des soins en Chine. 2016 [1/11/2019]. https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Chine/2016_rapportchine_santesoins.pdf
37. Beijing United Family Hospital and Clinics. Traditional Chinese Medicine [1/11/2019]. http://beijing.ufh.com.cn/department_city/traditional-chinese-medicine
38. GHC Global health Care. Our Services [1/11/2019]. <http://www.ghcchina.com/m/412-1037-986.php?Lang=en#anchor03>
39. Wang S. Les nouvelles circulations de la médecine chinoise : après l'Afrique, l'Europe. Mouvements 2019;98(2):133-41.
40. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Une approche européenne des médecines non conventionnelles [2/11/2019]. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?fileid=16727&lang=fr>
41. Centre d'Analyse Stratégique. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? [3/11/2019]. http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-10-02-_medecinesnonconvetionnelles-na290_0.pdf
42. Robard I. Le Portugal légalise les naturopathes non-médecins [29/10/2019]. <https://www.omnes.fr/fichiers/contenus/articles/3/fr/loiportugaise.pdf>
43. Union Française des Professionnels de Médecine Traditionnelle Chinoise. Chronologie des évènements majeurs médecine chinoise [2/11/2019]. <https://www.ufpmtc.fr/images/documents/2018/chronologie.pdf>
44. Parlement Européen. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles [2/11/2019]. <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//FR>

45. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Synthèse du rapport 153B : Etat des lieux de l'acupuncture en Belgique [2/11/2019]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_153b_acupuncture_en_belgique_synth%C3%A8se_0.pdf
46. Service Public Fédéral. Pratiques non conventionnelles [2/11/2019]. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/pratiques-non-conventionnelles>
47. Association Professionnelle des Heilpraktiker [31/10/2019]. <https://www.aph-heilpraktiker.fr/le-heilpraktiker/>
48. Kohn S, Georget J-L. Le métier de Heilpraktiker et le second marché de la médecine allemand. *Allemagne d'Aujourd'hui* 2019;229(3):91-104.
49. Lin K, Tung C. The Regulation of the Practice of Acupuncture by Physicians in the United States. *Med Acupunct* 2017;29(3):121-7.
50. National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine. State Relations [3/11/2019]. <https://www.nccaom.org/advocacy-regulatory/state-relations/>
51. National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine. The NCCAOM® Certification in Acupuncture [3/11/2019]. <https://www.nccaom.org/wp-content/uploads/pdf/NCCAOM%20Acupuncture%20Certification%20Fact%20Sheet060318.pdf>
52. Eco-Santé France. Modes d'exercice particulier [27/10/2019]. <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>
53. L'Assurance Maladie. CCAM en ligne [26/08/2019]. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=QZRB001>
54. Direction Générale de la Santé. L'acupuncture [12/07/2019]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_acupuncture.pdf
55. UFR SMBH (Paris 13). Capacité d'acupuncture médicale [1/11/2019]. <https://smbh.univ-paris13.fr/fr/formations/autres-formations/capacit%C3%A9s/item/163-capacit%C3%A9-d-acupuncture-m%C3%A9dicale.html>
56. AcuScience. Diplôme Inter-Universitaire d'Acupuncture Scientifique [10/11/2019]. <http://acuscience.com/>
57. Stéphan JM. L'Acupuncture en France : présent et avenir. *Acupuncture & Moxibustion* 2003;2(3):158-161
58. FAFORMEC. Collège des Enseignants Francophones d'Acupuncture Médicale [25/10/2019]. <https://acupuncture-medic.fr/college-des-enseignants/>
59. Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France. La loi de modernisation du système de santé est-elle antilibérale ? [26/08/2019]. <https://www.meridiens.org/acumedsyn.org/index.php/home/la-loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-est-elle-antiliberale>
60. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Nomenclature d'activités française [1/11/2019]. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/nafr2/sousClasse/86.90F?champRecherche=false>

61. Centre Imhotep. Organisation du cursus d'acupuncture traditionnelle [24/10/2019]. <https://www.centre-imhotep.com/la-formation/organisation-du-cursus>
62. École SHEN. Ecole de Médecine Traditionnelle Chinoise [24/10/2019]. <https://www.shen.fr/>
63. Institut médecine traditionnelle chinoise. Bienvenue à l'IMTC [24/10/2019]. <https://www.imtc.fr/formation-medecine-traditionnelle-chinoise.html>
64. Agence Régionale de Santé. Lexique des parcours de A à Z Janvier 2016 [1/11/2019]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
65. Marcellini A, Turpin J-P, Rolland Y, Ruffié S. Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps » ? Corps Cult 2000;5.
66. Vappou H, Huynh M. Place de l'acupuncture dans le traitement de la douleur : enquête par entretiens semi-dirigés auprès de patients, médecins généralistes et médecins acupuncteurs. Thèse med. Tours, Faculté de médecine, 2017 : 3001.
67. Miet F. Place de l'acupuncture dans la prise en charge des patients en médecine générale: étude qualitative menée auprès des médecins traitant dans la région Toulonnaise. Thèse méd Aix-Marseille Université, Faculté de médecine de Marseille, 2018 : 6205.
68. Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5.
69. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2004;volume 0. 24011
70. Frappé P. Initiation à la recherche. 1ère édition. Neuilly-sur-Seine : GMSanté ; 2011
71. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ 2014;Tome LIII(4):67-82.
72. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. 1ère édition. Malakoff : Armand Colin ; 2016.
73. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer 2009;87:74-9.
74. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus-groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [14/06/2019]. https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
75. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol 1994;23:147-81.
76. Glaser BG. Basic Social Processes. Grounded Theory Review 2005;04(3)
77. Moscarola J. Les approches qualitatives classiques. Bus Sci Inst 2018;166-90.
78. Sharp D et al. Complementary medicine use, views, and experiences: a national survey in England. BJGP Open 2018;2(4):bjgpopen18X101614.
79. Triadou P, Desjeux D, Lafont JL, Martin O, Derien V. L'acupuncture en France aujourd'hui (V) Typologies des Patients. Acupuncture et Moxibustion 2006;5(3):202-12

80. Hasegawa H, Reilly D, Mercer S, Bikker AP. Holism in primary care: the views of Scotland's general practitioners. *Primary Health Care Research and Development* 2005;6:320–32
81. Fisher P, Haselen R, Hardy K, Berkovitz S, McCarney R. Effectiveness Gaps : A New Concept for Evaluating Health Service and Research Needs Applied to Complementary and Alternative Medicine. *J Altern Complement Med N Y N* 2004;10:627-32.
82. Jarvis A, Perry R, Smith D, Terry R, Peters S. General practitioners' beliefs about the clinical utility of complementary and alternative medicine. *Prim Health Care Res Dev* 2015;16(3):246-53.
83. Bishop FL, Barlow F, Coghlan B, Lee P, Lewith GT. Patients as healthcare consumers in the public and private sectors : a qualitative study of acupuncture in the UK. *BMC Health Serv Res* 2011;11(1):129.
84. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional Medicine in the United States -- Prevalence, Costs, and Patterns of Use. *N Engl J Med.* 1993;328(4):246-52.
85. MacPherson H, Sinclair-Lian N, Thomas K. Patients seeking care from acupuncture practitioners in the UK : A national survey. *Complement Ther Med* 2006;14(1):20-30.
86. Eisenberg D, Kessler R, Van Rompay M, Kaptchuk T, Wilkey S, SM A, et al. Perceptions about Complementary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both. *Ann Intern Med* 2001;135:344-51.
87. Triadou P, Desjeux D, Lafont J-L, Martin O, Derien V, Fontaine A, et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (I) : la consultation d'acupuncture. *Acupuncture et Moxibustion* 2005;4(1):10-7
88. Frenkel MA, Borkan JM. An approach for integrating complementary– alternative medicine into primary care. *Fam Pract* 2003;20(3):324-32.
89. Perry RE, Dowrick CF, Ernst E. Complementary medicine and general practice in an urban setting : a decade on. *Prim Health Care Res Dev* 2014;15(3):262-7.
90. van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PAG. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care : the primary care workers' perspective. *Complement Ther Med* 2004;12(1):6-16.
91. Verhoef MJ, Mulkins A, Carlson LE, Hilsden RJ, Kania A. Assessing the Role of Evidence in Patients' Evaluation of Complementary Therapies : A Quality Study. *Integr Cancer Ther* 2007;6(4):345-53.
92. Hansen K. Attitudes to evidence in acupuncture: an interview study. *Med Health Care Philos* 2012;15(3):279-85.
93. Lipman L, Dale J, MacPherson H. Attitudes of GPs towards the provision of acupuncture on the NHS. *Complement Ther Med* 2003;11(2):110-4.
94. Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – A focus group study of GPs. *BMC Health Serv Res* 2008;8(1):127.

95. Frank R, Stollberg G. Medical acupuncture in Germany : patterns of consumerism among physicians and patients. *Sociol Health Illn* 2004;26(3):351-72.
96. Bishop FL, Massey Y, Yardley L, Lewith GT. How Patients Choose Acupuncturists : A Mixed-Methods Project. *J Altern Complement Med* 2011;17(1):19-25.
97. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care : Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Educ Couns* 2008;70(3):395-402.
98. Krug K, Kraus KI, Herrmann K, Joos S. Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany—comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners : a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med* 2016;16(1):409.
99. Foley H, Steel A, Cramer H, Wardle J, Adams J. Disclosure of complementary medicine use to medical providers : a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2019;9(1):1-17.
100. Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF. « They don't ask me so I don't tell them » : patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann Fam Med* 2009;7(2):139-47.
101. Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, et al. 'Trying to put a square peg into a round hole' : a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complement Altern Med* 2018;18(1):290.
102. Le Métayer C. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de gennevilliers/villeneuve-la-garenne : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. Thèse méd. Paris Diderot-Paris 7, faculté de médecine, 2016 : 79
103. Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire* 2008;n°649
104. Girer M. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. *Sci Soc Sante* 2014;Vol. 32(1):29-37.
105. Evans M et al. Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients : information-seeking roles and types of evidence used. *BMC Complement Altern Med* 2007;7(1):25.
106. Chung VCH, Ma PHX, Hong LC, Griffiths SM. Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care : Systematic Review of Qualitative Studies. *PLOS ONE* 2012;7(11):e50022.
107. Adler SR, Fosket JR. Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter : a qualitative study in women with breast cancer. *J Fam Pract* 1999;48(6):453-8.
108. Serrier J. Le recours à l'acupuncture en soins de support : motivations et attentes des patients atteints de cancer : étude qualitative à partir de 19 entretiens semi-directifs. Thèse méd. Lyon, faculté de médecine Lyon-Sud, 2017 : 114.

109. Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med* 1998;158(21):2303-10.
110. Wye L, Shaw A, Sharp D. Patient choice and evidence based decisions : The case of complementary therapies. *Health Expect* 2009;12(3):321-30.
111. Adler SR. Relationships among older patients, CAM practitioners, and physicians : the advantages of qualitative inquiry. *Altern Ther Health Med* 2003;9(1):104-10.
112. Bishop FL, Lewith GT. Patients' preconceptions of acupuncture : a qualitative study exploring the decisions patients make when seeking acupuncture. *BMC Complement Altern Med* 2013;13(1):102.
113. Gaboury I et al. Médecines alternatives et complémentaires. *Can Fam Physician* 2016;62(12):e767-71.
114. Münstedt K, Harren H, von Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine : Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* 2011;2011:790951.
115. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée» [29/10/2019]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
116. Bishop FL, Salmon C. Advertising, expectations and informed consent : the contents and functions of acupuncture leaflets. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc* 2013;31(4):351-7.
117. Chung VCH, Ma PHX, Lau CH, Griffiths SM. Developing Policy for Integrating Biomedicine and Traditional Chinese Medical Practice Using Focus Groups and the Delphi Technique. *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2012;2012:Article ID 149512, 11 pages.
118. Träger S. Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. *Jusqua Mort Accompagner Vie* 2016;125(2):11-6.
119. Batifoulier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Rev Francaise Socio-Econ* 2008;1(1):27-46.
120. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec* 2014;62(4):4-7.
121. Vallot S. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ? Une revue systématique de la littérature. *Exercer* 2019;(149):25-39.
122. Chambon O, Marie-Cardine M. Le thérapeute et la relation thérapeutique - Chapitre 3. *Psychotherapies* 2014;3e éd.:59-108.
123. Academic Consortium for Integrative Medicine and Health. About History [27/10/2019]. <https://imconsortium.org/members/member-listing/>
124. Centre Intégré de Médecine Traditionnelle Chinoise - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. DFASM1 [16/10/2019]. <http://www.medecinechinoise.aphp.fr/dfasm1/>

125. Observatoire des Médecines Non Conventionnelles. Organisation [20/10/2019]. http://omnc.unice.fr/?page_id=659
126. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les réseaux de santé [21/10/2019]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
127. Dellandréa A. Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. Thèse méd. Université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy, 2013 : 154.
128. Mission Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur. Annuaire des réseaux de santé (2009) [26/10/2019]. http://www.sirsepaca.org/pdf/090609_Annuaire.pdf
129. Binard Enacle H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse méd. Paris Nord, faculté de médecine de Bobigny, 2012 : 60
130. Ternisien G. Etat des lieux de l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée par les médecins généralistes libéraux de la Somme. Thèse méd. Picardie, faculté de médecine d'Amiens, 2018 : 148.131. RPMQ.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.fnmtc.fr/wp-content/uploads/2018/09/RPMQ.pdf>
132. Parent F. « Seuls les médecins se piquent d'acupuncture » ? Terrains Trav 2014;25(2):21-38. <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2014-2-page-21.htm>
133. European Traditional Chinese Medicine Association. World Acupuncture Day (WAD) and the World Scientific and Cultural Dialogue on Acupuncture (WSCDA) [24/10/2019]. <https://www.etcma.org/news/world-acupuncture-day-wad-and-the-world-scientific-and-cultural-dialogue-on-acupuncture-wscda/>
134. Wiese M, Oster C, Pincombe J. Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: A review of the literature. Health Lond Engl 1997;14:326-42.
135. The University Of Arizona. Andrew Weil Center for Integrative Medicine : What is Integrative Medicine ? [20/10/19]. <https://integrativemedicine.arizona.edu/about/definition.html>
136. Vohra S, Feldman K, Johnston B, Waters K, Boon H. Integrating complementary and alternative medicine into academic medical centers: Experience and perceptions of nine leading centers in North America. BMC Health Serv Res 2005;5(1):1-7.
137. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Médecines complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris [26/10/19]. <https://pitialespetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/134/files/2014/04/Rapport-M%C3%A9d-Compl-%C3%A0-IAP-HP.pdf>
138. Hollenberg D. Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. Soc Sci Med 2006;62(3):731-44.

10. ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES MALADIES, SYMPTÔMES ET CONDITIONS POUR LESQUELS L'OMS CONSIDERE QUE L'EFFICACITE DE L'ACUPUNCTURE A ETE PROUVEE DANS LES ESSAIS CLINIQUES ETUDIES (OMS, 2002)

Céphalées et migraines
Douleurs faciales incluant les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire,
Douleurs de genoux,
Lombalgie,
Cervicalgie,
Périarthrite de l'épaule,
Polyarthrite rhumatoïde,
Epicondylite du coude,
Entorse,
Sciatique,
Douleur dentaires et dysfonction temporo-mandibulaire,
Douleur postopératoire,
Colique néphrétique,
Epigastralgie aiguë (Ulcère gastroduodéal, gastrite aiguë et chronique),
Rhinite allergique (y compris le rhume des foins),
Les effets secondaires de la radiothérapie et / ou chimiothérapie,
Nausées et vomissements,
Conséquences d'accident vasculaire cérébral,
Dépression,
Hypertension artérielle essentielle,
Hypotension primaire,
Dysménorrhée primitive,
Induction du travail de l'accouchement,
Correction de la malposition du fœtus,
Nausées matinales de la grossesse,
Colique hépatique,
Dysenterie aiguë bacillaire,
Leucopénie.

**ANNEXE 2 : SYMPTOMES ET PATHOLOGIES POUR LESQUELS L'ACUPUNCTURE
AGIT SELON LE SNMAF (JANVIER 2019)**

Les douleurs, qu'elles soient aiguës ou chroniques (de 70 à 90 % de bons résultats)

1) - de la tête :

Migraines
Céphalées
Sinusite

2) - *Rachis* : (colonne vertébrale)

Cervicalgie
Dorsalgie
Lombalgie
Lumbago
Coccygodynie
Contractures des trapèzes
du carré des lombes...

3) - *Névralgies* :

Zona
Névralgie faciale
Névralgie d'Arnold
Névralgie cervico-brachiale
Névralgie intercostale
Pudendalgie
Syndrome du canal carpien
Cruralgie
Sciatique

4) - *Tendinites* :

Périarthrite de l'épaule et de la hanche
Epicondylite
Epitrochléite
Tendinite de Quervain
Tendinite rotulienne
Tendinite achilléenne

5) - *Arthrose* :

Douleurs des différentes articulations,
Douleur de la colonne vertébrale,
Rhizarthrose, hallux valgus,
Gonarthrose, coxarthrose

6) - *Arthrites* :

Polyarthrite chronique
Spondylarthrite ankylosante

7) - *Autres douleurs* :

Les entorses de cheville
La crise hémorroïdaire
Les jambes lourdes
Les crampes
Les jambes sans repos
La maladie de MORTON

Les autres pathologies

=> Les troubles neuro-végétatifs

Les douleurs digestives (estomac, colon)
Gastrite, colopathie, troubles du transit (constipation, diarrhées...)

Vésicule paresseuse, nausées, vomissements
Ballonnements
Vertiges paroxystiques bénins .

=> **Les allergies**

Asthme, eczéma, rhinite, conjonctivite

=> **ORL** : acouphènes, trachéite, rhinite, paralysie faciale

=> **Les états anxieux** qui accompagnent, déclenchent ou accentuent les diverses pathologies

Les petits états dépressifs, la fatigue, l'irritabilité

=> **L'insomnie** qu'elle soit d'endormissement ou survenant en cours de Nuit avec la fatigue

=> **Troubles génito-urinaires** :

énurésie, cystites, dysménorrhées, aménorrhées, syndrome pré menstruel, stérilité

=> **Les troubles de la ménopause** : irritabilité, fatigue, bouffées de chaleur

=> **chez la femme enceinte**

L'acupuncture est particulièrement indiquée du fait de la **contre-indication** des médicaments

Nausées et vomissements du 3ème mois

Rhinite

Lombalgies et sciatiques

Insomnie, anxiété

Préparation à l'accouchement du dernier mois;

Éversion fœtale

=> **Chimiothérapie** : les effets secondaires

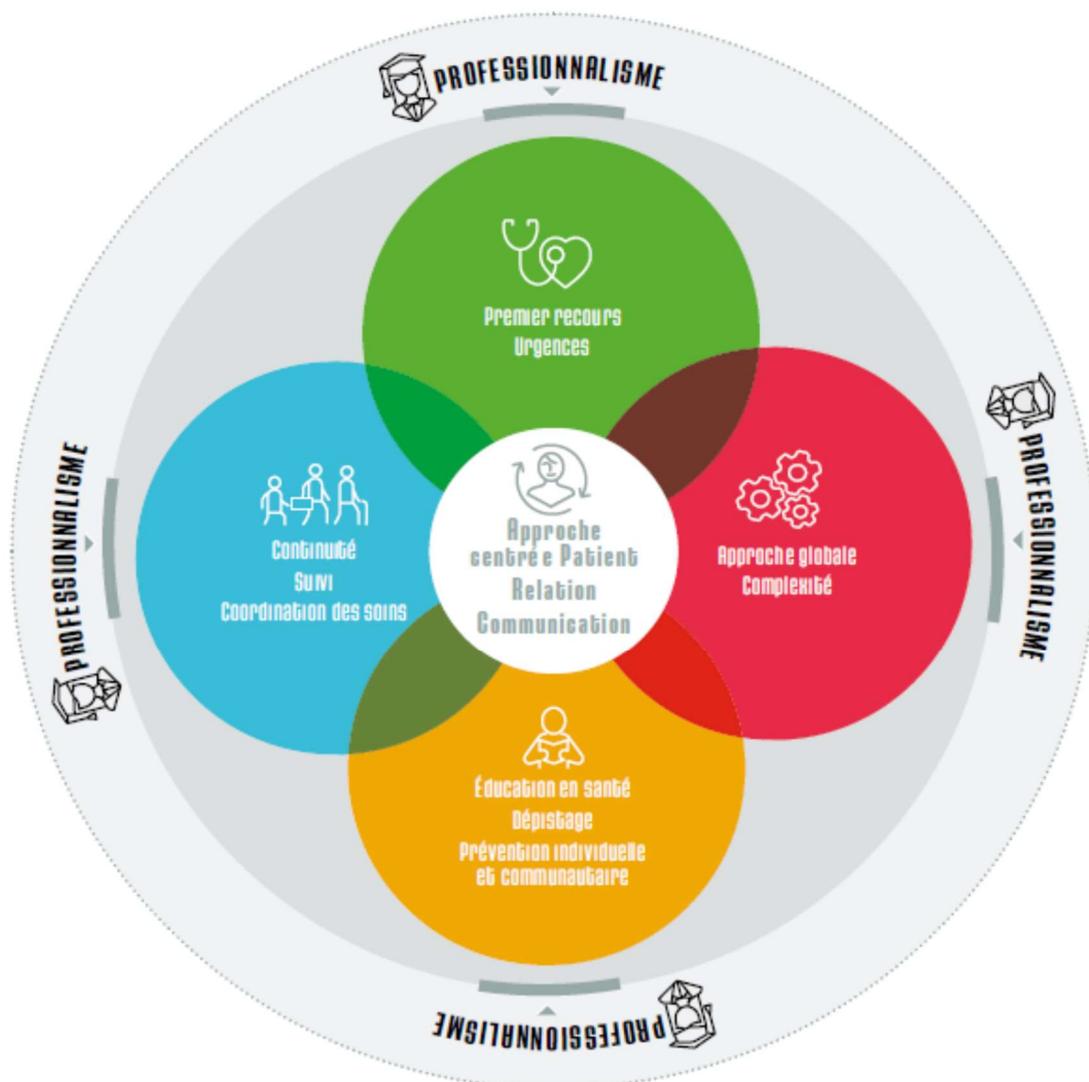
ANNEXE 3 : LISTE DES ACTIVITES LIBERALES DU CODE APE 8690F

Liste des activités libérales du code APE 8690F : Activités de santé humaine non classées ailleurs

Activités de conseil psychologique à vocation thérapeutique	PL	CIPAV
Activités des praticiens exerçant dans les domaines de l'homéopathie, etc.	PL	CIPAV
Psychanalyste	PL	CIPAV
Psychanalyste non médecin non diplômé , ou non médecin diplômé	PL	CIPAV
Psychologue	PL	CIPAV
Psychologue clinicien	PL	CIPAV
Psychomotricien	PL	CIPAV
Psychosociologue	PL	CIPAV
Psychotechnicien	PL	CIPAV
Sexologue (dont la formation initiale est médecin)	PL	CARMF
Sexologue (dont la formation initiale est sage femme)	PL	CARCD SF
Sexologue (dont la formation initiale est psychologue)	PL	CIPAV
Sophrologue (développement personnel) si exercé dans le cadre de la profession de médecin	PL	CARMF
Sophrologue (développement personnel) si exercé dans le cadre de la profession de sage femme	PL	CARCD SF
Sophrologue (développement personnel) si activité exclusive exercé indépendamment d'une activité médicale ou paramédicale	PL	CIPAV
Sophro-analystes si activité exclusive	PL	CIPAV
Sophrologue relaxologue	RSI groupe artisan	
Sophrologue énergéticien	RSI groupe commerçant	
Sophrologie et modelage	RSI groupe artisan	
Accompagnatrice non médical à la naissance Conseil en périnatalité Doula	RSI groupe commerçant	
Acupuncture non médecin	RSI groupe artisan	
Aide relationnelle	PL	CIPAV
Analyste comportemental (profession assimilée a celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Analyste psycho organique (profession assimilée a celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Argilothérapie	RSI groupe artisan	
Aromathérapie	RSI groupe commerçant	
Art-thérapeute (profession assimilée a celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Aurathérapie	RSI groupe commerçant	
Auriculothérapie	RSI groupe artisan	
Ayurveda	RSI groupe artisan	
Bio-énergéticien	RSI groupe commerçant	
Chromothérapie (profession assimilée a celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Coach en développement personnel	PL	CIPAV
Communication facilitée, psychophanie	PL	CIPAV
Communication profonde accompagnée (cpa)	PL	CIPAV
Digitopuncteur	RSI groupe artisan	
Diététicien	PL	CIPAV
Diététicien	PL	CARMF
Drainage lymphatique (non effectué par un kinésithérapeute)	RSI groupe artisan	

Energéticien	RSI groupe commerçant	
Equithérapie	RSI groupe commerçant	
Etiopathe	PL	CIPAV
Fascia pulsologue	RSI groupe artisan	
Graphothérapie	PL	CIPAV
Guérisseur	RSI groupe commerçant	
Holothérapeute	RSI groupe artisan	
Hypnose	RSI groupe commerçant	
Hypnothérapeute non médecin non diplômé non psychanalyste, non psychothérapeute, non psychologue	RSI groupe commerçant	
Iridologue	RSI groupe commerçant	
Irrigateur du côlon non médecin (hydrothérapeute) praticien de l'irrigation du côlon	RSI groupe artisan	
Kinésologue	RSI groupe artisan	
Lithothérapie	RSI groupe commerçant	
luxopuncture	RSI groupe artisan	
Magnétothérapie	RSI groupe commerçant	
Massothérapie	RSI groupe artisan	
Médecine traditionnelle chinoise	RSI groupe artisan	
Musicothérapeute (voir psychothérapeute)	PL	CIPAV
Naturopathe	PL	CIPAV
Oligothérapie	RSI groupe commerçant	
Olfactothérapie (rééducation neurologique)	RSI groupe commerçant	
Parapsychologue (non médical, avec conseil)	RSI groupe commerçant	
Phytothérapeute	RSI groupe artisan	
Chi	RSI groupe commerçant	
feng-shui	RSI groupe commerçant	
médecine chinoise (tuina) non médecin reconnu	RSI groupe artisan	
la méthode de grinberg	RSI groupe artisan	
Praticien non médecin de neurofeedback ou biofeedback	RSI groupe commerçant	
reiki	RSI groupe artisan	
Reikibunseki	RSI groupe artisan	
shiatsu	RSI groupe artisan	
méthode de libération des cuirasses	RSI groupe commerçant	
Energétique chinoise	RSI groupe commerçant	
Programmation neuro linguistique (profession assimilée a celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Psycho-énergéticien	RSI groupe commerçant	
Psychogénéalogie (profession assimilée à celle de psychothérapeute)	PL	CIPAV
Psychothérapeute (non médical)	PL	CIPAV
Psychothérapeute sophrologue (non médical)	PL	CIPAV
Qi gong	RSI groupe commerçant	
Radiésthésiste	RSI groupe commerçant	
Rebouteux	RSI groupe artisan	
Réflexologue	RSI groupe artisan	
Réflexologue plantaire	RSI groupe artisan	
Relation d'aide	PL	CIPAV

ANNEXE 4 : LES 6 COMPETENCES PRINCIPALES DU MEDECIN GENERALISTE



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Charte de professionnalisme : www.cnges.fr

ANNEXE 5 : GUIDES D'ENTRETIEN DES PATIENTS

GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux patients qui consultent en acupuncture.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Profession
- Milieu de vie
- Situation maritale
- Antécédents médicaux, traitements chroniques
- Durée de consultation en acupuncture (suivi)

Canevas d'entretien :

1) Qu'est-ce qui vous a amené à l'acupuncture ?

Ou bien : Comment êtes-vous arrivé à l'acupuncture ?

Comment s'est passé la première fois en acupuncture ?

2) Qu'est-ce que ça a modifié dans votre façon de vous soigner ?

Ou bien : Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis que vous consultez en acupuncture ?

3) Comment en avez-vous parlé à votre médecin généraliste ?

Qu'avez-vous pensé de sa réaction ?

4) Quelles relations entretiennent votre médecin généraliste et votre acupuncteur ?

Comment communiquent-ils ?

5) Comment vivez-vous cette relation ?

6) Dans l'idéal, comment vous aimeriez que ça fonctionne ?

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux patients qui consultent en acupuncture.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Profession
- Milieu de vie
- Situation maritale
- Antécédents médicaux, traitements chroniques
- Durée de consultation en acupuncture (suivi)

Canevas d'entretien :

1) Qu'est-ce qui vous a amené à l'acupuncture ?

Ou bien : Comment êtes-vous arrivé à l'acupuncture ?

Comment s'est passé la première fois en acupuncture ?

2) Qu'est-ce que ça représente pour vous l'acupuncture ?

3) Qu'est-ce qui fait que vous allez consulter votre acupuncteur ou votre médecin généraliste ?

Ou bien : A quel moment allez-vous plutôt consulter votre médecin généraliste ou plutôt votre acupuncteur ?

4) Qu'est-ce que ça a modifié dans votre façon de vous soigner ?

Ou bien : Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis que vous consultez en acupuncture ?

5) Comment en avez-vous parlé à votre médecin généraliste ?

Qu'avez-vous pensé de sa réaction ?

6) Quelle relation entretiennent votre médecin généraliste et votre acupuncteur ?

Que pensez-vous de cette relation ?

7) Comment vous aimeriez que ça se passe ?

ANNEXE 6 : GUIDES D'ENTRETIEN DES MEDECINS GENERALISTES

GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux médecins généralistes et leur rapport à l'acupuncture.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Durée d'exercice
- Pratique d'un exercice particulier
- Recours personnel à l'acupuncture

Canevas d'entretien :

- 1) Est-ce que vous vous rappelez une consultation où vous avez parlé d'acupuncture avec un patient ?
- 2) Comment vous ou vos patients venez à parler d'acupuncture en consultation ?
- 3) Comment vous réagissez quand un patient vous parle d'acupuncture ?
Qu'est-ce que vous dites à un patient qui vous parle d'acupuncture ?
- 4) Qu'est-ce que ça évoque pour vous le recours à l'acupuncture ?
Ou bien : Pourquoi les patients consultent-ils en acupuncture d'après vous?
- 5) Comment vous prenez en compte le fait que le patient consulte en acupuncture ?
Ou bien : Comment ça modifie votre prise en charge du patient ?
- 6) Qu'est-ce qui vous ferez conseiller ou pas l'acupuncture ?
Ou bien : Est-ce que vous auriez des craintes ou des motivations pour conseiller l'acupuncture ?
- 7) Qu'est-ce que vous pensez du fait que certains patients ne parlent pas de leur recours en acupuncture ?
- 8) Quelle relation avez-vous avec les acupuncteurs ?
Ou bien : Comment vous communiquez avec les acupuncteurs ?
- 9) Comment vivez-vous cette relation actuelle ? Comment vous aimeriez que ça se passe ?

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux médecins généralistes et leur rapport à l'acupuncture.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Profession
- Milieu de vie
- Situation maritale
- Antécédents médicaux, traitements chroniques
- Durée de consultation en acupuncture (suivi)

Canevas d'entretien :

- 1) Qu'est-ce que ça vous évoque l'acupuncture ?
- 2) Comment vous réagissez quand un patient vous parle d'acupuncture ?
Qu'est ce que vous dites à un patient s'il vous demande votre avis ?
- 3) Comment le fait de savoir que le patient consulte en acupuncture impacte votre prise en charge ?
- 4) Que pensez-vous du fait que les patients aient recours à l'acupuncture ?
- 5) Qu'est-ce que vous pensez du fait que certains patients ne parlent pas de leur recours en acupuncture ?
- 6) Que pensez-vous du fait que l'acupuncture puisse être pratiquée par des médecins et par des non-médecins ?
- 7) Quelle relation avez-vous avec les acupuncteurs ?
Comment vous communiquez avec les acupuncteurs ?
- 8) Comment vivez-vous cette relation actuelle ? Comment vous aimeriez que ça se passe ?
- 9) Que pensez-vous de la formation des médecins sur l'acupuncture ?

ANNEXE 7 : GUIDES D'ENTRETIEN DES ACUPUNCTEURS

GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux acupuncteurs et leur rapport avec la médecine générale.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Durée d'exercice
- Formation suivie
- Autre formation ou profession (kiné, ostéo...)
- Statut (médecin ou non-médecin)

Canevas d'entretien :

- 1) Quelles sont les raisons pour lesquelles un patient va venir vous consulter ?
- 2) Comment vous situez-vous dans la prise en charge d'un patient ?
Ou bien : Quelle place avez-vous dans le parcours de soin d'un patient ?
- 3) Comment vous situez-vous dans le système de santé en général ?
- 4) Quels sont vos rapports avec ce qui est fait en médecine générale ?
Comment est-ce que vous vous intéressez à ce qui est fait en médecine générale ?
- 5) Quelles sont vos relations avec les médecins généralistes ? Comment communiquez-vous ?
- 6) Qu'est-ce que vous pensez du statut actuel (médecins / non-médecins) de l'acupuncture en France ? Comment le vivez-vous ?
- 7) Comment vous aimeriez que ça se passe ? Avec les généralistes ? Concernant le statut des acupuncteurs ?

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Je suis chercheur en médecine générale et je réalise une thèse avec un autre chercheur. On s'intéresse aux acupuncteurs et leur rapport avec la médecine générale.

Merci d'avoir accepté cet entretien.

Tous les entretiens sont enregistrés, et entièrement anonymes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse c'est ce que vous pensez vous, votre ressenti personnel.

Recueil des données quantitatives :

- Age
- Profession
- Milieu de vie
- Situation maritale
- Antécédents médicaux, traitements chroniques
- Durée de consultation en acupuncture (suivi)

Canevas d'entretien :

- 1) Qu'est-ce qui vous a amené à pratiquer l'acupuncture ?
- 2) Comment vos patients sont-ils amenés à vous consulter ?
- 3) Quelles sont vos relations avec les médecins généralistes de vos patients ?
Quelles sont les difficultés pour communiquer avec les médecins généralistes ?
- 4) Comment est-ce que vous vous intéressez à ce qui est fait en médecine générale ?
Avez-vous déjà modifié une prise en charge de médecine générale ?
- 5) Que pensez-vous du statut de l'acupuncture en France ?
 - Quelle place occupe l'acupuncture dans le soin d'un patient ?
 - Que pensez-vous de la cohabitation de médecins et de non-médecins ?
- 6) Dans l'idéal comment vous aimeriez que ça se passe ?
- 7) Qu'est-ce que ça vous apporte dans votre pratique d'être (ou de ne pas être) médecin ?

GUIDE D'ENTRETIEN Focus-group

Merci pour votre participation, il s'agit d'une étude sur les relations entre l'acupuncture et la médecine générale.

Nous avons choisi de réaliser un entretien de groupe car cela nous permet de recueillir beaucoup de données. Pour cela, je vais vous poser quelques questions volontairement larges afin que vous puissiez vous exprimer le plus librement possible. Le but est d'avoir les opinions, les ressentis de chacun. Nous ne cherchons pas à établir un consensus mais à recueillir toutes les idées sur ce thème.

L'entretien sera enregistré sur dictaphone pour être analysé ensuite. Toutes les données sont anonymisées et détruites à la fin du travail de thèse.

Quelques consignes pour le déroulement de l'entretien : essayer de ne pas interrompre la personne qui à la parole, pour la prendre faire un signe de la main et attendre de l'avoir pour parler.

Canevas d'entretien :

- 1) Quelles sont les raisons pour lesquelles un patient vient vous consulter ?
- 2) En pratique, quelles sont vos relations avec les médecins généralistes des patients ?
Quels sont les obstacles pour communiquer avec eux ?
- 3) Dans l'idéal comment vous aimeriez que ça se passe ?
- 4) Que pensez-vous du statut de l'acupuncture en France ?
 - Quelle place occupe l'acupuncture dans le soin d'un patient ?
 - Que pensez-vous de la cohabitation de médecins et de non-médecins ?
- 5) Dans l'idéal comment vous imagineriez la pratique de l'acupuncture en France ?

ANNEXE 8 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES PATIENTS (1/2)

	SEXE	AGE (ans)	LIEU DE RESIDENCE	PROFESSION	DUREE DE SUIVI EN ACUPUNCTURE	ANTECEDENTS MEDICAUX	TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX
P1	F	61	Urbain	Juriste	10 ans	Hypothyroïdie	Levothyrox®
P2	H	63	Urbain	Retraité	10 ans	Acouphènes	-
P3	F	56	Urbain	Professeur Enseignement Supérieur	Pas de suivi	Hypertension artérielle	Coveram®
P4	F	65	Urbain	Pédiatre	Irrégulier	Tachycardie de Bouveret	-
P5	F	56	Urbain	Sophrologue	Irrégulier	Aucun	-
P6	H	85	Urbain	Retraité	10 ans	Cancer de la prostate, hypertension artérielle	Co-Tareg®
P7	F	59	Urbain	Retraîtée	Irrégulier	Hypertension artérielle	Co-Tareg®
P8	F	55	Semi-rural	Assistante administrative	Irrégulier	Capsulite rétractile	-
P9	F	87	Urbain	Retraîtée	Pas de suivi	Cancer du sein, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, hernie discale	Kardegic®
P10	F	61	Semi-rural	Retraîtée	25 ans	Cancer du sein	Tamoxifène®
P11	F	67	Urbain	Retraîtée	10 ans	Cancer de la thyroïde	Levothyrox®
P12	H	73	Urbain	Retraité	20 ans	Cancer de la prostate, rectite radique, lombalgies chroniques	Alfuzozine® Pentasa®
P13	F	65	Semi-rural	Retraîtée	25 ans	Cancer de la thyroïde	Levothyrox®
P14	F	56	Semi-rural	Aide soignante	30 ans	Hypothyroïdie	Levothyrox®
P15	F	48	Semi-rural	Professeure des écoles	4 mois	Syndrome dépressif, hypothyroïdie, colopathie fonctionnelle, tachycardie supra-ventriculaire, lombalgies chroniques	Fluoxétine® Propranolol® Levothyrox®

ANNEXE 8 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES PATIENTS (2/2)

	SEXE	AGE (ans)	LIEU DE RESIDENCE	PROFESSION	DUREE DE SUIVI EN ACUPUNCTURE	ANTECEDENTS MEDICAUX	TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX
P16	H	46	Urbain	Surveillant en foyer pour enfants	20 ans	Hyperfension artérielle, malformation intra médullaire congénitale	Valsartan®
P17	H	22	Rural	Etudiant	Irrégulier	-	-
P18	H	67	Semi-rural	Retraité	8 mois	Myélome multiple	Kardegic®
P19	F	59	Semi-rural	Secrétaire médicale	10 ans	Hypothyroïdie, méningiome, fibromyalgie	Levothyrox®
P20	F	25	Urbain	Assistante de projet	Pas de suivi	-	-
P21	F	47	Semi-rural	Sans emploi	Irrégulier	Syndrome occlusif, grossesse extra-utérine	-
P22	H	56	Rural	Chef d'entreprise	Irrégulier	-	-

ANNEXE 9 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS GENERALISTES

	SEXE	AGE (ans)	DUREE D'INSTALLATION (ans)	LIEU D'EXERCICE	FORMATIONS COMPLEMENTAIRES	ACCES AUX ACUPUNCTEURS	RECOURS EN ACUPUNCTURE
M1	F	35	4	Urbain	Homéopathie	Difficile	Non
M2	H	62	34	Rural	Hypnose	Difficile	Non
M3	H	43	11	Urbain	-	Difficile	Non
M4	F	42	11	Urbain	-	Difficile	Non
M5	F	45	20	Urbain	Addictologie	Facile	Non
M6	H	60	26	Semi-rural	Homéopathie	Très difficile	Oui
M7	H	32	4	Semi-rural	-	Difficile	Non
M8	F	52	21	Urbain	Hypnose Addictologie	Facile	Non
M9	F	32	2	Urbain	Addictologie	Facile	Oui
M10	H	62	30	Rural	-	Très difficile	Non
M11	H	60	31	Urbain	Homéopathie	Facile	Non
M12	F	53	26	Rural	-	Très difficile	Non
M13	H	66	36	Semi-rural	-	Très difficile	Non

ANNEXE 10 : CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES ACUPUNCTEURS

	SEXE	AGE (ans)	DUREE D'EXERCICE (ans)	DIPLOME MEDICAL	LIEU D'EXERCICE	FORMATION COMPLEMENTAIRE	FORMATION EN ACUPUNCTURE	TYPE D'ACTIVITE
F1	H	75	47	Non médecin	Semi-rural	MKDE Ostéopathe	Ecoles privées +Voyages en Chine	Libéral
F2	H	79	45	Non médecin	Urbain	MKDE Ostéopathe	Ecoles privées	Libéral
F3	F	54	15	Non médecin	Semi-rural	Non communiqué	Ecole privée	Libéral
F4	H	45	7	Non médecin	Semi-rural	Chimie pharmaceutique	Ecole privée	Libéral
F5	H	64	42	Non médecin	Urbain	MKDE	Ecole privée +Université chinoise	Libéral
A1	H	67	42	Non médecin	Urbain	MKDE Ostéopathe	Ecole privée + Voyages en Chine	Libéral
A2	H	37	7	Médecin généraliste	Urbain	-	D.I.U. + Ecole privée	Libéral
A3	F	51	20	Médecin généraliste	Urbain	-	D.I.U.	Libéral et hospitalier
A4	H	38	6	Médecin généraliste	Urbain	-	Capacité	Libéral
A5	F	65	31	Médecin généraliste	Urbain	-	Ecole privée (avant D.I.U.)	Libéral
A6	H	43	2	Non médecin	Semi-rural	-	Ecole privée	Libéral
A7	H	52	13	Médecin généraliste	Urbain	-	D.I.U.	Libéral et hospitalier
A8	F	38	8	Non médecin	Urbain	Non communiqué	Ecole privée	Libéral
A9	F	38	2	Médecin généraliste	Urbain	-	Capacité	Libéral
A10	H	60	29	Médecin généraliste	Urbain	-	D.I.U.	Libéral

Fiche 4-1

Dix conseils pour se protéger de la dérive sectaire

5 bonnes questions

- Le praticien promet-il la résolution de tous les problèmes rencontrés grâce à une méthode « novatrice et révolutionnaire » ?
- Le praticien qualifie-t-il mon enfant de « spécial » ou d'« exceptionnel » ?
- Le praticien critique-t-il ce qu'il nomme la « médecine conventionnelle » et le recours aux médicaments ?
- Le praticien critique-t-il ma famille, mes amis ou encore les services de l'État en charge de la santé ?
- Le praticien me propose-t-il à moi, ou à d'autres membres de la famille, de suivre également une thérapie avec lui ?

5 bonnes réactions

- Se méfier des solutions « miracle », souvent coûteuses, et/ou impliquant des séances nombreuses et rapprochées.
- Être attentif à tout changement important de comportement de l'enfant ou d'un proche.
- Ne pas s'isoler, ni isoler l'enfant dans une relation exclusive avec le « praticien ».
- En parler autour de soi et auprès des pédiatres, médecins, et autres professionnels de santé.
- En cas de doute, ne pas attendre qu'il soit trop tard pour interroger la Miviludes : www.derives-sectes.gouv.fr ou miviludes@pm.gouv.fr

ANNEXE 12 : MATRICE DES COMPETENCES PROPOSEE PAR LE CFMTC

Matrice des Compétences du praticien en Médecine Traditionnelle Chinoise Agréée CFMTC	Dimension contextuelle						
	Compétences professionnelles						
	Compétences fonctionnelles						
	Les compétences génériques	Les compétences spécifiques	Les compétences scientifiques	Les compétences relationnelles	Les compétences éthiques	Les compétences relatives à la réglementation	Les compétences organisationnelles
Développer une vision critique de la profession							
Analyser l'état de santé selon les principes de la MTC							
Construire un plan de traitement conforme aux principes de la MTC							
Choisir des méthodes d'intervention liées à la MTC							
Évaluer la situation clinique sous l'angle des sciences occidentales							
Faire des liens entre les problèmes de santé et les divers types d'intervention en sciences occidentales							
Situer l'action de la MTC en regard des sciences occidentales							
Situer la MTC en regard des sciences occidentales							
Établir une relation thérapeutique constructive							
Agir en fonction d'un système de valeurs propre au contexte de la pratique							
Conformer sa pratique aux lois et aux règlements qui encadrent l'exercice de la profession							
Administrer une pratique clinique en cabinet de MTC							
Aménager un environnement clinique confortable et sécuritaire							
Optimiser son intervention clinique							
Effectuer la collecte des données							
Interpréter les données recueillies							
Planifier l'intervention							
Appliquer le protocole d'intervention							
Faire le suivi de l'intervention auprès du client							
Favoriser la responsabilisation du client dans la prise en charge de sa santé							
Interagir avec divers intervenants dans un contexte professionnel							
Situer l'état de santé du client dans l'ensemble de sa relation au monde							

Source : Grille développée par l'ordre des acupuncteurs du Québec

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION :

Le recours aux thérapies complémentaires, dont l'acupuncture, est un phénomène de plus en plus fréquent chez les patients suivis en médecine générale. Cela implique une adaptation des médecins généralistes et des patients à de nouveaux intervenants dans le parcours de soins du patient. Les interactions particulières entre les trois acteurs ont été peu étudiées.

OBJECTIF :

Explorer les représentations et modes de fonctionnement des acteurs au sein de la relation triangulaire médecin généraliste, patient, acupuncteur.

MATERIEL ET METHODE :

Etude qualitative. Recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients, médecins généraliste et acupuncteurs selon un guide d'entretien évolutif. Réalisation d'un focus-group dans la population des acupuncteurs. Echantillonnage en variation maximale. Double codage des données et analyse selon la méthode de la théorisation ancrée avec modélisation des résultats.

RESULTATS :

22 patients, 13 médecins généralistes et 15 acupuncteurs (7 médecins et 8 non-médecins) ont participé à l'étude.

Les patients avaient recours à l'acupuncture en complément de l'allopathie. Ils choisissaient ou étaient contraints d'être les intermédiaires exclusifs entre médecins généralistes et acupuncteurs. Le vécu de cette position variait selon les patients.

Le manque de connaissance de l'acupuncture par les médecins généralistes induisait des représentations variées sur la pratique (crainte, scepticisme, confiance). Ils devaient s'adapter à ce recours choisi par leur patient, en prenant en compte trois facteurs : le rôle du patient, la communication avec les acupuncteurs, et leur rôle de médecin généraliste.

Les acupuncteurs soulignaient la complémentarité de leur pratique, son utilité, ainsi que la méconnaissance à son égard. Ils faisaient des efforts pour promouvoir l'acupuncture mais se heurtaient à des obstacles (scepticisme, difficulté de communication) qui impactaient leurs modes de fonctionnement, et les isolaient du parcours de soins. Une majorité d'entre eux trouvait le cadre de pratique inadapté (médecins et non-médecins) et souhaitait une évolution de la situation de l'acupuncture en France.

CONCLUSION :

Les difficultés d'interactions induisent un éclatement du parcours de soin du patient. Dans ce système cloisonné, la trop grande autonomie du patient le rend vulnérable.

L'ensemble des participants souhaite un changement pour une meilleure intégration de l'acupuncture. Pour les patients, plus de communication entre les soignants et avec leur médecin généraliste ; pour les médecins généralistes, plus de formation et d'informations sur l'acupuncture ; pour les acupuncteurs, plus de reconnaissance de leur pratique.

MOTS-CLES :

Relation médecin-patient, représentations, parcours de soin, médecins généralistes, acupuncteurs