

Anne Odile de La Fortelle

Observation d'omnipraticiens acupuncteurs : tension entre dissociation et intégration de deux systèmes médicaux (1). *Enjeux identitaires et contexte des années 1970-1980*

Résumé : La spécificité des omnipraticiens-acupuncteurs est de mobiliser deux systèmes médicaux, biomédecine et médecine traditionnelle chinoise, caractérisés par des représentations, des croyances, et des comportements individuels et collectifs spécifiques. Médecins et institutions naviguent dans un espace caractérisé par la tension entre l'intégration et la dissociation de ces deux systèmes médicaux, afin d'accéder à une légitimité à différents niveaux. Issu d'un travail de thèse de médecine générale, cet article a pour objectif de présenter une ethnographie de la pratique de ces médecins « hybrides », à partir d'une enquête par observation participante. Après analyse des déterminants de leurs itinéraires professionnels, la consultation sera disséquée afin de comprendre ses rouages et le mode d'intégration de la dualité des références théoriques à chacune de ses étapes. Enfin, l'observation rapprochée des interactions médecin-patient permettra d'identifier certains points remarquables de la relation que procure la particularité de cette pratique. **Mots clés :** MEP - acupuncture - médecine traditionnelle chinoise - médecine alternative - médecine complémentaire - médecine non-conventionnelle - représentations - système médical - ethnographie - observation participante.

Summary: The specificity of acupuncturist-general practitioners is to mobilize two medical systems, bio-medicine and traditional Chinese medicine; which are characterized by representations, beliefs, as well as individual and collective specific behaviors. Practitioners and institutions navigate a space that is characterized by tensions between integration and dissociation of these two medical systems, with the ends of achieving varying levels of legitimacy. Taken from a general medicine thesis, this article presents an ethnography of the practices of these "hybrid" doctors, using participant observation as the primary methodology. After having analyzed the determiners of their professional itinerary, the consultation is dissected in order to understand its machinery and how the duality of theoretical references is integrated at each stage. Finally, observation of the interaction between doctor and patient will permit us to identify some distinctive features of this particular practice. **Keywords:** acupuncture - traditional Chinese medicine - alternative medicine - complementary medicine - CAM - unconventional medicine - representations - medical systems - ethnography - participant observation.

Introduction

L'acupuncture, pratiquée aujourd'hui en France par 5,3 % des médecins généralistes¹ [1], émerge dans les années 1970 en tant que discipline médicale scientifique alors qu'elle se structure peu à peu pour devenir un segment officiel de la profession médicale, dont l'événement marquant sera l'entrée à l'université en 1987. La spécificité de ces Médecins à « Exercice Particulier » est de mobiliser deux systèmes médicaux, ou, comme le définit I. Press [2], deux corpus de valeurs et de pratiques délibérées gouvernés chacun par un paradigme² de signification, identification, prévention et traitement de la maladie, et qui se trouvent en interrelation. Le premier, la biomédecine, est le système dominant et le plus légitime aujourd'hui en Occident. Le second, la médecine chinoise, est également une médecine « totale » c'est-à-dire diagnosti-

que et thérapeutique, qualifiée de « non-conventionnelle ». Cette marginalité s'inscrit dans le processus historico-culturel qui a déterminé les règles de validité des connaissances en occident.

Ces médecins vont faire référence, dans leur pratique, à un bagage théorique double : la médecine positiviste, déterministe et expérimentale, et l'acupuncture, née d'une lecture empirique et cosmologique du monde et de l'être humain dans le cadre d'un système philosophique traditionnel, mais modernisé et standardisé en Chine dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Ces deux façons, conceptuelle et symbolique, de penser la réalité ainsi que la finalité du vivant, présentent des contradictions d'ordre épistémologique³. Lorsque l'on étudie les représentations de la maladie qui en découlent, à partir des modèles de F. Laplantine, on obtient une opposition quasi parfaite⁴ (tableau I) [3].

Tableau I. Dualité système biomédical et médecine Chinoise.

Système Biomédical	Médecine chinoise
Ontologique Dualité santé-maladie Maladie = positivité ennemie et étrangère Notion d'Espace prédominante (structure)	Fonctionnel Deux aspects d'une même réalité Maladie = rupture d'équilibre, dysharmonie Notion de temporalité prédominante (mouvement, rythme, mise en relation)
Exogène Attaque externe Conflit Médecine curative : contre-attaque	Endogène Dérèglement de constitution Rupture d'équilibre avec l'environnement Médecine préventive : conservation d'un équilibre
Addition Maladie positivité indésirable Action thérapeutique : soustraction	Excès/défaut Maladie excès ou défaut du « même » (l'organisme) Action thérapeutique : régulation
Maléfique Non-sens radical, hasard, mal absolu déviance biologique	Bénéfique Sens : exprime un déséquilibre

Comment ces médecins « hybrides » compartimentalisent-ils les différents éléments issus de ces deux systèmes dans un système cognitif cohérent afin de définir ou de stabiliser leur pratique individuelle ?

En amont, les croyances et représentations du médecin sur le plan médical, philosophique et parfois spirituel vont jouer un rôle majeur. Elles sont elles-mêmes influencées par les croyances et représentations du groupe des médecins acupuncteurs, et nourries par une histoire institutionnelle dominée par la recherche de légitimité.

Ces médecins ont été l'objet d'un travail de recherche par observation participante, dans le cadre de ma thèse de médecine générale, codirigée par G. Bloy, sociologue, et A. Simavonian, médecin généraliste, présidée par le Pr. Lazarus et soutenue à Bobigny (93) en septembre 2010.

La méthodologie de ce travail a consisté en 2007, au cours de mon internat de médecine générale, en une enquête d'observation, en France, de six médecins formés à l'université biomédicale puis à l'acupuncture,

installés entre 1977 et 1990, et associant les deux médecines dans des proportions variables. Le recrutement a été fait dans une recherche de diversité de secteur et de lieu d'installation, de type de formation en acupuncture. Les temps d'observation ont été de deux jours à une semaine pour chaque médecin, soit environ 350 consultations en totalité. Les différents acteurs ont été anonymisés.

Ma connaissance de l'acupuncture s'est également nourrie de lectures, de participation à des congrès, ainsi que d'une première année de DIU.

Le choix de l'observation, plutôt que des entretiens seuls ou des questionnaires, a été motivé par la nécessité d'accéder à la fois aux discours et aux pratiques, partant du présupposé que les discours des médecins sur leurs pratiques peuvent correspondre à une pratique idéalisée plutôt qu'à une réalité.

Avant de décrire, dans un second article, la pièce qui se joue dans le cabinet d'un omnipraticien acupuncteur contemporain, j'ai souhaité comprendre les déterminants de son choix professionnel dominant : d'où provient ce désir de compléter sa formation initiale, et pourquoi précisément l'acupuncture ; comment intervient la notion d'identité professionnelle, en rapport avec les convictions intimes du médecin ?

Malaise du médecin généraliste : l'orientation vers les médecines alternatives comme stratégie de rétablissement professionnel

L'ensemble du contexte médical, politique et social des années 1970-80 en France constitue un terreau particulier qui a favorisé l'émergence et la prolifération des médecines non-conventionnelles, dont l'acupuncture.

La demande évolue

Dans les années 1970 émerge un fort mouvement de contestation de la médecine conventionnelle, spécialisée et technique. Ces idées contestataires ne sont ni nouvelles ni spécifiquement françaises : elles existent depuis deux siècles, enracinées dans des écoles de pensée qui se sont succédées depuis Platon, et véhiculées dans le champ médical par le vitalisme au XVIII^{ème} siècle, l'ho-

méopathie puis le néo-hippocratismes dans les années 1930. Cependant, ce mouvement prend une ampleur sociale importante dans les années 1970, et s'inscrit dans une sensibilité plus large de contestation de la société industrielle. L'acupuncture, comme d'autres médecines alternatives, répond à ces nouvelles attentes, proposant une prise en charge holistique et individualisée.

Parallèlement, la médicalisation de la société augmente avec son industrialisation, le système de protection sociale apparaît. On peut alors se préoccuper de questions qui jusque-là étaient occultées, notamment les problèmes d'ordre psychosociaux, l'hygiène de vie, et se constituer un « capital santé », dans une société où il faut être de plus en plus compétitif.

Devant l'apparition de demandes qui n'appartiennent pas au paradigme biologique pour lequel il a été formé, le médecin généraliste va devoir élaborer des stratégies : pour certains ce sera une formation complémentaire en acupuncture.

Explosion de la démographie médicale

Dans les années 1970 et 1980, la démographie médicale explose⁵ [4]. Il faut, devant cette concurrence nouvelle, se différencier pour « attirer le client » [5] : de façon purement marchande, certains médecins vont se tourner vers le créneau potentiellement rentable que constituent les médecines non conventionnelles.

Par ailleurs, cette nouvelle disponibilité de l'offre de soins autorise la pratique d'une médecine avec une temporalité plus lente, un accent mis sur le relationnel et l'accompagnement, ce qui ouvre encore une fois la place pour les médecines non conventionnelles [6].

En même temps s'ouvre le secteur 2, à honoraires libres⁶, qui attire majoritairement, au sein des omnipraticiens, les Médecins à Exercice Particulier, soit en majorité des acupuncteurs et homéopathes⁷.

La pratique d'une médecine alternative ou complémentaire permet également pour certains d'« adoucir » contraintes et désagréments liées à l'exercice habituel de la médecine générale en soin primaire : être dispensé de participer au tour de garde, éviter les urgences venant perturber l'organisation des consultations de la journée, sortir du modèle de « médecine à la chaîne »,

sélection sa clientèle... Phénomène qui coïncide avec la féminisation croissante des omnipraticiens, et marque un infléchissement du modèle de disponibilité traditionnel aux patients.

Dans ces années-là, la formation spécifique en médecine générale est inexistante ou balbutiante : se lancer dans l'inconnu au sortir de l'hôpital peut faire peur, ce qui explique pour certains le besoin de reprendre une formation complémentaire.

Développement de l'hôpital public

L'hôpital public se développe, la médecine devient de plus en plus technique et spécialisée, et le médecin généraliste, dont le travail n'est pas valorisé par ses pairs, se retrouve en bas de la pyramide hiérarchique de la profession médicale. Afin de retrouver une légitimité, il se démarque du reste de la profession médicale en se réclamant de la relation médecin-malade et en cherchant son identité du côté des sciences humaines ou sociales. Compléter sa formation universitaire par un diplôme de médecine non-conventionnelle permet de trouver dans un nouveau segment professionnel de nouveaux modes de légitimation.

Les recommandations de bonne pratique

Enfin, l'apparition d'une tarification conventionnelle et le développement de recommandations de bonne pratique, à partir des années 1970, génère une sensation de perte d'autonomie chez les médecins généralistes, le terme autonomie signifiant ici, au sens défini par Freidson [7], le droit acquis par une profession d'exercer le contrôle sur son propre travail.

En s'orientant vers une pratique non-conventionnelle, le médecin échappe, avec le secteur II, à la tarification conventionnelle, ainsi qu'au contrôle de l'élite médicale hospitalo-universitaire. Il se réapproprie le savoir par une réflexion diagnostique et thérapeutique individualisée et non protocolisée.

Un malaise démographique, idéologique et opérationnel, va donc générer, pour certains, un besoin de « réenchâtement professionnel », selon l'expression de Françoise Bouchayer [8], qui va s'opérer dans différentes sphères : pragmatique et sociale, comme nous

venons de le voir, mais également idéologique : il s'agit de faire correspondre son savoir et sa pratique à ses convictions intérieures.

Elaborer son identité et son univers professionnel

Il a été démontré par l'Observatoire de la Médecine Générale que près des trois quarts des motifs de consultation en médecine générale ne correspondent pas à un tableau de maladie ou à un diagnostic certifié par la science biomédicale [9]. Les plaintes non objectivables, les maladies impossibles à diagnostiquer, majoritaires, sont généralement qualifiées de troubles « fonctionnels », en opposition aux pathologies lésionnelles ou organiques, visibles et localisables. À l'inverse, l'hôpital soigne une majorité de pathologies lésionnelles. Or, d'une part les médecins généralistes sont encore principalement formés à l'hôpital pour gérer des pathologies organiques, et d'autre part, la biomédecine accorde peu de valeur aux plaintes fonctionnelles car elles n'entrent pas dans le cadre du modèle épistémologique dominant : la représentation « ontologique », visible et localisable, de l'étiologie de la maladie. L'omnipraticien, s'il souhaite s'y intéresser, devra alors partir à la recherche d'outils complémentaires.

Sur un plan théorique, pour les Chinois, la maladie, avant de s'exprimer physiquement, se développe en amont, à un niveau plus subtil, par l'altération de la circulation de *qi*, ou souffle vital, dans les Méridiens. La répétition ou la pérennisation de cette perturbation localisera ensuite la maladie dans l'organe, et elle deviendra visible. Une perturbation qui n'est pas visible mais cependant perceptible n'est pas irréaliste, mais simplement non encore manifestée sous sa forme visible. Maladies fonctionnelles et organiques sont donc de même nature ; lorsque la pathologie imprime la matière c'est qu'elle est déjà bien évoluée. Or, la médecine chinoise cherche à maintenir un équilibre avant qu'il n'existe une expression physique du déséquilibre éventuel, c'est-à-dire avant qu'il ne soit trop tard.

Le principe psychosomatique, ou lien étiologique fort entre psyché et soma⁸, rassemble l'acupuncture et une

partie des sciences humaines comme la psychologie ou la psychanalyse, en accordant une place importante à la réalité subjective du patient dans la genèse de la maladie et le processus de guérison.

Or, tous les médecins que j'ai observés ont décrit dans leurs discours un lien façonné au cours de leur parcours professionnel, d'une manière plus ou moins formelle et directe, avec cette façon de penser la maladie et la santé : participation à des groupes Balint, stage d'interne en psychiatrie, période d'hésitation pour une carrière de psychiatre, insatisfaction vis à vis des médicaments psychotropes, participation à un DU de psychosomatique, psychanalyse personnelles, pratique de la psychothérapie : les liens qu'ont ces médecins avec l'acupuncture s'entremêlent avec une affinité pour les théories psychanalytiques ou psychosomatiques.

Dans cet échantillon réduit, la question d'un éventuel biais de sélection se pose. Je crois cependant que ceci concerne une majorité des médecins acupuncteurs, car d'une part la psychanalyse imprègne fortement la culture des généralistes de cette génération, et d'autre part sur le plan conceptuel, les représentations de la maladie en acupuncture et en psychanalyse sont très proches : fonctionnelle, endogène et signifiante. En psychanalyse, et particulièrement chez Balint qui a énormément influencé la médecine générale en France, on trouve cette même notion de stade inorganisé puis organisé de la maladie, autrement dit de continuum entre maladies fonctionnelles et organiques et une attention toute particulière donnée à la prise en charge de la maladie fonctionnelle.

La référence théorique « psychosomatique » des médecins observés est à l'intersection des deux théories médicales, psychanalyse et théorie médicale chinoise, de leurs grilles symboliques permettant de décoder la réalité objective ou subjective de la maladie. Fonctionnant sur des représentations étiologiques assez proches, celles-ci peuvent être mobilisées alternativement, se superposer ou se potentialiser l'une et l'autre pour décrypter la réalité clinique et répondre à la demande.

La théorie analytique, dont notre culture française est fortement imprégnée, joue un rôle de « catalyseur » du

processus d'acculturation et d'intégration de la médecine chinoise en France, en complément d'une culture profane de la maladie et de la santé toujours imprégnée de médecine humorale et de ses formes plus récentes (vitalisme, néo-hippocratismes).

En amont, les croyances personnelles des médecins vont déterminer l'attachement à la vision du monde proposée par la pensée chinoise et l'acupuncture, c'est à dire une vision du monde qui souhaite être totalisante. Dans mon échantillon de médecins, cinq (sur six) ont un vif intérêt pour les théories chinoises traditionnelles, avec pour la plupart des croyances ou pratiques spirituelles spécifiques.

La description de leur rencontre ou de leur choix d'orientation en acupuncture est imprégnée d'une dimension de séduction, révélation, souvent marquée d'une forte valeur symbolique. Dans la pratique, les convictions personnelles transpirent dans la posture relationnelle que cherche à avoir le médecin, les explications qu'il donne au malade sur le sens de sa maladie. Enfin, l'appartenance à une communauté professionnelle balise efficacement cette altérité de « médecin différent » : sociétés savantes, groupes de travail orientés vers ces préoccupations, références, conseils de lecture et de mode de vie.

L'univers professionnel a donc pour ces médecins une portée qui dépasse la sphère proprement médicale, s'ouvrant à celle du philosophico-culturel et du spirituel, incluant la dimension relationnelle et l'approche symbolique ou psychosomatique. Ils rejettent la séparation moderne de la technique et du communautaire traditionnel, et assument la nécessité de partage des mêmes symboles et croyances, d'une même recherche de sens.

Dans deux prochains articles, je présenterai une ethnographie proprement dite de ces médecins : au cours de la consultation, comment l'omnipraticien acupuncteur associe-t-il en pratique les deux médecines ? Cette intégration se fait-elle de façon « synthétique », ce qui impliquerait une réelle incorporation des éléments de chacun des deux systèmes médicaux, ou résulte-t-elle de la juxtaposition de ces théories et pratiques ? Quelles sont les spécificités de la relation thérapeutique, et quelle place prend le toucher dans la consultation ?



Dr Anne Odile de La Fortelle

✉ afortelle@hotmail.com

Conflit d'intérêts : aucun

Notes

1. Médecins libéraux et salariés inscrits au répertoire ADELI avec redressement.
2. Le terme « paradigme », introduit par T. Kühn, désigne l'ensemble des croyances, valeurs et techniques qui sont partagées par les membres d'une communauté scientifique, au cours d'une période de consensus théorique. Il est généralement élargi en sciences sociales à toute connaissance, scientifique ou non.
3. L'abstraction, l'isolement pour l'étude des phénomènes de leur contexte systémique et spatiotemporel, se démarque de l'analogie, basée sur un système subtil de correspondance et d'interrelation entre les éléments d'une réalité indivisible, le symbole constituant la médiation entre le perceptible et l'imperceptible. Les principes fondateurs de notre logique occidentale, causalité et auto-exclusion des contraires, n'existent pas dans une pensée chinoise tournée vers la notion de manifestation d'un principe originel où tout est indifférencié et d'où émerge un monde qui s'auto-engendre et s'auto-transforme en permanence de façon spontanée.
4. Tableau comparatif réalisé en s'appuyant sur le modèle opératoire décrit par F. Laplantine, et particulièrement des quatre grands couples de modèles de représentation de l'étiologie de la maladie.
5. Augmentation de 76% des médecins généralistes libéraux entre 1975 et 1990, alors que l'accroissement de la population générale est seulement de 4,5%. Les consultations externes des hôpitaux se développent parallèlement, leur nombre doublant entre 1973 et 1979.
6. Lors de la signature de la convention médicale de 1980.
7. Remarquons cependant que leurs revenus sont en moyenne inférieurs à ceux des médecins généralistes ayant choisi le secteur 1.
8. Plus largement, Haynal et Pasini définissent la psychosomatique comme « l'approche englobant la totalité des processus intégrés de transaction entre plusieurs systèmes : somatique, psychique, social et culturel ».

Références

1. Sicart D. Les médecins. Estimations au 1er janvier 2008. Série Statistiques, Document de travail, n°127. Octobre 2008. DREES.
2. Press I. Problems in the definition and classification of medical systems. Soc Sci Med [Med Anthropol]. 1980 Feb;14B(1). p 47.

3. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Bibliothèque scientifique Payot. Paris. 1986.
4. Données SNIR de la CNAMTS
5. Aïach P, Fassin D, Saliba J. Crise, pouvoir et légitimité. In Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris, Anthropos-Economica, 1994. p 29.
6. Karsenty S. Les médecines différentes dans le système de santé français. Revue Etudes. 1986;365:339.
7. Freidson. La profession médicale. Paris: Payot; 1984. p 81.
8. Bouchayer F. Les voies du réenchantement professionnel. In Aïach P, Fassin D. Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Paris: Anthropos-Economica; 1994. p.201.
9. Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des Résultats de Consultation. Documents de recherche en médecine générale n° 62. Paris: Décembre 2005. p 10.



Institut Nguyen Van Nghi

Livres et traités de Nguyen Van Nghi

Informations : Christine Recours-Nguyen

Tél. 04.96.17.00.30. Fax 04.96.17.00.31

Collection des Grands Classiques de la Médecine Traditionnelle

Traduction et Commentaires

Huangdi Neijing Suwen

SW 1	Tome 1	65.00 €
SW 2	Tome 2	65.00 €
SW 3	Tome 3	90.00 €
SW 4	Tome 4	90.00 €

Huangdi Neijing Lingshu

LS 1	Tome 1	99.00 €
LS 2	Tome 2	99.00 €
LS 3	Tome 3	99.00 €

Mai Jing

“Mai Jing, classique des pouls de Wang Shu He”

MJ	1 volume	104.00 €
----	----------	----------

Shang Han Lun

“Maladies évolutives des 3 Yin et des 3 Yang (selon Shanghan Lun de Zhang Zhongjing)”

SHL	1 volume	88.00 €
-----	----------	---------

Zhen Jiu Da Cheng.

“Art et pratique de l'Acupuncture et de la moxibustion (selon Zhen Jiu Da Cheng)”

DC 1	Tome 1	55.00 €
DC 2	Tome 2	66.00 €
DC 3	Tome 3	90.00 €

Médecine traditionnelle

Médecine traditionnelle chinoise

MTC	1 Volume	138.00 €
-----	----------	----------

Sémiologie et thérapeutique en médecine énergétique orientale

ST	1 Volume	59.00 €
----	----------	---------

Pharmacologie en médecine orientale

PH	1 Volume	83.00 €
----	----------	---------

Port :

France : franco de port

Etranger : ajouter 10 € par livre

Commandes : Editions NVN,
27, bd d'Athènes, 13001 Marseille.

Règlement :

Chèque bancaire

Mandat postal International

Virement au profit du compte :

IBAN: FR76 3007 7010 01 00 0010 0147 L38

ADRESSE SWIFT: SMCTFR2AXXX