



HAL
open science

**La médecine chinoise dans la pratique médicale en
France et en Italie, de 1930 à nos jours.
Représentations, réception, tentatives d'intégration**

Lucia Candelise

► **To cite this version:**

Lucia Candelise. La médecine chinoise dans la pratique médicale en France et en Italie, de 1930 à nos jours. Représentations, réception, tentatives d'intégration. Histoire. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2008. Français. NNT: . tel-00643428

HAL Id: tel-00643428

<https://theses.hal.science/tel-00643428>

Submitted on 21 Nov 2011

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.

École des Hautes Études en Sciences Sociales
École doctorale : Histoire et civilisation
Co-tutelle avec l'Université Milano-Bicocca

LUCIA CANDELISE

**La médecine chinoise dans la pratique médicale en
France et en Italie, de 1930 à nos jours. Représentations,
réception, tentatives d'intégration**

Thèse présentée sous la direction de

Françoise SABBAN

Directrice d'études à l'EHESS

Mara TOGNETTI

Professeur à l'Université Milano-Bicocca

TOME I

DECEMBRE 2008

École des Hautes Études en Sciences Sociales
École doctorale : Histoire et civilisation
Co-tutelle avec l'Université Milano-Bicocca

LUCIA CANDELISE

**La médecine chinoise dans la pratique médicale en France et en
Italie, de 1930 à nos jours. Représentations, réception, tentatives
d'intégration**

Jury :

Françoise Sabban Directrice d'études à l'EHESS,
Mara Tognetti Professeur à l'Université Milano-Bicocca,
Catherine Despeux Professeur des Universités à l'INALCO,
Claudia Mattalucci Università Milano-Bicocca,
Paul U. Unschuld Professeur à la Berlin Medical University

Ma thèse n'existerait pas si je n'avais pu compter sur l'appui et le soutien de mes directeurs. Madame Françoise Sabban qui, malgré son absence en France pendant cinq ans, a toujours été présente en suivant de près l'évolution de mon travail. Monsieur Ugo Fabietti et madame Mara Tognetti ont toujours répondu avec gentillesse à mes questions. Je tiens à remercier les membres du Centre d'Études sur la Chine Moderne et Contemporaine (CNRS/EHESS, Paris) qui ont suivi mon travail et qui m'ont toujours utilement conseillée, et tout particulièrement monsieur Christian Lamouroux et tous les participants au groupe de recherche : « Expertise technique, circulations des savoirs et gestion bureaucratique en Chine (XI^e-XX^e siècles) ». Je remercie aussi monsieur Jean-Paul Gaudillière pour ses conseils et l'intérêt qu'il a montré pour mon travail au début de ma période de rédaction, et Frédéric Obringer pour avoir attentivement suivi toutes les étapes de ma recherche.

Je remercie tous les médecins acupuncteurs qui ont permis la récolte de tout le matériel nécessaire à la rédaction de mon travail et qui ont répondu avec patience et enthousiasme à mes questions. Je remercie aussi les secrétaires des écoles d'acupuncture que j'ai étudiées, qui ont consacré du temps et de l'énergie pour que je puisse consulter les archives et les documents. Je tiens également à rappeler la mémoire du docteur Christian Rempp qui a été l'un de mes informateurs les plus précieux et qui a disparu l'année dernière, laissant un grand vide autour de lui.

Enfin je remercie mes proches et mes amis qui m'ont toujours soutenue dans mon travail, leur appui a été fondamental, ainsi que ceux qui n'ont pas eu autant de confiance en moi, leurs doutes dans mes capacités m'ont aussi poussée à terminer cette recherche.

Sommaire

| | |
|--------------------|------|
| INTRODUCTION | p. I |
|--------------------|------|

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I – L’acupuncture en France (1930-1960)

| | |
|---|-------|
| 1. Les premiers intérêts pour la médecine chinoise | p. 2 |
| 2. La médecine non officielle au début du xx ^e siècle | p. 5 |
| 3. George Soulié de Morant, la construction de la figure d’expert en acupuncture | p. 17 |
| 4. La naissance des premières sociétés d’acupuncture en France | p. 42 |

Chronologie des Sociétés d’acupuncture françaises 1945-1965

| | |
|---|-------|
| 5. Le docteur Roger de la Füyé, militant pour un développement scientifique de l’acupuncture | p. 43 |
| 6. La Société Française d’Acupuncture jusqu’en 1960 | p. 49 |
| 7. La naissance du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France et la reconnaissance légale de l’acupuncture..... | p. 65 |
| 8. La Société d’Acupuncture jusqu’en 1960 | p. 70 |

CHAPITRE II – L’acupuncture en France (de 1960 à nos jours)

| | |
|--|--------|
| 1. La tentative de fusion | p. 110 |
| 2. L’approche « traditionaliste » de l’acupuncture | p. 121 |
| 3. Vers une reconnaissance formelle et institutionnelle de l’acupuncture | p. 146 |
| 4. La Société Internationale d’Acupuncture | p. 175 |
| 5. L’École Européenne d’Acupuncture | p. 197 |
| 6. L’Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France et les « acupuncteurs modernistes » | p. 207 |
| 7. L’Organisation pour l’Étude et le Développement de l’Acupuncture (OEDA) | p. 225 |
| 8. La reconnaissance institutionnelle de l’acupuncture | p. 229 |
| 9. La Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale | |

| | |
|--|---------------|
| Continue | p. 255 |
| 10. Nouvelles perspectives de l'acupuncture en France | p. 264 |
| 11. La diffusion de l'acupuncture française dans le monde : | |
| le docteur Nguyen Van Nghi | p. 266 |

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE III – L'acupuncture et la médecine chinoise en Italie

| | |
|---|---------------|
| 1. Les premiers médecins italiens acupuncteurs | p. 294 |
| 2. La Società Italiana d'Agopuntura | p. 307 |
| 3. Le Centro studi sull'Agopuntura, école So-wen | p. 324 |
| 4. L'école MediCina | p. 338 |
| 5. L'acupuncture et la médecine chinoise en Émilie-Romagne | p. 356 |
| 6. La Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura (FISA) | p. 382 |
| 7. L'enseignement universitaire de l'acupuncture | p. 394 |

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE IV – Comparaison de la France et de l'Italie

| | |
|---|---------------|
| 1. Quelques chiffres pour comparer les acupunctures française et italienne | p. 400 |
| 2. Les médecins acupuncteurs français et italiens, qui sont-ils ? | p. 417 |
| 3. La relation entre acupuncture et biomédecine : un rapport sans une définition universelle | p. 426 |
| 4. Quel est l'intérêt de la pratique de l'acupuncture pour un médecin français ou italien ? | p. 441 |

QUATRIEME PARTIE

CHAPITRE V – Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en France

| | |
|--|---------------|
| 1. Les Services de traitement de la douleur | p. 471 |
| 2. Quel est le rôle de l'acupuncture dans le traitement de la douleur ? Le travail du médecin acupuncteur dans les Centres de thérapie de la douleur, Paris | p. 476 |
| 3. Le travail d'un médecin acupuncteur dans les Centres d'Evaluation et Thérapie de la Douleur, Strasbourg | p. 504 |

CHAPITRE VI - Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en Italie et son enseignement

| | |
|--|---------------|
| 1. La médecine chinoise à l'hôpital Luigi Sacco, Milan (Italie) | p. 539 |
| 2. Cours pratiques ou ambulatoires | p. 572 |

| | |
|--------------------------|---------------|
| CONCLUSIONS | p. 603 |
|--------------------------|---------------|

| | |
|----------------------------|---------------|
| Bibliographie | p. 615 |
|----------------------------|---------------|

| | |
|------------------------------|--------|
| Liste des abréviations | p. 648 |
|------------------------------|--------|

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Table des matières | p. 650 |
|---------------------------------|---------------|

ANNEXES

ANNEXES I

| | |
|---|--------------|
| Cartes des co-occurrences | p. 3 |
| Bibliographie complète mémoires de diplômés AFA, Nimes Montpellier, École So-wen, École Medicina | p. 14 |
| Résultats de l'enquête par questionnaires menée auprès des médecins inscrits dans les écoles d'acupuncture | p. 56 |

ANNEXES II

| | |
|---|---------------|
| Entretiens français F1-F32 | p. 2 |
| Entretiens italiens I1-I43 | p. 181 |

DVD

INTRODUCTION

La remarquable diffusion de la pratique de la médecine chinoise, en particulier de l'acupuncture, en Europe et en Amérique du Nord depuis la première moitié du XX^e siècle jusqu'à aujourd'hui s'inscrit dans un contexte social, culturel et politique plus vaste, celui du développement des médecines dites non conventionnelles dans la société occidentale. Nous assistons à la rencontre souvent houleuse de ces conceptions de la maladie et de la santé, de ces représentations du corps, de ces modes de soins avec la médecine scientifique, ou biomédecine, dans le cadre général de suprématie institutionnelle de cette dernière. Nous avons choisi de nous intéresser plus spécifiquement à la diffusion de la médecine chinoise dans deux pays européens, la France et l'Italie.

1. La réflexion sur les médecines non conventionnelles

Cette question de la coexistence de plusieurs systèmes médicaux a fait l'objet de nombre de recherches menées souvent selon des points de vue différents. L'une des premières études portant sur ce sujet est l'ouvrage de Charles Leslie, *Asian Medical Systems. A Comparative Study*, paru en 1976. Ce texte souligne l'importance du pluralisme médical dans les systèmes sanitaires en Asie. L'auteur s'est particulièrement intéressé à la coexistence et à la cohabitation de plusieurs approches médicales (biomédecine et médecine chinoise en Chine, biomédecine et médecine ayurvédique en Inde) et aux solutions d'intégration entre les différentes traditions de soins.

À partir des années 1980 l'attention portée aux médecines non conventionnelles dans le contexte médical nord-américain et européen prend plus d'ampleur. Plusieurs études sont menées autour de la demande et de la réponse sociale à ces médecines et sur l'analyse des systèmes médicaux. Nous pensons en particulier à Ursula Sharma¹, même auteur avec Sarah Cant² et à Mike Saks³, qui ont analysé dans leurs ouvrages l'essor des médecines non conventionnelles dans le Royaume-Uni en s'attachant à la problématique liée à la reconnaissance et à la professionnalisation de ces pratiques de soin. Mike Saks

¹ Sharma U., *Complementary Medicine Today. Practitioners and patients*, Londres, Routledge, 1992.

² Cant S., Sharma U. (ed.) *Complementary and Alternative Medicine. Knowledge in Practice*, London, Free Association Books, 1996 ; *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, Londres, Routledge, 1999.

³ Saks M., *Professions and the Public Interest: Professional Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres, Routledge, 1995 ; *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, Londres, Sage, 2002.

consacre une importante partie de ses études au cas de l'acupuncture. Toujours au Royaume-Uni à partir des années 1990 le *British Medical Journal* consacre quelques articles aux médecines non conventionnelles¹, ce qui semble marquer un intérêt croissant de la part de l'establishment médical et des institutions pour les techniques de soin non orthodoxes.

Plusieurs études sur le même sujet sont réalisées aux États-Unis², études qui portent sur les aspects sociaux et anthropologiques de la diffusion des médecines non conventionnelles, à l'évaluation quantitative de la présence de ces pratiques de soin dans le paysage médical³ et à leur relation avec la biomédecine⁴.

Pour ce qui est des travaux concernant les médecines non conventionnelles et en particulier la médecine chinoise telle qu'elle est pratiquée dans d'autres pays européens, citons les travaux de Robert Franck et Gunnar Stollberg qui s'attachent à l'analyse des motivations qui poussent les médecins allemands à s'intéresser et à pratiquer l'acupuncture, l'homéopathie et la médecine ayurvédique⁵, ainsi que leur étude portant sur

¹ Cf. : Fisher P., Ward A., « Complementary Medicine in Europe », *British Medical Journal*, Londres, Vol. 309, juillet-décembre 1994, p. 107-110 ; Goldbeck-Wood S., Dorozynski A., Gunnar Lie L., Yamauchi M., Zinn C., Josefson D., Ingram M., « Complementary Medicine is Booming Worldwide », *British Medical Journal*, Londres, vol. 313, juillet-décembre 1996, p. 131-133.

² Cf.: McKinlay J. B. (éd.), *Contemporary Issues in Health, Medicine, and Social Policy. Alternative Medicines*, New-York, Tavistock Publications, 1984; Goldstein M., *Alternative Health Care*, Philadelphia, Temple University Press, 1999; Barnes L., Sered S. (éd.), *Religion and Healing in America*, New-York, Oxford University Press, 2005; Zhang M., *Otherworldly: Chinese Medicine Through Encounters*, à paraître, Duke, 2008.

³ Cf. : Kelner M., Wellman B., « Health Care and Consumer Choice : Medical and Alternative Therapies », in *Social Science & Medicine*, Pergamon, 1997, vol. 45, n° 2, p. 203-212 ; Verhoef M. J., Sutherland L. R., « General Practitioners' Assessment of and Interest in Alternative Medicine in Canada », in *Social Science & Medicine*, Pergamon, 1995, vol. 41, n° 4, p. 511-515 ; Astin J. A., « Why Patients use Alternative Medicine. Results of a National Study », in *JAMA*, vol. 279, n° 19, 20 mai 1998, p. 1548-1553 ; Eisenberg D. M., Davis R. B., Ettner S. L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R. C., « Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey », in *JAMA*, vol. 280, n° 18, 11 novembre 1998, p. 1569-1575 ; Kaptchuk T.J., Eisenberg D. M., « Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States », *Annals of Internal Medicine*, vol. 135, n. 3, 7, 2001, p. 189-195.

⁴ Cf. : Jonas W. B., Levin J. S. (éd.), *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999 ; Fontanarosa P. B., Lundberg G. D., « Alternative Medicine Meets Science », *JAMA*, vol. 280, n° 18, novembre 1998, p. 1618-1619 ; Jonas W. B., « Alternative Medicine – Learning from the Past, Examining the Present, Advancing to the Future », *JAMA*, vol. 280, n° 18, novembre 1998, p. 1616-1617 ; Miller F. G., Emanuel E. J., Rosenstein D. L., Straus S. E., « Ethical Issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine », in *JAMA*, vol. 291, n° 5, 4 février 2004, p. 599-604; Druss B. G., Rosenheck R. A., « Associations between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Services » in *JAMA*, vol. 282, n° 7, 18 août 1999, p. 651-655 ; Dalen *et al.*, « Is Integrative medicine the medicine of the future? A Debate Between Arnold S. Relman, MD, and Andrew Weil, MD », *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, n. 18, 11 octobre, 1999, p. 2122-2126.

⁵ Frank R., Stollberg G., « German medical Doctors' motives for practising homeopathy, acupuncture or Ayurveda », in *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical? Alternative and Traditional Medicine*, Johannessen H. et Lazar I. (ed.), New York et Oxford, Berghahn Books, 2006, chap. 5, p. 125-157.

la description du degré d'hybridation de la pratique médicale conventionnelle et de la pratique de l'acupuncture¹. Toujours pour ce qui est de la diffusion de la médecine chinoise en Allemagne, mentionnons également l'article de Thomas Heise : « Historical Development of Traditional Chinese Medicine in West Germany »². Il faut citer aussi la recherche de Gry Sagli³, qui porte sur la réception de la théorie médicale chinoise en Norvège. Dans son travail Gry Sagli se concentre tout particulièrement sur l'étude comparée de deux écoles d'acupuncture en examinant différentes interprétations de quelques concepts fondamentaux de la médecine chinoise.

Plusieurs ouvrages, souvent collectifs, traitent du pluralisme médical de façon plus large, sans se limiter à l'apparition et à la diffusion des médecines non conventionnelles en Europe ou Amérique du Nord. Pensons à l'ouvrage édité par Joseph Alter portant sur la médecine asiatique et la globalisation⁴ dans lequel est examinée la relation entre la médecine et la politique culturelle nationale en Chine et en Inde ainsi que le déplacement transnational des savoirs et des personnes. Le texte de Helle Johannessen et Irme Lázár⁵ aborde également la question du pluralisme médical dans plusieurs pays et continents (Hongrie, Ghana, Allemagne, Angleterre, Asie du sud, Equateur, Norvège ou la région du Chiapas). Enfin nous pouvons citer le numéro de *Anthropology & Medicine* sous la direction d'Erling Høg et d'Elisabeth Hsu⁶ qui traite de la question de la globalisation des thérapies venant d'Asie au Tibet, au Kazakhstan, en Russie, aux États-Unis, en Allemagne, en Grande-Bretagne et en Tanzanie.

En France et en Italie la diffusion des médecines non conventionnelles, et notamment de la médecine chinoise, a des caractéristiques différentes dans chacun des deux pays.

Peu d'ouvrages sont consacrés à la diffusion des médecines non conventionnelles dans le contexte médical français. Rappelons l'apparition d'un numéro de la revue *Autrement* qui portait le titre : « Autres médecines, autres mœurs. L'explosion des

¹ Frank R., Stollberg G., « Medical Acupuncture in Germany : Patterns of Consumerism among Physicians and Patients », *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n° 3, 2004, p. 351-372.

² Heise Th. E., « Historical Development of Traditional Chinese Medicine in West Germany », *Journal of Traditional Chinese Medicine*, n°6, 1986, p. 227-230.

³ Sagli G., *The reception of Chinese Medical Concepts among Practitioners of Acupuncture in Norway*, Thèse de doctorat, Université de Oslo, janvier 2003.

⁴ Alter J. (éd.), *Asian Medicine and Globalization*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2005.

⁵ Johannessen H. et Lázár I. (éd.), *Multiple medical real time, patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, vol. 4, Oxford, The EASA series, Bergahan books, 2006.

⁶ Høg E. et Hsu E. (éd.), *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, 2002, vol. 9, n° 3.

nouvelles pratiques de santé » en 1986. Cette revue regroupait des interventions de plusieurs chercheurs et experts intéressés par la multiplicité des médecines dites « différentes » et par leur succès auprès du public français¹. Au milieu de la moitié des années 1980 apparaissent quelques études sur la diffusion des thérapeutiques non conventionnelles en France. Citons ainsi le travail de Françoise Bouchayer² sur les « praticiens des nouvelles thérapies » terminé en 1987 et l'importante recherche pionnière d'Anne Marcovich³ portant sur les médecins acupuncteurs et leurs patients. Plus ou moins à la même époque la *Revue française des affaires sociales* publie un numéro hors série, également consacré aux médecines différentes⁴, dans lequel interviennent plusieurs praticiens, médecins ou non, ayant une position reconnue dans le domaine de leur pratique de soin⁵. Mais entre la fin des années 1980 et la fin des années 1990 l'intérêt pour les médecines non conventionnelles semble disparaître. Mises à part les publications internes des praticiens, il n'existe que bien peu de travaux de réflexion concernant les médecines non conventionnelles. D'une façon marquée aussi, le dialogue institutionnel, aussi bien que scientifique, entre la communauté médicale et les praticiens des techniques de soin non orthodoxes reste très limité, mis à part les travaux de l'historien Olivier Faure⁶ sur l'histoire de l'homéopathie en France. À partir de la fin des années 1990 apparaissent quelques publications sur les médecines « parallèles » et sur la multiplicité des soins en France⁷, ou sur l'histoire de ces médecines⁸, mais un vrai débat autour de ce phénomène culturel ne semble intéresser que marginalement la communauté médicale et les chercheurs en sciences sociales ou les historiens. Néanmoins, pour ce qui est de la médecine chinoise

¹ Pour ce qui est de la médecine chinoise ou médecine asiatique nous rappelons : Meyer F., « Orient-Occident : un dialogue singulier », *Autrement*, n° 85, décembre 1986, p. 124-133 ; Marcovich A., « Acupuncteurs : le corps en tête », *Autrement*, n° 85, décembre 1986, p. 134-140.

² Bouchayer F., *Les praticiens des nouvelles thérapies ; stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, MIRE-CNRS, Rapport de fin de recherche, 1986 ; « Les voies du réenchâtement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 201-225.

³ Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, Paris, CNRS.INSERM.MIRE, 1987.

⁴ *Revue française des affaires sociales*, numéro hors série, mai 1986.

⁵ Pour ce qui est de l'acupuncture et médecine chinoise rappelons les articles de : Kespi J.-M., « L'acupuncture, médecine de demain », *Revue française des affaires sociales*, numéro hors série, mai 1986, p. 17-24 ; Eyssalet J.-M., « Médecine chinoise, médecine globale », *Op. Cit.*, p. 117-144.

⁶ Faure O., *Débat autour de l'homéopathie en France, 18730-1870*, Lyon, éd. Boiron, 1990 ; (éd.) *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie (1800-1940). Acte du colloque de Lyon*, Lyon, Presse universitaire de Lyon/Boiron, 1990. Citons aussi du même auteur l'article : « Homéopathie entre contestation et intégration », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, p. 88-96.

⁷ Schmitz O. (éd.), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours aux soins en Occident*, Paris, Kartala, 2006 ; Perriot F., Michel R., Montagner J., *Enquête sur les guérisons parallèles*, Villeneuve-d'Ascq, Le pré aux clercs, 2006 ; Benoist J., *Soigner au pluriel essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.

⁸ Sandoz T., *Histoires Parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*, Paris, Seuil, 2005.

et de l'acupuncture, il faut signaler deux thèses de doctorats soutenues après l'année 2000, l'une portant sur la pratique de l'acupuncture et l'imaginaire des médecins praticiens due à Hor Ting¹ et l'autre sur l'histoire de la diffusion de l'acupuncture en France due à Ronald Guilloux² dans une approche de science politique.

Les travaux critiques portant sur les médecines non conventionnelles commencent à apparaître, encore plus tardivement en France qu'en Italie. Hormis une recherche conduite par Pina Lalli et publiée en 1988 sur les pratiques de soin alternatives³ nous n'avons connaissance que de quelques articles publiés pendant les années 1990 qui constituent les premières considérations critiques sur la diffusion des médecines « *alternative* » ou des « *pratiche mediche diverse* »⁴. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que l'on observe en Italie un intérêt grandissant pour l'étude des pratiques médicales non conventionnelles. Citons tout d'abord le texte de Dario Antiseri, Giovanni Federspil et Cesare Scandellari qui se place à la suite d'une réflexion déjà commencée quelques années auparavant⁵ portant un regard critique sur la valeur des médecines non conventionnelles. L'ouvrage collectif, qui a pour titre *Epistemologia, clinica medica e la « questione » delle medicine « eretiche »*⁶, est rédigé par un philosophe de la science et deux médecins intéressés par l'épistémologie médicale ; ces auteurs posent de manière critique la question de la scientificité des pratiques médicales autres que celles de la médecine dite scientifique. Moins critique vis-à-vis des médecines non conventionnelles, Fabio Lelli aborde la question également dans une perspective épistémologique avec son ouvrage *Medicine non convenzionali. Problemi etici e epistemologici*⁷. Pendant les années 2000 plusieurs ouvrages rédigés par des sociologues, parfois en collaboration avec des praticiens, font le point sur la diffusion des médecines non conventionnelles en Italie. Nous pensons notamment aux travaux d'Enzo Colombo et de Paola Rebughini, *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*⁸, ainsi

¹ Hor T., *La médecine chinoise en France observée par un chinois entre 1993 et 2003. Essai anthropologique sur ses aspects traditionnels en rapport avec l'image de la Chine en Occident*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, octobre 2004.

² Guilloux R., *De l'exotique au politique: la réception de l'acupuncture extrême-orientale dans le système de santé français (XVII^e-XX^e siècles)*, Thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière-Lyon II, novembre 2006.

³ Lalli P., *L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, Bologne, Clued, 1988.

⁴ Antiseri D., « Medicina, agopuntura e omeopatia », *Kos*, octobre 1992, p. 31-34; Lanternari V., « Le 'médecine alternative'. La scienza medica occidentale deve oggi confrontarsi e convivere con pratiche mediche diverse », *Prometeo*, septembre 1997, p. 98-107.

⁵ Cf. : Antiseri D., *Op. Cit.*, 1992.

⁶ Antiseri D., Federspil G., Scandellari C., *Epistemologia, clinica medica e la « questione » delle medicine « eretiche »*, Soveria Mannelli, Rubettino, 2003.

⁷ Lelli F., *Medicine non convenzionali. Problemi etici e epistemologici*, Milan, Franco Angeli, 2007.

⁸ Colombo E., Rebughini P., *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia* Bologne, Il Mulino, 2003.

que *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*¹ qui, avec les ouvrages de Guido Giarelli, *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*² et de Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (éd.s), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*³, ont largement nourri notre travail d'observation et d'interprétation de la diffusion de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Italie. Il nous semble important de nous arrêter un moment sur l'ouvrage dirigé par Guido Giarelli, Paolo Roberti di Sarsina et Bruno Silvestrini qui a été publié très récemment (2007). Il s'agit d'un ouvrage collectif qui réunit vingt sept intervenants avec des formations et des investissements dans le domaine des médecines non conventionnelles très variés (des médecins praticiens de thérapies non conventionnelles, des représentants des associations ou fédérations de ces pratiques de soin, des sociologues) préfacé par Edwin Cooper (professeur de neuroimmunologie comparative de l'université UCLA –États-Unis) et d'Amedeo Bianco (président de la Federazione Italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri). Plusieurs aspects de la diffusion des thérapies non conventionnelles en Italie sont analysés dans ce texte (la demande et le marché des techniques de soin non conventionnelles, la réglementation d'État, les politiques régionales, les modèles d'intégration, la présentation de neuf techniques non conventionnelles), mais au-delà de son contenu, cet ouvrage nous semble un bon exemple de syncrétisme autour du problème de la reconnaissance de ces pratiques de soin qui ne trouvent pas une vraie reconnaissance au niveau institutionnel et étatique. Cet ouvrage semble une bonne image de l'attention qui est prêtée en Italie, à plusieurs niveaux, à la situation de la réception et de l'intégration des médecines non conventionnelle dans le système médical.

Enfin, nous ne saurions achever ce rapide survol sans mentionner que, dans un contexte que nous n'abordons pas dans notre recherche mais qui n'est pas sans « effets secondaires » sur la situation européenne, la situation de la « médecine traditionnelle chinoise » en Chine même pose problème également depuis désormais plus d'un siècle. Parmi beaucoup d'autres, le livre de Qu Jiecheng, *Dang zhongyi yushang xi yi. Lishi yu*

¹ Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Rome, Carrocci, 2006.

² Giarelli G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Milan, Franco Angeli, 2005.

³ Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (éd.s), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*, Milan, Franco Angeli, 2007.

xingsi (*When Chinese Medicine Meets Western Medicine. History and Ideas*, en retrace très utilement les tenants et les aboutissants¹.

2. De l'histoire à l'enquête de terrain

L'idée d'entreprendre notre recherche est née après avoir soutenu notre D.E.A. à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, lequel portait sur les lieux d'enseignement de l'acupuncture en Italie. En abordant le sujet de notre DEA nous nous sommes rendu rapidement compte du manque d'études critiques et approfondies sur la diffusion de la médecine chinoise en Italie aussi bien qu'en France. Mis à part le travail pionnier d'Anne Marcovich qui portait uniquement sur la situation française, aucune étude n'était faite sur l'évolution de l'apparition de cette pratique médicale non conventionnelle dans les deux pays européens. Il nous semblait pour cela important de consacrer une partie de notre travail à l'histoire de l'apparition de l'acupuncture et de la médecine chinoise dans le paysage médical français et italien. Dès lors il fallait comprendre, avant de nous engager dans une enquête sur la situation actuelle de la pratique de la médecine chinoise en France et en Italie, quels avaient été les enjeux, les motivations, les démarches et les résultats obtenus par les médecins acupuncteurs ayant exercé et travaillé avec l'acupuncture et médecine chinoise et ayant milité pour la diffusion et l'insertion dans la communauté médicale de ces pratiques de soins « hétérodoxes ».

Dans cette perspective, nous avons choisi d'étudier les associations, les sociétés d'acupuncture et de médecine chinoise ainsi que les principaux lieux d'enseignements. L'évolution – des balbutiements jusqu'à aujourd'hui – de chacun de ces « contextes » est décrite en mettant l'accent sur les caractéristiques spécifiques de chaque lieu étudié. Dans notre approche historique nous avons certainement été influencés par les représentants italiens et français de la « micro-histoire »². Notre regard porte en effet sur l'analyse de réalités très particulières et individualisées (les associations, sociétés et écoles travaillant autour de la médecine chinoise et de l'acupuncture) faisant partie d'un paysage médical bien plus large, celui de chaque pays étudié. Notre idée a été de définir une pluralité de

¹ Qu Jiecheng, *Dang zhongyi yushang xiyi. Lishi yu xingsi* (*When Chinese Medicine Meets Western Medicine. History and Ideas*, Hongkong, Sanlian shudian, 2004.

² Cf. : Levi G., *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989 ; Ginzburg G., *Le fromage et les vers. L'univers d'un meunier du XVI^e siècle*, Paris, Aubier, 1980 ; *Le Sabbat des sorcières*, Paris, Gallimard, 1992 ; Revel J. (éd.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'esperisce*, Paris, Seul/Gallimard, 1996.

contextes de « négociations » qu'il fallait saisir pour la compréhension du phénomène social que nous cherchions à observer. Comme le souligne l'historien Giovanni Levi :

...toute action sociale est vue comme le résultat d'une négociation individuelle constante, d'une manipulation, de choix et de décisions en référence à une réalité normative qui, quoiqu'omniprésente, n'en offre pas moins beaucoup de possibilités aux interprétations et aux libertés personnelles.¹

L'intérêt de cette pluralité de contextes est aussi exprimé par Jacques Revel quand il affirme :

Le travail de contextualisation multiple pratiqué par les micro-historiens [...] pose, en premier lieu, que chaque acteur historique participe, de façon proche ou lointaine, à des processus – et donc s'inscrit dans des contextes – de dimensions et de niveaux variables, du plus local au plus global. Il n'existe donc pas de hiatus, moins encore d'opposition entre histoire locale et histoire globale. Ce que l'expérience d'un individu, d'un groupe, d'un espace permet de saisir, c'est une modulation particulière de l'histoire globale. Particulière et originale car ce que le point de vue micro-historique offre à l'observation, ce n'est pas une version atténuée, ou partielle, ou mutilée de réalités macro-sociales : c'en est, et c'est le second point, une version différente.²

Le même auteur affirme encore :

Mais de nouveau, les privilèges de l'analyse micro-sociale ne me paraissent pas intangibles. Ils sont aujourd'hui fondés sur notre accoutumance indiscutée à la macro-analyse. Mais il n'existe aucune raison de principe pour affirmer que les problèmes narratifs-cognitifs que l'on vient d'évoquer ne seront susceptibles d'être posés au niveau macro-historique. [...] Les historiens s'en rendent compte aujourd'hui mais ils ne sont pas les seuls. En 1966 Michelangelo Antonioni a raconté dans *Blow up* l'histoire, inspirée d'une nouvelle de Julio Cortázar, d'un photographe londonien qui se trouve par hasard fixer sur la pellicule une scène dont il est le témoin. Elle lui est incompréhensible, les détails n'en sont pas cohérents. Intrigué, il agrandit ses images (c'est le sens du titre) jusqu'à ce qu'un détail invisible le mette sur la piste d'une autre lecture de l'ensemble. La

¹ Levi G., « On the microhistory », in Buke P., *New Perspectives on Historical Writing*, Oxford, Polity Press, 1992, p. 94.

² Revel J., *Op. Cit.*, 1996, p. 26.

variation d'échelle lui a permis de passer d'une histoire dans une autre (et, pourquoi pas, dans plusieurs autres). C'est aussi la leçon que nous suggère la micro-histoire.¹

Pour ce qui est de notre expérience, l'analyse historique de l'évolution de la pratique de l'acupuncture en France et en Italie nous a montré à différentes échelles l'action et l'expérience pratique des acteurs engagés dans l'exercice de cette pratique de soin. Les moments et les contextes culturels différents nous ont restitué une description extrêmement riche et nuancée de la diffusion et de l'intégration de la pratique de l'acupuncture et de la médecine chinoise dans le contexte normatif des systèmes de santé français et italien.

L'approche historique de ces auteurs nous a aussi permis le passage de la description historique de cette réalité médicale à une analyse inspirée également par l'anthropologie. Comme Alban Bensa le souligne:

Non seulement la micro-histoire ne sépare pas les témoignages [...] mais elle trouve sa légitimité dans le rapport affirmé entre le « micro » et son contexte. L'attention première à ce qui fut effectivement dit, échangé et pris en considération par les acteurs à un moment donné pose par contrecoup la question des échelles d'interprétation des phénomènes. L'analyse, d'abord déployée au niveau de la situation la plus singularisée dans le temps et dans l'espace, sollicite ensuite des cadres explicatifs moins directement pris dans l'événement. [...] La micro-histoire ne rejette donc pas l'histoire générale, elle y introduit en prenant soin de distinguer les niveaux d'interprétation : celui de la situation vécue par les acteurs, celui des images et symboles qu'ils mobilisent, consciemment ou non, pour s'expliquer et se justifier, celui des conditions historiques d'existence de ces personnes à l'époque où leurs paroles et leurs comportements ont été notés. Ces précautions interdisent toute compréhension univoque et dégagent des strates de signification qui, quoique s'interpénétrant, conservent une certaine autonomie structurelle. À maints égards, parmi les diverses avancées de la micro-histoire, celles qui viennent d'être ici retenues et résumées interpellent les méthodes et les efforts théoriques de l'anthropologie.²

De même que les affirmations de Alban Bensa, les conclusions de Marshall Sahlins dans son ouvrage *Des îles dans l'histoire*³ définissent de façon intéressante, pour notre

¹ Revel J., *Ibidem*, p. 36.

² Bensa A., « Vers une anthropologie critique », in Revel J. (éd.), *Op. Cit.*, 1996, p. 41-42.

³ Sahlins M., *Des îles dans l'histoire*, Paris, Seuil, 1989 (*Islands of History*, Chicago, University Press of Chicago, 1985).

conception du contexte de recherche que nous avons choisi, la relation délicate entre histoire et anthropologie. Sahlins examine de façon critique certaines catégories abstraites qui gèrent la pensée historique. Et il affirme :

J'entends par là les radicales oppositions binaires qui servent d'ordinaire à penser la culture et l'histoire : le passé et le présent, le statique et le dynamique, le système et l'événement, l'infrastructure et la superstructure, et d'autres dichotomies du même type. J'en conclus que ces oppositions non seulement induisent en erreur sur le plan phénoménal, mais sont débilatantes sur le plan analytique, ne serait-ce que parce que d'autres sociétés, ayant mieux compris leur synthèse, ont su synthétiser de différentes façons leur pratique historique.

Nous devons le reconnaître théoriquement, et conceptualiser la place du passé dans le présent¹, de la superstructure dans l'infrastructure, du statique dans le dynamique, du changement dans la stabilité.

L'anthropologie a quelque chose à apporter à l'histoire. L'inverse va sans dire. On n'en conclura pas pour autant que je suis en train de plaider simplement en faveur d'une plus grande collaboration entre les disciplines. Comme je l'ai dit, « le problème est maintenant de faire exploser le concept d'histoire au moyen de l'expérience anthropologique de la culture ». Les conséquences, je le répète, ne seront pas à sens unique : une expérience historique fera tout aussi sûrement exploser le concept anthropologique – y compris la structure.²

Pour ce qui est de l'aspect anthropologique de notre travail nous nous référons en premier lieu à l'anthropologie médicale telle qu'a été conçue par l'école de Harvard. Pour ces anthropologues, dont Arthur Kleinman et Byron Good³ comptent parmi les principaux représentants, le contexte social médical est considéré comme un système culturel spécifique. De fait la biomédecine est considérée comme une médecine ayant, comme

¹ L'auteur un peu plus loin affirme à ce propos: « Je défens ici l'argument que ce dialogue symbolique de l'histoire – un dialogue entre les catégories reçues et les contextes perçus, entre la signification culturelle et la référence pratique – remet profondément en cause toute une série d'oppositions ossifiées qui nous servent d'habitude à comprendre l'histoire et l'ordre culturel. J'entends par là non seulement la stabilité et le changement, ou la structure et l'histoire, mais aussi le passé en ce qu'il s'oppose radicalement au présent, le système à l'événement, voire l'infrastructure à la structure ». Sahlins M., *Ibidem.*, p. 150.

² Sahlins M., *Ibidem.*, p. 17.

³ Kleinman A., Das V., Lock M., *Social Suffering*, Berkley, University California Press, 1997 ; Kleinman A., *The illness narratives : Suffering, healing, and the human condition*, New-York, Basic Book, 1988 ; Del Vecchio M. J., Brodwin P. E., Good B. J., Kleinman A., *Pain as human experience, An anthropological perspective*, Berkeley et Los Angeles, The Regents of the University of California, 1992 ; Good J. B., *Comment faire de l'anthropologie médicale, Médecine, rationalité et vécu*, traduit de l'anglais par Gleize S. (titre original : *Medicine, Rationality and Experience*), Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.

caractéristique culturelle, de se fonder sur la seule prise en compte des dimensions biophysiques de la maladie.

C'est dans cet esprit que Kleinman et ses collaborateurs proposent de considérer les catégories biomédicales comme des catégories culturelles à travers lesquelles on construit une interprétation particulière de la maladie. La maladie est ainsi pensée comme une réalité symbolique et la médecine comme une entreprise herméneutique.¹

Ces mêmes auteurs proposent de définir les deux fameuses catégories *illness* et *disease*² en deux modèles cliniques différents. Le premier relève du contexte social et familial tandis que le deuxième est lié au langage et à la conception de la médecine scientifique. Ces deux modèles font nécessairement partie de la conception de la maladie propre aux médecins pratiquant l'acupuncture et la médecine chinoise mais, comme nous le montrons dans notre recherche, avec des catégories et des présupposés culturels différents de ceux venant de la médecine scientifique. À partir du concept de « *illness* », les anthropologues de l'école de Harvard, et tout particulièrement Byron Good³, soulignent l'importance de la dimension de la narration. Les histoires de maladie sont des fragments d'histoires de vie dont la structure temporelle réorganise les événements et dont la signification est comprise par les individus sur la base de ce qu'on appelle « maladie ». La maladie est donc une sorte de « trame » dans une structure de narration qui a tendance à lui donner un sens propre sur la base d'un réseau sémantique culturellement bien défini. Ce réseau sémantique, pour les médecins acupuncteurs français comme italiens est très fortement influencé par une culture qui est le résultat d'une « synergie » entre deux approches du corps et de la maladie culturellement très différentes, celles de la médecine scientifique occidentale et de la médecine chinoise.

3. La comparaison

¹ Quaranta I. (éd.), « Introduzione », *Antropologia medica*, Milan, Raffaello Cortina Editore, 2006, p. x.

² Avec *disease* ils se réfèrent à le trouble dans le fonctionnement organique du patient ; tandis que l'*illness* représente la souffrance telle qu'elle est vécue par le patient.

³ Good B. J., Del Vecchio, Good M., « The mining of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical practice », in Eisemberg L., Kleinman A. (éd.s), *The relevance of Social Science for Medicine*, Reidel, Dordrecht, 1981, p. 177-212.

Notre intérêt pour la comparaison comme méthode de spéculation est né pendant nos études universitaires à la faculté de philosophie de Milan. Nous étions fortement inspirés par un philosophe italien qui s'occupait de philosophie comparée, Giangiorgio Pasqualotto¹. À la fin de notre cursus d'études, nous avons présenté un mémoire portant sur des auteurs français travaillant sur la pensée comparée. Il s'agissait principalement de Paul Masson-Oursel et Guy Bugault. Ces deux philosophes avaient travaillé en France, le premier entre les deux guerres et le deuxième bien plus tard, ses ouvrages ayant été publiés entre 1970 et 1995.

Paul Masson-Oursel était professeur à l'Ecole Pratiques des Hautes Études et écrivit, parmi d'autres ouvrages, *La philosophie comparée*². Dans cet ouvrage l'auteur présente, pionnier dans le domaine, son idée de « philosophie comparée » comme moyen de renouvellement de la pensée philosophique. L'optique de « spiritualisme historique »³ justifie, selon Masson-Oursel, l'intérêt de la confrontation entre des pensées philosophiques ayant des origines très différentes. En effet il affirme que la comparaison entre la pensée de philosophes de périodes différentes, mais venant du même air culturel, est certainement moins stimulante que celle entre penseurs ayant des origines spirituelles différentes. Bien que la méthodologie exposée par Masson-Oursel présente des lacunes, en particulier dans la rigueur de l'exposition de ce que l'auteur appelle « analogie positive », son œuvre nous a semblé d'un grand intérêt. D'autant plus quand cette méthode est appliquée par d'autres auteurs, comme l'indianiste Guy Bugault, qui dans son travail compare des penseurs indiens avec les philosophes occidentaux, notamment Nagarjuna, un lettré bouddhiste indien du II-III siècle, avec la pensée d'Aristote.

La rencontre avec ces penseurs français du XX^e siècle nous a donné la conviction qu'une perspective de comparaison est tout d'abord un travail de compréhension et un processus de connaissance. Le travail des historiens, sociologues et anthropologues français opérant tout au long du XX^e siècle a certainement inspiré notre approche comparative.

Marc Bloch, dans un de ses articles portant sur la comparaison historique, publié par la *Revue de synthèse* autour des années 1930, affirmait :

¹ Cf. : Pasqualotto G., *L'estetica del vuoto*, Venise, Marsilio, 1992; *Il tao della filosofia*, Parme, Pratiche, 1989.

² Masson-Oursel P., *La philosophie comparée*, Paris, Alcan, 1923.

³ Selon le « spiritualisme historique » l'évolution de la pensée part de l'héritage du passé. *Op. Cit.*

Qu'est-ce, tout d'abord, dans notre domaine, que comparer ? Incontestablement ceci : faire des choix, dans un ou plusieurs milieux sociaux différents, de deux ou plusieurs phénomènes qui paraissent, au premier coup d'œil, présenter entre eux certaines analogies, décrire les courbes de leurs évolutions, constater les ressemblances et les différences et, dans la mesure du possible, expliquer les unes et les autres. Donc deux conditions sont nécessaires pour qu'il y ait, historiquement parlant, comparaison : une certaine similitude entre les faits observés – cela va de soi – et une certaine dissemblance entre les milieux où ils se sont produits.¹

De plus, selon Marc Bloch, ou encore Lucien Febvre² et, plus tard, Michel de Certeau³, c'est la perception des différences qui se révèle fondamentalement intéressante dans une démarche comparative :

Peut-être la perception des différences est-elle, en fin de compte, l'objet le plus important – encore que trop souvent, le moins recherché - de la méthode comparative. Car, par elle, nous mesurons l'originalité des systèmes sociaux, nous pouvons espérer, un jour, les classer, et pénétrer jusqu'au tréfonds de leur nature.⁴

Comme le remarque Cecile Vigour dans son ouvrage *La comparaison dans les sciences sociales*⁵ l'insistance sur la mise en évidence des différences et leur explication conforte l'idée d'une démarche comparative commune aux sciences sociales. C'est dans cette perspective que nous avons mené notre travail concernant la situation de la médecine chinoise en France et en Italie.

D'autres auteurs, qui abordent la comparaison en sciences humaines d'un point de vue pluridisciplinaire, ont également inspiré notre travail. Nous pensons ainsi à l'approche comparatiste proposée par le sociologue Marc Maurice, avec sa volonté d'ouverture théorique. En présentant sa méthodologie il affirme, à propos de la démarche comparative :

D'abord elle traduit le caractère semi-inductif de cette approche, qui ne suppose pas au départ l'existence d'un modèle théorique à tester. Au contraire pourrait-on dire, elle oriente vers un modèle ou une théorie à « construire ». En ce sens la démarche comparative

¹ Bloch M., « Pour une histoire comparée des sociétés européennes », *Revue de synthèse historique*, t. XLVI, 1928, p. 16-17.

² Cf. Febvre L., *Combats pour l'histoire*, Paris, Armand Colin, 1953.

³ Certeau M., *L'Écriture de l'histoire*, Gallimard, Paris, 1975.

⁴ Bloch M., « Comparaison », *Revue de synthèse*, t. XLIX, 1930, p.39.

⁵ Vigour C., *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2005.

ne peut pas être considérée comme une fin en soi (pas plus que le constat des différences observées d'un pays à l'autre). Elle constitue plutôt une étape intermédiaire mais indispensable qui met sur la voie d'une généralisation (ou d'une théorie) à construire.¹

L'auteur présente sa notion de « configuration sociétale » par rapport aux autres méthodes de comparaison internationales. Les approches se différencient selon leur niveau d'analyse, micro (celui auquel l'objet est étudié) et macro (contexte national dans lequel le phénomène s'insère). Elles se distinguent aussi selon qu'elles insistent sur la continuité ou la discontinuité de faits étudiés d'un pays à l'autre. Marc Maurice définit enfin trois types de comparaisons internationales :

- L'approche fonctionnaliste (« cross-national »)
- L'approche culturaliste (« cross-cultural »)
- L'approche sociétale (« inter-national »)²

Dans les recherches fonctionnalistes, les pays et les nations sont considérés comme tout à fait hétérogènes aux phénomènes étudiés. En revanche, pour les approches culturalistes la référence se construit en termes de culture nationale, par conséquent les phénomènes analysés sont supposés être fortement influencés par celle-ci.

Selon Marc Maurice les approches fonctionnaliste et culturaliste ont les défauts suivant :

Appliquer un modèle préétabli dans le premier cas ; postuler l'existence des spécificités nationales de caractère institutionnel, culturel ou historique dans le second cas.³

Comme le souligne Cécile Vigour, la « configuration sociétale », ou l'« analyse sociétale » :

...vise à dépasser ces deux écueils, en s'intéressant tant aux continuités qu'aux discontinuités, et en insistant sur l'articulation entre les niveaux micro et macro.⁴

¹ Maurice M., « Méthode comparative et analyse sociétale », *Sociologie du travail*, n° 2, 1989, p. 186.

² Maurice M., *Ibidem*, p. 177.

³ Maurice M., Sellier F., Sylvestre J.-J., *Politiques d'éducation et organisation industrielle en France et en Allemagne. Essai d'analyse sociétale*, Paris, PUF, 1982, p. 55.

⁴ Vigour C., *Op. Cit.*, p. 86.

Les arguments présentés par Marc Maurice ont, de fait, fortement influencés les auteurs de l'ouvrage *Stratégies de la comparaison internationale*, paru en 2003 sous la direction de Michel Lallement et Jan Spurk¹. Ce recueil de plusieurs articles autour de la comparaison s'ouvre en affirmant que :

Aujourd'hui, il est une raison qui pousse à la redécouverte de la stratégie des comparaisons internationales : la mondialisation. Derrière ce terme polysémique se cachent des significations et des réalités multiples mais ce terme véhicule surtout nombre d'angoisses et de prénotions. Faut-il craindre réellement l'hégémonie des multinationales ? S'attendre à un raz de marée culturel issu d'outre-Atlantique ? Redouter ou espérer la construction d'une Europe transnationale ?...²

Les auteurs soulèvent le problème de la mondialisation comme une motivation fondamentale pour justifier une démarche de comparaison entre différentes réalités nationales. Ce thème qui, avec le concept de globalisation, sera présent tout au long de notre travail est certainement proche de l'idée de comparaison. Comparer des phénomènes sociaux dans deux pays différents montre comment les réalités locales et les instances mondialisées ou globalisées peuvent se décliner et dialoguer.

De plus les auteurs affirment que :

...la comparaison n'est pas réductible au simple et unique statut de méthode. [...] le comparatisme est tout à la fois méthodologie, épistémologie et éthique.

- *Méthodologie* : il faudrait en fait décliner le terme au pluriel. Les travaux comparatifs empruntent souvent des voies différentes : recours aux données quantitatives ou confrontation de monographies, historicisation de l'objet ou approche en coupes synchroniques, prise en compte de deux pays seulement ou intégration d'un échantillon important de sociétés... [...]
- *Épistémologique* : comparer engage une philosophie du savoir qui n'a rien d'anecdotique. Faire de l'altérité un opérateur de connaissance, consacrer le détour comme mode privilégié d'investigation... voilà autant de formulations qui rappellent que la comparaison nous place d'emblée sur le registre d'une épistémologie fondamentalement dialectique...

¹ Lallement M., Spurk J. (éd.s), *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, Éditions du CNRS, 2003.

² Dupré M., Jacob A., Lallement M., Lefèvre G., Spurk J., « Les comparaisons internationales : intérêt et actualité d'une stratégie de recherche », in Lallement M., Spurk J. (éd.s), *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, Éditions du CNRS, 2003, p. 8-9.

- *Ethique* : le risque majeur de la méthode comparative est de confiner rapidement vers une forme de relativisme dont les travers épistémologiques et politiques ont souvent été dénoncés. La question est réelle. Notre conviction reste cependant qu'en pratiquant la comparaison internationale il s'agit moins de montrer, [...] que « tout se vaut » mais bien plutôt que l'on gagne à éclairer les faits sociaux à la lumière de leur singularité et déterminants multiples pour pouvoir, les cas échéant, peser sur leur transformation.¹

Ce que les auteurs affirment tout au long de l'ouvrage est l'importance d'une analyse comparative comme mise en relation spécifique de faits sociaux qui n'est pas simplement réductible à une méthodologie ou à des analyses et/ou à des choix théoriques. Nous adhérons à cette conviction et nous considérons la comparaison comme une stratégie d'enquête qui permet de rendre mieux compréhensibles les domaines d'observation. Elle est, de fait, une démarche qui rend plus exigeante la formulation d'hypothèses et le travail d'analyse en rendant plus riche, fine et profonde toute recherche et toute théorisation.

Nous tenons à citer ici, bien qu'il ne s'agisse pas d'un ouvrage proprement de comparaison, le travail de Silvano Serventi et de Françoise Sabban² sur l'histoire des pâtes alimentaires, où l'histoire de la production, des usages et des goûts des pâtes italiennes est complétée par l'histoire des pâtes alimentaires en Chine. L'approche d'anthropologie historique suivie par Françoise Sabban³ dans son travail, où la nourriture et la cuisine venant de Chine sont toujours présentées en relation avec l'Occident, nous a toujours incitée à poursuivre dans notre démarche de comparaison.

Nous rappelons, enfin, l'article de l'anthropologue Arthur Kleinman: « Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems »⁴ dans lequel l'auteur présente ses concepts qui permettent la comparaison entre différents systèmes

¹ Dupré M., Jacob A., Lallement M., Lefèvre G., Spurk J., *Ibidem* p. 9.

² Cf. : Serventi S. Sabban F., *Les pâtes*, Paris, Actes du Sud, 2001.

³ Cf. : Sabban F., « La cucina cosmopolita dell'imperatore della Cina nel XVI secolo. Un nuovo approccio », in Montanari M. (éd.), *Il mondo in cucina, Storia, identità, scambi*, Bari, Laterza, 2002, p. 87-104 ; « Art et culture contre science et technique. Les enjeux culturels et identitaires de la gastronomie chinoise face à l'Occident », *L'Homme*, XXXVI année, n° 137, janvier-mars 1996, p.163-193 ; « Quand la forme transcende l'objet. Histoire des pâtes alimentaires en Chine (III^e siècle av. J.-C. - III^e siècle apr. J.-C) », *Annales - Histoire, Sciences Sociales (HSS)*, 55^e année, n° 4, juillet-août 2000, p. 791-824.

⁴ Kleinman A., « Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », in Curren C., Stacey M. (éd.s), *Concepts of Health, illness and Disease. A Comparative Perspective*, New York, Berg Publishers, 1986, p. 27-47.

médicaux en tant que systèmes culturels¹. Dans les conclusions à son article, l'auteur affirme :

...ethnographies, and comparative studies along them, should rewrite the story of medicine in society: in part, because they represented an advance in conceptualizing and investigating medicine as a cultural system, and in so doing challenge the traditional biomedical paradigms with anthropological concepts and methods which achieve a broader and more inclusive understanding of sickness and healing in society.²

4. *Nos sources*

Pour la constitution et la définition des sources et du matériel de travail sur lesquels notre recherche s'est fondée, nous avons commencé par recueillir tous les documents que nous avons pu obtenir auprès des associations, sociétés et écoles d'acupuncture italiennes et françaises. Nos sources primaires ont été tout d'abord les revues publiées par ces institutions et tous les manuscrits, souvent non publiés, auxquels nous avons eu accès grâce aux médecins responsables des associations ou aux secrétaires.

Nous avons aussi répertorié tous les titres de mémoires de fin de diplôme de deux écoles françaises (le Diplôme Inter Universitaire de Nîmes-Montpellier et l'école de l'Association Française d'Acupuncture) ainsi que deux italiennes (l'école So-wen et l'école MediCina). Nous avons utilisé ces données, en les indexant en mots-clés, pour une analyse scientométrique des relations entre différents mots-clés (co-occurrence) grâce au programme « Réseau-Lu ». Ces cartes nous ont été très utiles pour montrer l'évolution des intérêts thérapeutiques des médecins acupuncteurs dans le temps (entre les années 1970 et les années 2000). Ces cartes nous ont aussi montré les relations entre les différentes pathologies ou outils thérapeutiques choisis et adoptés par les médecins acupuncteurs de chacun des deux pays.

Pour ce qui est des écoles étudiées, nous avons distribué un questionnaire qualitatif dans trois écoles italiennes (l'école So-wen, Matteo Ricci et MediCina) et dans les Diplômes Inter Universitaires d'Acupuncture français ainsi que dans l'École Française d'Acupuncture. Ces questionnaires auxquels ont répondu des médecins étudiants dans leur première, deuxième ou troisième année d'étude de l'acupuncture ont été objet d'une

¹ Notamment le concept d'*Explanatory Model* : des modèles d'explication relatifs à des événements particuliers de maladie.

² Kleinman A., *Op.Cit.*, 1986, p. 47.

analyse qualitative qui est présentée de façon détaillée dans l'annexe n° 2 de notre thèse. Les données tirées de ces questionnaires ont été analysées selon la *Grounded theory* formulée par Anselm Strauss¹, en particulier sa « *constant comparative method of qualitative analysis* » (méthode comparative continue en analyse qualitative). Cette théorie d'analyse des données qualitatives laisse ouverte les possibilités de création d'un discours et d'une théorie à partir de l'analyse même, comme l'explique Anselm Strauss :

La méthode comparative continue doit plutôt aider l'analyste qui possède déjà ces qualités à produire une théorie qui soit intégrée, logique, plausible, liée aux données – [...]. Toujours dépendant des compétences et des sensibilités de l'analyste, la méthode comparative continue [...] est conclue pour tenir compte, avec discipline, de la part d'imprécision et de souplesse qui aide la production créative d'une théorie.²

Nous avons mené quarante-trois entretiens en Italie en interrogeant des médecins acupuncteurs, des responsables des services hospitaliers où l'acupuncture et la médecine chinoise sont pratiquées, des responsables au niveau régional de projets de diffusion de la médecine chinoise. Pour la France, nous avons mené trente entretiens auprès de médecins acupuncteurs, de médecins travaillant avec les médecins acupuncteurs dans des services hospitaliers, de chefs de service intéressés par la pratique de l'acupuncture. Il s'agit d'entretiens semi-structurés en suivant les indications méthodologiques proposées par Russel Bernard³. Ces entretiens qui ont été enregistrés et transcrits sont présentés dans les annexes n° 3 et 4.

Enfin, grâce à l'aide et à la disponibilité de trois médecins acupuncteurs et d'un enseignant d'un cours pratique d'acupuncture nous avons pu filmer plusieurs sections de séances d'acupuncture dans deux hôpitaux français et dans un hôpital italien. Nous avons aussi filmé quelques moments du diagnostic chinois (prise des pouls et observation de la langue) et le moment de pose des aiguilles pendant un cours pratique d'acupuncture. Ce matériel est recueilli, monté et présenté dans le DVD en annexe au manuscrit. Pour

¹ Cf.: Glaser B., Strauss A., *The Discovery of Grounded theory: Strategies for Qualitative Research*, New York, Aldine, 1967 ; Strauss A., Corbin J., *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Thousand Oaks, Sage, 1990 ;

² Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, (textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, Harmattan, 1992, p. 285.

³ Russell B. H., *Research methods in anthropology, Qualitative and quantitative approaches*, 3^{ème} éd., Walnut Creek, Altamira Press, 2002, p. 203-239.

l'exploitation de ces données nous avons suivi les indications méthodologiques de David Silverman¹.

5. La structure du travail

Notre recherche se divise en quatre parties principales dont les deux premières portent sur l'évolution de la diffusion de l'acupuncture et médecine chinoise en France et en Italie, la troisième sur la comparaison entre la situation actuelle de l'acupuncture et de la médecine chinoise en France et en Italie et enfin la quatrième qui est consacrée aux cas d'étude.

Nous avons divisé la première partie de notre recherche en deux chapitres, le premier consacré à la diffusion de l'acupuncture en France entre 1930 et 1960 et le deuxième toujours sur le même sujet mais de 1960 à nos jours. En effet l'histoire de la présence en France de la pratique de l'acupuncture étant bien plus ancienne qu'en Italie, nous avons donc défini deux moments temporels différents dans la description de la situation française qui correspondent à un changement important dans la stratégie d'intégration de l'acupuncture dans le milieu médical, dans la création de véritables styles de pratique de l'acupuncture, d'organisation des sociétés, associations et écoles.

La deuxième partie portant sur la diffusion de l'acupuncture et médecine chinoise en Italie décrit ce phénomène entre le début des années 1970 et nos jours.

La troisième partie est consacrée à la présentation et à la discussion des résultats obtenus à partir de l'analyse des questionnaires et des entretiens menés auprès des médecins acupuncteurs français et italiens. Il s'agit d'une véritable comparaison entre les résultats de notre enquête menée dans les deux pays européens.

Enfin dans notre quatrième partie nous présentons plusieurs cas d'étude. Cette dernière partie est divisée en deux chapitres. Le premier de ces deux chapitres présente quatre cas d'étude portant sur des travaux de terrain accomplis dans quatre hôpitaux français. Nous avons suivi le travail dans des centres de thérapie de la douleur de deux médecins acupuncteurs, l'un à Paris et l'autre à Strasbourg. Nous décrivons l'exercice de ces deux médecins en les suivant chacun dans deux hôpitaux différents.

Le deuxième chapitre concerne la situation italienne et il présente le cas d'intégration de l'acupuncture dans un hôpital de Milan et la description détaillée d'un

¹ Silverman D., *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*, Londres, Sage Publications, 2006, p. 241-267.

cours pratique d'acupuncture. Nous avons étudié l'hôpital Luigi Sacco de Milan dans lequel les pratiques médicales non conventionnelles sont présentes dans plusieurs services. Nous avons mis l'accent sur la description du travail avec l'acupuncture dans deux services de cet hôpital. Enfin il nous semblé important de montrer dans les détails un cours pratique d'acupuncture comme exemple concret d'enseignement de cette thérapeutique. L'intérêt de ce cas d'étude est aussi de montrer comment se structure le raisonnement médical et la stratégie thérapeutique d'un médecin occidental pratiquant l'acupuncture.

Dans les annexes nous présentons quelques documents concernant la première et la deuxième partie de notre travail (programmes de cours, listes des centres et des écoles d'acupuncture en France et en Italie, photos de quelques acupuncteurs, etc.), le document présentant l'analyse des questionnaires qui a comme titre « Résultats de l'enquête par questionnaires menée auprès des médecins inscrits dans les écoles d'acupuncture », les transcriptions des entretiens avec les médecins français et italiens.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I : L'acupuncture en France (1930-1960)

1. Les premiers intérêts pour la médecine chinoise

L'arrivée en Occident de connaissances détaillées concernant la médecine chinoise date de la fin du XVI^e siècle et du XVII^e siècle quand les missionnaires (principalement jésuites) et les premiers médecins européens envoyés en Chine par la compagnie Hollandaise des Indes Orientales rédigent textes, documents et correspondances à ce sujet. Dès 1595, un lexique japonais-latin mis au point par des jésuites portugais installés au Japon propose huit définitions concernant l'acupuncture et la moxibustion, tandis que le *Vocabulario da Lingua de Iapam (Vocabulaire de la langue japonaise)* donne des précisions sur le mélange d'herbes (nommé alors *mogusa*, qui deviendra ensuite « moxa ») employé pour la cautérisation ainsi que sur le *yin*, le *yang* ou le *qi*. Un demi-siècle plus tard, le médecin danois Jakob de Bondt, qui travaille pour la Compagnie hollandaise des Indes Orientales de Batavia, écrit une *Historia naturalis et medicae Indiae orientalis*¹, publiée à titre posthume en 1658, où l'on trouve une description du traitement par les aiguilles. Un autre médecin de la Compagnie, Willem Ten Rhijne, qui fit un séjour au Japon de 1674 à 1676, publie en 1683 une *Dissertatio de Arthritide. Mantissa chematica de acupunctura*² qui se veut assez complète. D'autres écrits concernent un sujet qui intéresse particulièrement les médecins européens, la prise des pouls. C'est le cas par exemple des *Secrets de la Médecine chinoise, consistant en la parfaite connaissance des pouls*, publié anonymement en 1671 à Grenoble, ou du *Specimen Medicinae Sinicae* d'Andreas Cleyer, édité à Francfort en 1682³.

Les missionnaires présents en Chine, répondant souvent à des questionnaires (comme celui de Louvois, rédigé à Paris par l'Académie des Sciences et remis en 1685 aux jésuites mathématiciens envoyés en Chine par Louis XIV), produisent un grand nombre de textes touchant à la médecine chinoise. Pour donner un exemple, le P. Louis Lecomte aborde ainsi en 1696, dans ses *Nouveaux mémoires sur l'état présent de la Chine*⁴, des sujets aussi variés que la prise des pouls, la place de l'anatomie dans la médecine des Chinois ou la pharmacopée. Ce dernier point retient aussi beaucoup l'attention des auteurs,

¹ De Bondt J., *Historia naturalis et medicae Indiae orientalis*, Amsterdam, Elzeviro, 1658.

² Ten Rhijne W., *Dissertatio de Arthritide. Mantissa chematica de acupunctura*, Londres, Chiswell, 1683.

³ Cleyer A., *Specimen Medicinae Sinicae*, Francfort, Zubrodt, 1682.

⁴ Lecompte L., *Nouveaux mémoires sur l'état présent de la Chine*, Amsterdam, Henri Desbordes, 1698

et une première traduction, très fragmentaire, du célèbre traité de *materia medica* de Li Shizhen, le *Bencao gangmu* (1596), parut en 1735 dans la *Description de la Chine* dirigée par le P. Du Halde¹. Au total, la curiosité pour l'art de se soigner en Chine se poursuit tout au long du XVIIIe siècle, comme en témoigne une abondante correspondance entre les missionnaires et le monde intellectuel européen.

Pour ce qui est de l'acupuncture, il semble qu'elle ne suscita pendant le Siècle des Lumières qu'un intérêt assez anecdotique. Les informations données par Ten Rhyne et d'autres auteurs sont certes reprises dans des ouvrages généraux, comme l'*Histoire de la chirurgie depuis son origine jusqu'à nos jours* de Dujardin² (1774-1780), mais l'on s'en tient là, et les premiers pas de l'utilisation clinique de l'acupuncture ne datent que de la première moitié du XIX siècle. Cependant, elle est alors pratiquée sans aucun lien avec le diagnostic selon les pouls ni avec l'ensemble de la théorie médicale chinoise, comme on peut aisément le concevoir : les aiguilles, la plupart du temps étaient placées *in loco dolenti*. En 1816 paraît par exemple un mémoire sur l'acupuncture où l'auteur, Louis Berlioz, le père du compositeur, explique comment il traita plusieurs patients, avec succès selon lui, en leur enfonçant des aiguilles à coudre dans le ventre ou en d'autres parties du corps. On assiste alors, autour de 1825, à un véritable engouement pour ce l'on pensait être l'acupuncture, et les expériences la concernant se multiplient, qui retiennent l'attention du sinologue Jean-Pierre Abel-Rémusat. Des auteurs comme Morand, Dantu, Sarlandière (qui préconise déjà l'électroacupuncture) ou Pelletan exposent leurs observations et leurs tentatives d'explication du mécanisme d'action de la thérapie par les aiguilles, la stimulation des nerfs. L'acupuncture, en France en particulier, devient même présente dans les hôpitaux, et il est à la mode pendant quelques années à Paris de se soigner ainsi. Balzac dans sa *Physiologie du mariage* ne conseille-t-il pas aux maris, pour se garder des avances des « célibataires », l'utilisation sur leurs femmes de la moxa ou des aiguilles ?

Cependant, tout cela s'essouffle assez vite : dans un contexte de renouvellement profond des bases théoriques de la pratique médicale (pensons à Claude Bernard ou à Louis Pasteur), il n'y a pas de place dans la deuxième moitié du XIX^e siècle pour une pratique médicale « exotique » et appartenant à un temps révolu. Un ouvrage tel que *La médecine chez les Chinois*³ dû au consul français en Chine Claude-Philibert Dabry de

¹ Du Halde J.-B., *Description géographique, historique, chronologique, politique et physique de l'empire de la Chine et de la Tartarie chinoise*, Paris, Le Mercier, 1735.

² Dujardin F., *Histoire de la chirurgie depuis son origine jusqu'à nos jours*, Paris, Imprimerie Royale, 1774-1780.

³ Dabry de Thiersant C.-P., *La médecine chez les Chinois*, Paris, Plon, 1863.

Thiersant, paru en 1863, ne rencontre que peu d'échos, et il faut attendre encore plusieurs dizaines d'années pour que le climat intellectuel change et qu'un nouvel intérêt pour l'acupuncture puisse se manifester.

2. La médecine non officielle au début du XX^e siècle

Pourquoi l'acupuncture a-t-elle commencé à se diffuser en France autour des années 1930 ? Quel intérêt peut avoir cette pratique médicale à cette époque ? Pour répondre à ces questions nous devons brièvement voir comment au sein du milieu médical français des mouvements critiques vis-à-vis de la médecine officielle se sont développés au début du XX^e siècle.

Depuis le début du XIX^e siècle, la médecine officielle, se voulant scientifique, entreprend sa démarche vers un réductionnisme de plus en plus affirmé. La science médicale s'impose avec l'anatomo-physiopathologie, la médecine expérimentale, la bactériologie en faisant ainsi naître la figure du médecin chercheur pour chaque branche de la médecine. En accord avec les exigences de la recherche, l'attention de ces médecins se fait plus universelle et moins individuelle¹. Malgré cette tendance dominante, au début du XX^e siècle des médecins cliniciens s'intéressent à des techniques « alternatives » à la médecine officielle. Cet intérêt semble naître du fait que le nombre de médecins augmentait considérablement² dans la mesure où il n'existait pas de sélection pour le recrutement des étudiants en médecine. Il est par conséquent probable que les praticiens, pour augmenter l'importance de leur clientèle, cherchaient des moyens pour rendre compétitif leur travail³.

L'attention au milieu de vie des patients et la prescription de thérapies « naturelles » comme l'air de montagne ou de mer, et les cures d'eau thermales⁴ étaient centrales dans la thérapeutique des médecins français déjà à la période des Lumières, et elles connaissent une vogue nouvelle au début du XX^e siècle. À cheval entre les deux siècles (XIX^e et XX^e) cette attention à une médecine qui s'éloigne de la médecine scientifique se concrétise plus précisément dans des tendances qui, dans certains cas, deviennent de véritables courants idéologiques, en opposition à la médecine officielle.

¹Cf. : Faure O., *Histoire sociale de la médecine (XVII^e – XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 79-116; Voltaggio F., *La medicina come scienza filosofica*, Bari, Laterza, 1998.

² Le nombre d'étudiants formés à la médecine entre 1866 et 1939 est toujours en augmentation et passe de 16700 en 1866 à 27700 en 1939. Cf. : Guillaume P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 201-210.

³ Cf. : Weisz G., « A Moment of Syntesis : Medical Holism in France between the Wars », in Lawrence L., Weisz G., *Greater than the parts, holism and biomedicine, 1920-1950*, Oxford, Oxford University Press, 1998, p. 69.

⁴ C'est au début du 1900 que se diffuse l'utilisation des eaux minérales, qui en premier temps étaient conçues pour un usage thérapeutique. L'hydrologie dans les années 1920 devient une matière d'enseignement universitaire. Cf. : Weisz G., *Ibidem*, 1998, p. 70.

Le vitalisme est l'un des ces courants. Existant depuis le XVIII^e siècle en France, le vitalisme, comme l'a bien montré Roseline Rey, n'est pas proprement une doctrine médicale mais correspond à « un ensemble d'idées sur la vie et sur la mort, le vivant et son milieu, la maladie et le malade, le rôle du médecin dans la société ».¹

Le vitalisme s'oppose à une vision mécaniste de la vie, de l'organisme et de la maladie. Comme George Canguilhem le dit, « le vitalisme c'est l'expression du vivant dans la vie, de l'identité de la vie dans le vivant humain, conscient de vivre »². Dans cette vision, les rapports et les relations entre la vie de l'homme et les lois de la nature deviennent centraux. Bichat³ définit la vie comme: « l'ensemble de forces qui résistent à la mort »⁴. L'opposition entre la vie d'une part et, d'autre part, le milieu extérieur et les lois physiques consent de mesurer le degré de vitalité des êtres⁵. La notion vitaliste de la sensibilité des tissus permet de concevoir l'ensemble des organes comme un système (la sensibilité organique permet la transmission entre organes). En général les vitalistes parlent en termes de propriétés vitales, propriétés de la matière vivante et organisée, et l'emploi du terme « force vitale » renvoie à une idée de dynamisme essentiel de la vie sans nécessairement y comprendre une acception occulte ou pour le moins métaphysique⁶.

Entre la mort de Bichat (en 1802) et la révolution médicale de C. Bernard, il y a une période d'hégémonie du vitalisme qui devient le cadre de référence de nombreux physiologistes et médecins⁷.

Dans la première moitié du XX^e siècle, et surtout à partir des années 1930, le vitalisme connaît une certaine importance surtout à partir des années 1930. Les années d'après guerre mondiale sont marquées par une situation difficile et contrastée pour la France, touchée par la violence de la guerre. Une polémique diffuse contre la « deshumanisation de la civilisation technologique » laisse place à une demande de reconstruction et de rénovation. De là, la nécessité d'une société plus humaine trouve un écho dans le milieu médical plus ouvert envers une médecine «vitaliste», à l'écoute des influences du milieu sur l'individu.

¹ Rey R., *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du Premier Empire*, Oxford, Voltaire Foundation, 2000, p. 1.

² Canguilhem G., *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1992, p. 86.

³ Xavier Bichat était un des plus renommés représentants du vitalisme.

⁴ Bichat, X., *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort*, Paris, Bosson, 1800.

⁵ Cf. : Pichot A., *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, p. 524-569.

⁶ Cf. : Rey R., « Introduction générale », in *Op. Cit.*, 2000.

⁷ Cf. : Rey R., *Ibidem*.

Considérons aussi que, à partir de 1930, parmi les sciences qui influencèrent la médecine, la physique joue un rôle central¹. Les découvertes en physique et la théorie de la relativité sont un argument précieux contre toute sorte de démarches réductionnistes et positivistes. Le bouleversement dans les vérités de la physique semble permettre au monde médical de donner confirmation à une pensée analogique qui conçoit des correspondances entre le macrocosme et le microcosme, ainsi qu'à l'idée d'une continuité entre les entités (temps et espace, matière et énergie...). L'hypothèse vitaliste semble finalement trouver confirmation dans les avancées scientifiques d'autres disciplines, tout d'abord la physique. Dans ce contexte, pour toutes théories médicales, la notion de « terrain »², très utilisée dans la médecine française, principalement homéopathique, acquiert une grande importance.

Comme nous l'avons dit, le vitalisme ne correspond pas proprement à une véritable discipline, mais il semble avoir inspiré toutes les approches de l'« holisme médical » de l'époque, pour reprendre la définition de George Weisz. Un exemple assez parlant de cette atmosphère opposée au technicisme et à la spécialisation est le texte que le docteur Alexis Carrel³ publia en 1945. Recueillant des interventions des médecins les plus représentatifs des médecines non « officielles », l'ouvrage *Médecine officielle et médecines hérétiques* défend « l'apport commun à une doctrine de l'homme » que ces différentes approches médicales pouvaient garantir. Carrel oppose une vision du vivant analytique, et donc fragmentée, à une vision plus élargie :

Il est urgent de souder ensemble les segments de notre connaissance. [...] L'homme considéré par les spécialistes à travers leurs propres concepts n'est pas l'homme complet. Nous devons avoir de l'individu et de son milieu une vue beaucoup plus compréhensive.⁴

¹ Cf. : Weisz G., *Op. Cit.*, 1998.

² Le concept du « terrain » ou « terrain biologique » indique la capacité de l'individu, ou de l'organisme, de réagir aux situations et aux attaques externes. Ce concept déjà utilisé dans la médecine hippocratique et galénique, connu comme *diatese*, est repris et devient sujet de débat pour les médecins français entre le XIX^e et le XX^e siècle. Cf. : Grmek M., « Il concetto di malattia », in *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, Bari, 1998, p. 221-253.

³ Alexis Carrel (1873-1944). Médecin français et chirurgien il quitte la France en 1904 et se rend au Canada puis aux Etats-Unis où il lui est proposé une chaire à l'université de Chicago. En 1906 il est introduit par Flexner au Rockefeller Institute. Il est de retour en France pendant la première guerre mondiale et revient aux Etats-Unis en 1919 où il entreprend des recherches en chirurgie vasculaire expérimentale. En 1936 il publie un ouvrage au retentissement mondial : *L'Homme, cet inconnu*. A la suite de cet ouvrage, très contesté, il est accusé d'être partisan de l'eugénisme. Il revient en France en 1940 et à l'armistice il regagne les Etats-Unis et il crée la Fondation française pour l'étude des problèmes humains.

⁴ Carrel A., « Le rôle futur de la médecine », in Carrel A. (éd.), *Médecine officielle et médecines hérétiques*, Paris, Plon, 1945, p 7.

Il est finalement convenu qu'un procès d'intégration, ou de synthèse, de ces connaissances

...protègera l'individu à la fois contre les maladies organiques, contre la détérioration mentale amenée par la civilisation industrielle. [...] La conquête de la santé ne suffit pas. C'est le progrès de la personne humaine qu'il s'agit d'obtenir. Car la qualité de la vie est plus importante que la vie elle-même.¹

L'introduction de ce texte, et en partie les mots cités ci-dessus, non seulement montrent la nécessité d'une considération globale de l'individu et d'une multiplicité de savoirs concernant l'homme, mais aussi l'ambition intellectuelle de l'auteur. Il ne s'agit pas seulement d'une vision simplement médicale, mais d'une position plus large, philosophique, politique et morale, qui est soutenue par ces médecins et par tous les défenseurs du vitalisme².

De plus, il est très fréquent que les médecins intéressés par une médecine non spécialisée soient engagés dans une attitude ouverte à plusieurs disciplines telles la physique, la sociologie, la pédagogie, l'histoire ou la religion avec une volonté de synthèse de ces spécialités vers une

...connaissance, non seulement des aspects de l'homme, mais de l'homme tout entier [...] En un mot, d'une véritable science de l'homme.³

Notons aussi que les représentants de ces idéologies, ou de ces stratégies médicales, se positionnent toujours à la fois pour une nécessité de reconnaissance institutionnelle - dont leur recherche de soutien par les institutions à travers l'approbation des personnalités universitaires- et l'effort pour créer des instituts⁴, des cercles⁵, des revues⁶, des écoles indépendantes, voire opposées à tout organisme officiel.

¹ Carrel A., *Ibidem*, p. 9.

² Le médecin Cabanis écrit en 1802 *Rapports du physique et du moral dans l'homme* dans laquelle il soutient que la sensibilité physique est à la base de toutes les idées et en même temps de tous les phénomènes vitaux et dans ses ouvrages suivants il dessine une histoire naturelle inspirée aux principes vitalistes. Auguste Comte aussi dans sa classification des sciences propose une division entre phénomènes naturels et phénomènes vivants.

³ Carrel A., *Op. Cit.*, 1945, p 5.

⁴ Carrel propose la création de l'Institut de l'homme, ou l'Institut de la civilisation.

⁵ Nous verrons ci de suite le cercle néo-hippocratique, le Carrefour de Cos.

⁶ En est un exemple la revue dirigée par Laignel-Lavastine, *Hippocrate, Revue d'humanisme médical*, bimestrielle, éditée du mars 1933 au juin 1951.

Comme nous l'avons dit, aux marges de la médecine officielle, entre les deux guerres, existent des courants qui, malgré tout, trouvent une expansion et une notoriété indéniable. Au-delà du vitalisme, qui embrasse plusieurs approches médicales, l'homéopathie, le néo-hippocratism, ou encore un courant d'humanisme médical chrétien et, un peu plus tard, comme nous le montrerons, l'acupuncture, trouvent une place dans le monde médical français.

L'homéopathie, apparaît en France assez précocement. En effet, le docteur S. Hahnemann¹, l'initiateur et inventeur de l'homéopathie, se rend à Paris en 1835, pour y pratiquer la médecine homéopathique les dernières années de sa vie. En France cette thérapeutique était déjà connue depuis quelques années grâce au comte Sébastien de Guidi, personnage pittoresque, venant de Naples. Bien que n'étant pas médecin, il pratique l'homéopathie à Lyon, autour 1830 et forme plusieurs médecins français et suisses². Un réseau de médecins en contact avec Hahnemann et le comte Guidi pratique l'homéopathie et crée les premières revues³. Par la suite différentes écoles se sont diffusées sur le terrain français connaissant des phases d'ouverture, alternées à des moments d'opposition de la part de la médecine académique.

Cette diffusion périodique de l'homéopathie en France, qui avait fait son apparition au début du XIX^e siècle⁴, est certainement due aux « mouvements inconstants de la médecine officielle »⁵. En effet, entre 1835¹ et 1860, l'homéopathie se répand de manière

¹Samuel Hahnemann (1755-1843). Née à Meissen, venant d'un milieu peu fortuné, il suit ses études et grâce à une bourse il décide de se diriger vers la médecine. A vingt et un ans, étudiant en médecine, il commence une carrière de traducteur. En 1777, à l'occasion d'un bref passage à Vienne, il a la bonne fortune de rencontrer le baron de Bruckenthal, gouverneur de la Transylvanie qui lui offre d'être bibliothécaire et médecin particulier. Il fut aussi reçu dans une loge maçonnique de Hermanstadt. En 1783 il se marie avec la fille d'un pharmacien de Dessau, Haeseler, qui l'avait initié à la préparation des remèdes, et il s'établit à Dresde. Deux ou trois ans plus tard il rentre dans une période de profonde crise : désespéré de ne pouvoir soulager ses patients avec les remèdes de l'époque, il arrête son activité de médecin pour se remettre à l'étude de la chimie, malgré le désespoir de sa femme et une famille nombreuse à maintenir. Après des essais sur lui-même d'abord, il découvre qu'un médicament contre la fièvre absorbé par un individu sain provoque de la fièvre. En poursuivant ses recherches, en 1796, Samuel Hahnemann fonde l'homéopathie, et il s'engage dans une suite impressionnante d'essais de nombreuses substances dont il note soigneusement les effets. En 1810 il publie son exposé princeps de la doctrine de l'homéopathie : *l'Organon de l'art de guérir*. Entre 1810 et 1820 il fait l'objet d'une série d'accusation et de procès de la part de médecins et de pharmaciens (parce qu'il préparait lui-même ses remèdes). En 1830 il perd sa première femme. En 1835, déjà à la retraite, il rencontre une jeune française avec laquelle il part vivre à Paris où il meurt le 3 juillet 1843.

² Pierre Dufresne de Genève fut son premier disciple, il publia la *Bibliothèque homéopathique* première revue francophone de homéopathie, née en 1832 ; Citons aussi : Jouve, Rapou, Dessaix, Gueyrard, Gartier, Petroz, Davet, Curie et Simon. Cf. : Janot C., *Op. Cit.*, 1936, p. 24.

³Cf. : La revue *La bibliothèque homéopathique* parue à Genève en 1832 ; le *Journal de médecine homéopathique* édité depuis fin 1833 ; les *Archives de médecine homéopathique* paru en 1834.

⁴ Cf. : Janot C., *Op. Cit.*, 1936.

⁵ Garden M., « L'histoire de l'homéopathie en France -1830-1940 », in Faure O. (sous la dir.), *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie (1800-1940)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1992, p. 74.

assez continue, étant présente dans tous les cercles de la communauté médicale (même les professeurs d'université commencent à s'y intéresser) et toutes les couches sociales². Mais à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle la médecine allopathique s'impose de plus en plus, ce qui conduit à une diminution notable du nombre des médecins homéopathes. L'histoire des premières décennies du XX^e siècle ne laisse pas place à une thérapeutique comme l'homéopathie, qui est attaquée par la médecine allopathique. Effectivement, la nécessité d'une médicalisation des classes populaires pendant la période entre la fin du XIX^e siècle et les années de la première guerre mondiale³, écarte sensiblement l'intérêt pour l'homéopathie. La médecine savante et rénovée de l'époque, n'accepte pas « le mystère, l'insondable, l'inexplicable, l'incompréhensible, d'où l'exclusion de l'homéopathie »⁴.

Il faut attendre les années 1930⁵, et encore plus l'après-guerre, pour observer de nouveau une véritable augmentation des médecins homéopathes français. La raison de cette nouvelle vague de l'homéopathie semble se trouver, pour Olivier Faure et Maurice Garden, dans la capacité, propre à cette thérapeutique, de combler les failles de la médecine allopathique de l'époque.⁶

Après la mort d'Hahnemann, différentes écoles d'homéopathie se diffusent en Europe, opposant les praticiens orthodoxes ou non en regard de la doctrine du fondateur. Des querelles divisent les homéopathes sur la « véritable » homéopathie et des controverses entre la médecine universitaire et l'homéopathie se poursuivent jusqu'à nos jours.

Mais pour ce qui nous intéresse, le lien entre l'acupuncture et l'homéopathie, nous verrons comment cela dépend complètement - nous le montrerons plus loin en étudiant la carrière de George Soulié de Morant - de l'éclectisme d'une certaine population médicale française autour des années 1930, dont les homéopathes étaient une partie très représentative.

¹ Année de l'arrivée de Hahnemann à Paris, où il décéda en 1843.

² En 1860 il y avait 400 ou 500 médecins diplômés qui étaient répertoriés en France. Garden M., *Op. Cit.*, 1992, p. 72.

³ Cf. : Cosmacini G., « Il medico sociale », in *Il mestiere di medico*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.

⁴ Garden M., *Op. Cit.*, 1992, p. 80.

⁵ Les œuvres de Vannier, Mondain, Allendy permettent à l'homéopathie de trouver un statut et une place à côté de la médecine allopathique. Cf. : Martiny M., « Histoire de l'homéopathie », in Laignel-Lavastine M., (sous la dir.), *Histoire générale de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, tome 3, Paris, Albin Michel, 1949, p. 563-578 ; Janot C., *Histoire de l'homéopathie française*, Fontenay-aux-Roses, 1936.

⁶ Garden M., *Op. Cit.*, 1992, p. 73.

Pour bien saisir ce moment il faut aussi dire quelques mots de deux autres tendances présentes à l'époque : le courant d'humanisme médical chrétien et le néo-hippocratismes.

L'humanisme médical chrétien est représenté, dans les années 1920, par le médecin lyonnais René Biot. Il constitue, en 1924 le *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques*. Ce groupe met en relation plusieurs médecins intéressés par ce genre de médecine comme Auguste Lumière, René Leriche, Alexis Carrel et organise des conférences auxquelles participe, entre autres, le professeur Maxime Laignel-Lavastine¹. Biot défend une médecine « humaine » qui considère la totalité de l'individu (le corps et l'âme) à l'intérieur de son environnement. Il soutient aussi la notion de « tempérament » (qui sera rapidement appelé « biotype ») en essayant de définir une typologie des tempéraments humains. Cette approche, selon Biot, peut réellement être un moyen pour fonder une « médecine de l'individu » ou une « médecine humaine ». Un autre apport à ce courant a été l'œuvre de René Allendy. Ce médecin, homéopathe et psychanalyste, en analysant les différentes approches existant dans la médecine, en distingue deux « pôles » : une tradition analytique, qui regarde la maladie comme le produit d'un agent externe, et une vision synthétique qui considère la maladie comme un processus d'adaptation aux conditions difficiles rencontrées par l'individu. C'est pour une défense de la seconde approche qu'il se place, comme la plupart des médecins « holistiques » de l'époque².

Dans les années 1930 un mouvement, en quelque sorte transgressif à la médecine officielle, vient s'établir en France. En effet, M. Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine à la faculté de médecine de l'Université de Paris crée la revue *Hippocrate*,

¹ Maxime Laignel-Lavastine (1875-1953). Fils d'une famille de médecins, Laignel-Lavastine est nommé en 1907 médecin des hôpitaux, il occupe le poste de chef du laboratoire d'anatomie pathologique rattaché à la clinique des maladies mentales. Pendant la première guerre mondiale il est médecin chef du centre de traitement des confusions et psychonévrose du Gouvernement de Paris. Après la guerre il est nommé chef de service d'abord à l'hôpital Laennec, puis il passe à la Pitié en 1924 où il est chargé de cours à titre permanent. En 1931 il est finalement nommé professeur à la chaire d'Histoire de la Médecine et Chirurgie Clinique des Maladies Mentales. Il est admis en 1936 comme membre de l'Académie de Médecine. Depuis toujours intéressé par l'« humanisme médical » il joue un rôle à travers diverses sociétés dont il s'occupe : il participe à l'Institut des sciences et des techniques, à l'Académie internationale d'Histoire des Sciences, à la Société des Etudes Historiques, au Groupe français d'Histoire des Sciences, à la Société d'Histoire de la Pharmacie, à la Société internationale d'Histoire de la Médecine et comme nous le verrons il est président d'honneur de la Société Française d'Acupuncture. Il publie un ouvrage *Les maladies de l'esprit et leurs médecins du XVI^e au XIX^e siècle. Les étapes des connaissances psychiatriques de la Renaissance à Pinel* » et il dirige la grande *Histoire générale de la médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire*.

² Plus loin, nous verrons à ce sujet le discours tenu par le médecin homéopathe et acupuncteur Roger de la Fûye.

*Revue d'humanisme médical*¹. Il s'agit fondamentalement d'une publication d'histoire de la médecine ouverte à toutes les approches alternatives. À la même époque plusieurs thèses de médecine sont consacrées à Hippocrate ou au néo-hippocratisme. Selon George Weisz ce mouvement naît au meeting annuel de la « *progressive and eclectic* » branche de l'homéopathie française associée à la revue *Homéopathie moderne*². Ces homéopathes, dont Marcel Martiny et Maurice Fortier-Bernonville, sont les promoteurs d'une forme d'homéopathie plus proche de la médecine officielle et mieux intégrée à elle. En 1935 à la conférence annuelle d'*Homéopathie moderne* sont invités le professeur Laignel-Lavastine et le médecin homéopathe et leader de médecins néo-hippocratiques anglais, le docteur Alexandre Cawadias. La rencontre de ces deux personnages permet le développement du mouvement en France fondé sur les principes suggérés par Alexandre Cawadias, et qui est nommé « néo-hippocratisme » s'inspirant en cela de l'historien de la médecine italien Arturo Castiglioni.³

Il y a quelques années un mouvement médical, passionnant et discuté, prit, en Europe, et particulièrement en France, une grande importance. Il s'agissait du néo-hippocratisme ; le néologisme était pauvre et choquant, mais il réussit car sa cause était riche et traditionaliste. Cette médecine à la fois humaniste et scientifique, à la limite du conformisme, tint son premier congrès International à Paris, en juillet 1937, sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine.⁴

L'année suivante, en 1938, à Marseille le professeur Cornil organise le premier Congrès national. Les années de la guerre empêchent la suite des activités, et c'est seulement quinze ans après, en 1953, que le professeur Delore organise le deuxième Congrès international. Le troisième se tient à Montecatini en 1956, le quatrième à Athènes et à Cos en 1958, le cinquième à Montpellier en 1962, et le sixième à Madrid en 1965.

Que revendique, que préconise le néo-hippocratisme en dehors de la morale et de la primauté indestructible de la clinique ? Une grande disponibilité intellectuelle dans l'interrogation ; un antiscentisme au service d'une expérimentation positive ; une aide, quand on le peut, aux natures médicatrices, par une thérapeutique autorégulée et non

¹ La revue bimensuelle *Hippocrate* fut publiée entre 1933 et 1951.

² Weisz G., *Op. Cit.*, 1998, p. 82.

³ Martiny M., *Hippocrate et la médecine*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1964, p. 312.

⁴ Martiny M., « Nouvel hippocratisme », in Carrel A. (éd.), *Médecine officielle et médecines hérétiques*, Paris, Plon, 1945, p. 141.

toxique ; une recherche non seulement de la réaction individuelle, mais de celle des rythmes biologiques ignorés ou camouflés, des horaires et des doses thérapeutiques adaptés, parfois infinitésimales ; aussi une utilisation de la iatro-chimie moderne offerte par la pharmacologie, dont il faut blâmer, non l'évidente efficacité, mais le mesurage ; enfin une hygiène, une médecine physique et psychique harmonieuse, qui tienne compte de l'environnement du malade.

À mesure que la science progresse dans son expérimentation appliquée, la Médecine est dans l'obligation de s'y adapter. On doit non seulement utiliser le laboratoire ou l'instrumentation comme moyens de vérification, mais encore les intégrer dans la clinique, sans oublier pour autant les méthodes classiques d'observation.

[...] Traiter le problème du néo-hippocratismes devant le bouleversement de la Médecine, c'est admettre la valorisation nécessaire de l'homme de synthèse, c'est le remettre aux postes de commande, dans la lutte contre la maladie.¹

Les principes à la base du néo-hippocratismes qui viennent du médecin anglais Cawadias (primauté de la clinique, conception individualisée et dynamique de la maladie, traitements le plus possible naturels) sont repris par les médecins français.

Le néo-hippocratismes français se développe principalement chez les homéopathes. Ils font remonter à Hippocrate l'affirmation selon laquelle « la maladie est produite par les semblables et c'est par l'administration des semblables que les malades retrouvent la santé ». Toutefois, comme le signale Jacques Jouanna, Hippocrate ne pensait pas que l'homéopathie et l'allopathie soient exclusives, mais plutôt que certaines maladies sont causées par les semblables et d'autres par les contraires. En ce sens, la nature du traitement dépend de la cause de la maladie².

De fait les néo-hippocratiques, il faut le noter, ne sont pas uniquement des homéopathes :

Aujourd'hui, beaucoup de médecins, qui ne sont point des homéopathes, regardent les disciples d'Hahnemann comme des sortes de précurseurs qui ont devancés sur le chemin du « retour à Hippocrate » où eux-mêmes s'engagent... Il ne leur manque que la foi, mais ils voient avec sympathie ces confrères dont les prescriptions anodines, les « centimes dilutions » ne peuvent du moins, faire aucun mal. *Primum non nocere*.... Et comme

¹ Martiny M., *Hippocrate et la médecine*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1964, p. 313.

² Jouanna J., *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992, p. 625, note 93.

l'homéopathie demeure, aux yeux du malade et de la famille, une médecine entourée de mystère, la doctrine garde un prestige quasi magique.¹

Manifestement ce mouvement fédère des médecins qui sont attirés par la médecine empirique. Des naturopathes, des médecins littéraires comme M. Laignel-Lavastine et P. Desfosses, des membres de l'élite médicale de Paris comme les professeurs P. Carnot, M. Loeper, R. Leriche (professeur au Collège de France), de jeunes hospitaliers comme Guy Laroche ou André Jaquelin, ou des professeurs de la province comme P. Delore (à Lyon) participent activement aux congrès des néo-hippocratiques².

Dans ce contexte, nous sommes confrontés à une sorte d'énigme jusqu'alors ignorée par les historiens : pourquoi aucun lien entre l'acupuncture et les néo-hippocratiques, ou les autres tendances holistiques dont nous avons jusqu'ici brièvement parlé, ne s'est-il jamais créé autour des années 1930 ?

Pour tenter de résoudre cette énigme, nous étudierons ci-dessous comment l'acupuncture fit son apparition dans la médecine française des années 1930, en consacrant quelques pages à la figure de George Soulié de Morant. Dans cette biographie et plus loin dans la présentation des sociétés d'acupuncture en France nous verrons apparaître les noms de médecins comme M. Laignel-Lavastine, M. Martiny, R. Leriche, A. Lumière et nous constaterons que ces personnages ont joué un rôle important pour le développement de l'acupuncture française. Malgré tout cela, dans les ouvrages des médecins que nous venons de citer, quasiment aucune référence n'est faite à l'acupuncture. Marcel Martiny, dans « Nouvel Hippocratisme » consacre juste deux lignes à l'acupuncture. En parlant de la valeur antalgique des remèdes homéopathiques injectés, il affirme, sans s'attarder plus sur ce sujet :

Il faut d'ailleurs retenir aussi la valeur topographique d'une simple piqûre sans produit injecté comme dans l'acupuncture chinoise introduite en France par Soulié de Morant et P. Ferreyrolles.³

¹ Dumesnil R., « La renaissance de l'Hippocratisme », *Revue de France*, Paris, 1936, p. 887.

² Cf. : Weisz G., *Op. Cit.*, 1998, p. 83.

³ Martiny M., *Op. Cit.*, 1945, p. 157.

Pourtant ce sera le même Marcel Martiny, ainsi que sa femme Thérèse, qui soutiendront et aideront le travail de George Soulié de Morant « sinologue et acupuncteur ».

Les historiens de l'homéopathie et des médecines non officielles entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle ne soulignent pas ce lien entre l'approche vitaliste, le néo-hippocratismes, l'homéopathie et la diffusion de l'acupuncture en France. Ainsi les historiens de l'acupuncture n'ont pas prêté une attention suffisante à cette rencontre et à cette coexistence de thérapeutiques non orthodoxes.

Nous pouvons donc penser que la diffusion de l'acupuncture est en quelque sorte retardée par l'existence même de la médecine homéopathique dans la mesure où cette dernière occupe déjà largement le domaine des médecines non orthodoxes employées par les néo-hippocratiques. L'acupuncture jusqu'après la deuxième guerre mondiale reste un instrument connu, étudié et pratiqué uniquement par une minorité de médecins. Elle ne concerne, de fait, qu'une partie minime de la population médicale jusqu'aux années 1970.

En outre, tout le mouvement néo-hippocratique, se réfère à une image traditionnelle s'opposant à une médecine « spécialisée, technique et fruit de l'ère industrielle ». La conception des néo-hippocratiques trouve sa justification dans un processus de réappropriation de l'essence de l'esprit des origines, en se réclamant de la médecine grecque de l'école hippocratique. Il s'agissait d'une médecine autochtone et lointain ancêtre de la médecine moderne, situation diamétralement opposée pour ce qui en est de l'acupuncture. Cette dernière, dans les années 1930, est présente en France grâce à une attirance de l'époque pour l'exotisme, et d'autres manières de concevoir le monde. Il est compréhensible qu'une technique médicale venant de Chine n'ait pu avoir une position de référence comparable à celle de l'hippocratismes. Il est aussi vrai que l'acupuncture n'est probablement pas perçue comme une « Médecine », mais plutôt comme un instrument de soin -peut-être chez certains médecins une théorie- à découvrir, curieux et parfois stupéfiant, une méthode qui n'avait rien à voir avec la médecine occidentale. D'autant plus qu'en 1930, elle est enseignée et « pratiquée » par un non médecin, George Soulié de Morant.

3. George Soulié de Morant, la construction de la figure d'expert en acupuncture

George Soulié (plus tard George Soulié de Morant) est certainement un personnage éclectique, polygraphe et non conformiste¹. Captivé par la langue chinoise dès sa jeunesse, il produit une longue série d'écrits sur la Chine dans différents domaines. Etant né à la fin du XIX^e siècle, il vit les bouleversements et les instabilités sociales de la première moitié du XX^e siècle. Sa biographie est constellée de changements, de mises en jeu, de conquêtes et d'échecs. Mais il est aussi le premier Français à s'être concrètement occupé de l'acupuncture en Occident après avoir vu pratiquée la médecine chinoise en Chine. La biographie de ce personnage peut nous servir pour comprendre comment il arrive à gagner la renommée pour laquelle il est encore aujourd'hui connu et qui témoigne de son expertise et à marquer si fortement l'insertion de l'acupuncture dans la pratique médicale française.

3.a. La jeunesse et le départ pour la Chine

George Soulié naît à Paris, en 1878, d'une famille bourgeoise. Son père, Mathieu-Léon Soulié, venait du sud-ouest de la France, sa mère Blanche Marie Bienvenu, était originaire de Louisiane. George est le troisième de quatre enfants (Maurice l'aîné, Robert le cadet, George et une sœur Amélie). Mathieu-Léon Soulié est ingénieur² souvent en mission aux Amériques. C'est là-bas qu'il rencontre Blanche Marie Bienvenu, il l'épouse en France où ils s'installent. Néanmoins Léon Soulié continue ses déplacements vers l'Amérique et c'est en 1885, à bord du *Lafayette* au cours d'une mission pour la Compagnie du Canal de Panama, qu'il décède du paludisme à l'âge de 53 ans.

Un an après la mort de son père, le jeune George fait une rencontre décisive pour la suite de sa vie. À l'âge de huit ans, il connaît en effet Judith Gautier, fille du célèbre écrivain Théophile Gautier. La sympathie presque maternelle - elle a 41 ans - que Judith Gautier témoigne à George permet à celui-ci de commencer son apprentissage de la langue chinoise avec le lettré chinois lié à la famille Gautier. Effectivement, autour des années 1860, un ami de l'écrivain Théophile Gautier, Charles Clermont-Ganneau³, rencontra

¹ C'est la définition donnée par Francis Soulié de Morant, le neveu de George Soulié de Morant : cf. <http://fsouliedemorant.free.fr/George.htm>.

² George Soulié de Morant dit d'avoir étudié à l'Ecole Polytechnique, mais son nom n'apparaît pas sur la liste. Cf. : Régner C., « Soulié de Morant, sinologist, writer, and pioneer of acupuncture in France », in *Medicographia*, vol. 26, n°2, 2004, 188-195, p. 188.

³ Cf. : Liebowitz Knapp B., *Judith Gautier, une intellectuelle française libertaire*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 66-68.

fortuitement le chinois Ting Tun-Ling (Ding Dunling) qui devait avoir été envoyé en France pour compiler un dictionnaire Français-Chinois commandé par l'ex-évêque de Macao, Monseigneur Joseph-Marie Callery (ou Calleri, étant d'origine italienne). Suite à la mort de l'ecclésiastique, avant le début de la rédaction de l'ouvrage, Ting Tun-Ling se trouvait en grosses difficultés, puisque seul en France sans moyens de subsistance¹. La passion de Judith Gautier pour le monde et la civilisation chinoise poussa son père à engager le lettré chinois comme précepteur de ses filles. Tin Tun-Ling une fois rentré dans la famille Gautier ne la quitta plus jusqu'à sa mort (son corps est enterré dans le tombeau de la famille Gautier à Saint-Énogat). C'est grâce à cette relation amicale avec Judith Gautier que l'intérêt du jeune George pour la Chine commence à prendre forme et se concrétise, par ces premiers cours de langue et de civilisation chinoise.

La mort prématurée de Mathieu-Léon Soulié, son père, oblige George Soulié à mener des études très courtes (bien qu'il envisageait de devenir médecin²) afin de s'occuper de sa mère. À l'âge de 18 ans, il obtient un poste de secrétaire dans la banque Lehideux. Bien qu'il ait une occupation professionnelle, sur le conseil de Judith Gautier, il suit en qualité d'auditeur libre les cours de l'École Spéciale de Langues Orientales³. En 1897, à l'âge de 19 ans, il devient secrétaire de la Compagnie du Sud-est Africain et du Zambèze. En 1901, la Compagnie Industrielle de Madagascar décide de l'employer pour ses connaissances de la langue chinoise et l'envoie en Chine comme interprète. Très rapidement il est captivé par la Chine et devient bon connaisseur non seulement de la langue, mais aussi de « l'étiquette chinoise » de l'époque⁴. En 1902, il est interprète à la Compagnie Impériale du Chemin de Fer et, grâce à son intégration dans la société pékinoise, le ministère des Affaires Etrangères le remarque. George Soulié quitte donc, en

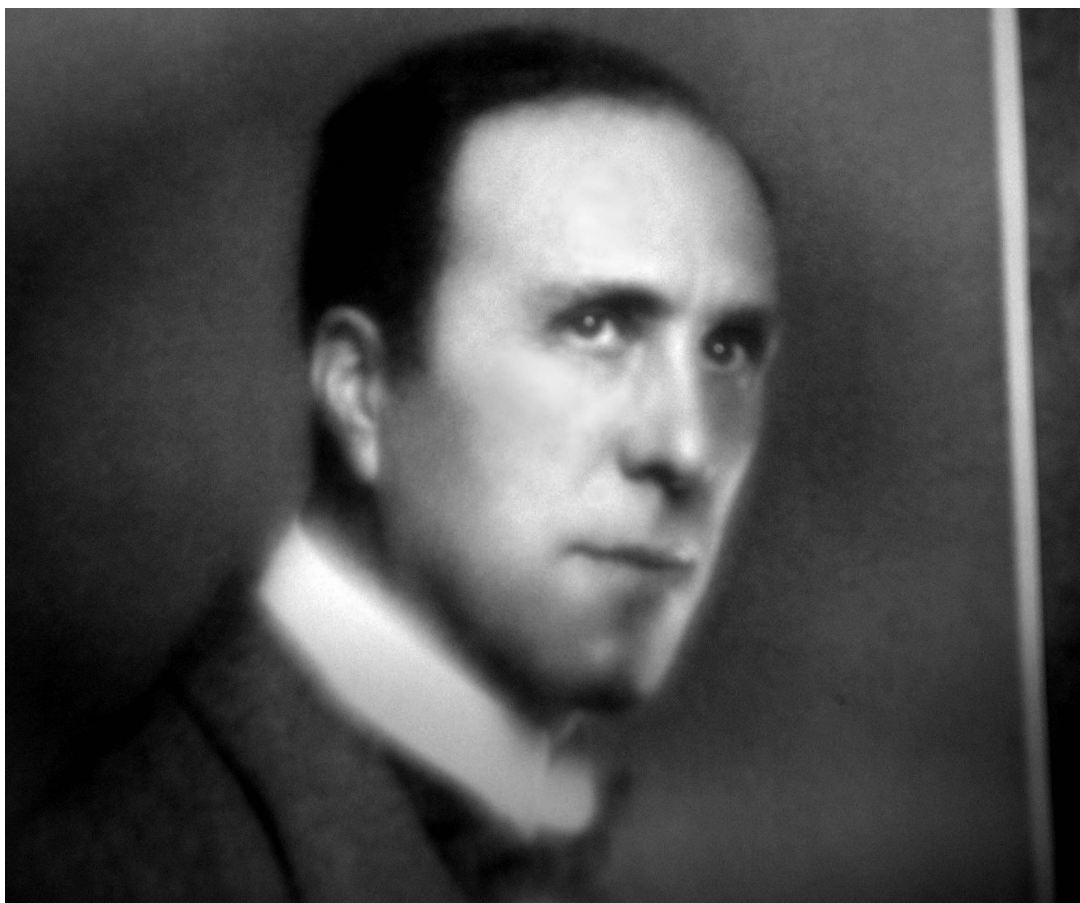
¹ Selon A. Pino, le nom de Ting Tun-Ling est aussi liée à et au marquis d'Hervy pour lequel il travailla comme « répétiteur indigène » dans son enseignement à l'École des langues orientales entre 1869 et 1870. Ting Tun-Ling apparaît aussi à côté du nom de Léon de Rosny comme calligraphe dans quelques ouvrages sur la culture japonaise (apparemment Ting Tun-Ling étudia en France la langue japonaise). Cf. : Pino A., « Trois répétiteurs indigènes : Ly Hong-fang, Ly Chao-pée et Ting Tun-ling 1869-1870 », in Bergère M.-C., Pino A., *Un siècle d'enseignement du chinois à l'École des langues orientales 1840-1945*, Paris, L'Asiathèque, 1995, p. 276-280.

² Evelyn Soulié de Morant, entretien privé.

³ Evelyn Soulié de Morant, entretien privé.

⁴ Jacquemin J., « Gorge Soulié de Morant, sa vie, son œuvre. », in *Revue Française d'Acupuncture*, n°42, juin 1985, p. 9-31.

1902, son poste de secrétaire à la Compagnie Impériale du Chemin de Fer pour rentrer à Paris et préparer son dossier de candidature pour un poste dans la diplomatie française¹.



Portrait de George Soulié de Morant
Archive personnel, Evelyn Soulié de Morant
Photo L. Candelise

¹ Evelyn Soulié de Morant, entretien privé.

3.b. La diplomatie et la littérature

En 1903 il est nommé élève-interprète attaché au Consulat Général de France à Shanghai, où il siège comme assesseur-remplaçant à la Cour Mixte de justice¹. Pendant l'année passée dans cette ville, il se fait remarquer par son zèle et ses capacités de travail. Etant bien accueilli dans la société chinoise il peut être en contact avec des lettrés, s'intéresser à l'art, à l'histoire et à la littérature, recueillant ainsi le matériel pour ses écrits. Il resta à Shanghai jusqu'en 1906, année où il est obligé de quitter la Chine souffrant de fièvres paludéennes. Il rentre en France, après un séjour de près d'un mois au Japon. Une fois partiellement remis, il obtient sa nomination au grade de Vice-consul interprète de troisième classe à Kuming. Mais à cause de sa santé trop faible et de plusieurs rechutes il ne rejoint le Yunnan que plusieurs mois après.

Pendant son séjour au Yunnan il est chargé de l'administration des concessions françaises. En 1908, George Soulié fournit un visa au docteur Sun Yat-sen, le futur premier président de la République chinoise, qui est poursuivi par l'armée impériale. Sun Yat-sen peut ainsi gagner le Tonkin. Cet événement lie les deux hommes d'une longue amitié. Ce lien est affirmé par la biographie que Soulié écrira en 1932² de l'homme politique chinois et les quelques photos de la famille de Sun Yat-sen faisant partie des archives de la famille Soulié de Morant³.

Signalons, pour aborder un autre point qui nous occupera plus longuement ci-dessous, que c'est dans ce contexte que Soulié de Morant peut développer sa passion pour l'acupuncture, et qu'il obtient le titre de « Maître Médecin » conféré par le gouverneur de Yunnan⁴.

En 1909, il est obligé de quitter le Yunnan, alors qu'il est de nouveau victime des fièvres paludéennes. Lors de sa convalescence il rencontre Emilie Dalsème, fille d'un marchand de tapis orientaux, qu'il épouse en juin 1911. De ce mariage naissent deux enfants, Nevill (en 1912) et Evelyn (en 1914). En 1911 il est finalement nommé au

¹ La Cour Mixte était un tribunal composé par deux juges un chinois et l'autre français.

² Soulié de Mornat G., *Soun Yat-Sénn*, Paris, Gallimard, 1932. Dans le liminaire de cet ouvrage George Soulié de Morant affirme toute son estime pour le politicien et révolutionnaire chinois. Il ne néglige pas les ombres qui s'inscrivent dans l'action menée par Sun Yat-sen, le définissant néanmoins comme un « Bienfaiteur de l'Humanité ».

³ Cf. : Photos n° 2-3.

⁴ Nous n'avons pas eu accès directement à des documents qui prouvent l'obtention de ce titre. Nous nous référons à : Jacquemin J., « Gorge Soulié de Morant, sa vie, son oeuvre. », in *Revue Française d'Acupuncture*, n°42, juin 1985, p. 9-31 ; Wei Thiong Chan Way Tim, « George Soulié de Morant », in *Méridiens*, n°79, 1987.



« Visite commémorative au tombeau du père de Sun Yat Sen, sun Yat Fan, les deux femmes au centre ». 1936, didascalie de G. Soulié de Morant. Archive personnel, Evelyn Soulié de Morant



« Famille de Sun Yat-sen, mère au centre, plus fils aîné Sun Fo, Sun Yat Sen, sa première femme En Sai Tai. Aujourd'hui mère encore vivante en résidence permanente à Macao ». Photo sans date didascalie de G. Soulié de Morant. Archive personnel, Evelyn Soulié de Morant

Photos L. Candelise

Consulat Général de France à Shanghai comme Vice-consul de deuxième classe. Mais la mauvaise santé de sa femme puis la déclaration de guerre l'obligent à différer son départ pour la Chine¹. Pendant le conflit il est reformé, toujours pour des raisons de santé.

Durant quelques années, il est interprète en France pour la Sous Direction d'Asie et d'Océanie et auprès de l'armée britannique, puisque il parlait couramment l'anglais et le chinois. En 1916 ou 1917, il est envoyé en Chine par le Ministère de l'Instruction Publique pour une mission qui, officiellement, avait pour but d'établir des correspondants de l'instruction française en Chine². Mais vraisemblablement ce voyage avait été organisé par le ministère des Affaires Étrangères qui l'envoie « en mission secrète en Chine, où, déguisé en chinois du sud [*sic*], il explora la frontière Russo-Chinoise pour mener à bien la tâche qui lui était assignée »³. Notons que selon Evelyn Soulié de Morant ce départ en Chine de son père était une mission secrète.

À l'occasion de ce voyage, George Soulié de Morant demande au ministère sa remise en disponibilité mais, malgré l'intervention de plusieurs personnalités politiques en sa faveur, sa demande de Consul de deuxième classe ne sera jamais acceptée. En 1917, il décide de donner sa démission mettant ainsi fin à sa carrière diplomatique.

Plusieurs événements dans la vie de ce personnage restent voilés de mystère. Par exemple les raisons pour lesquelles George Soulié de Morant abandonne sa position au ministère des Affaires Étrangères demeurent très vagues.

Néanmoins, l'échec définitif de sa position de diplomate en Chine correspond certainement à un changement considérable dans sa vie professionnelle. À l'abandon du ministère des Affaires Étrangères succède une carrière d'« érudit expert » de la Chine. En effet, entre 1918 et 1929, George Soulié gagne sa vie comme interprète en France, mais surtout avec ses écrits sur la Chine.

Son succès en France est dû d'abord à ses écrits dans lesquels, jusqu'en 1929⁴, il n'aborde jamais le thème de l'acupuncture. L'œuvre de Soulié de Morant traite de nombreux aspects de la culture chinoise ; il écrit sur la musique⁵, la littérature¹, l'histoire

¹ Un an plus tard elle accoucha de son premier fils et sa santé resta faible pour plusieurs années.

² Selon Régnier C., in Régnier C., *Op. Cit.*, 2004, p. 191-192, la mission en Chine de Soulié de Morant était formellement organisée dans le cadre de la création de l'EFEO (École Française d'Extrême-Orient), mais nous n'avons pas eu accès à aucune autre source le confirmant.

³ Ferreyrolles P., « George Soulié de Morant », in *Bulletin de la Société d'acupuncture*, n° 16, mai 1955.

⁴ Soulié de Morant G., Ferreyrolles P., « L'acupuncture en Chine et la réflexothérapie moderne », in *Homéopathie française*, juin 1929.

⁵ Soulié de Morant G., *La musique en Chine*, Paris, Leroux, 1910 ; *Théâtre et musique modernes en Chine*, Paris, Geuthner, 1926.

de l'art², le droit³, l'histoire et géographie⁴, Confucius⁵, la grammaire mongole⁶ et il publie sept romans⁷.

C'est à ce moment de sa vie, vers 1918, qu'il œuvre pour changer son nom. En France deux écrivains connus avaient porté le nom de Soulié : un journaliste et écrivain, Frédéric Soulié, et le frère aîné de George, Maurice Soulié. Il considère donc opportun de se distinguer de ces deux personnages et il demande de changer son nom de famille en le complétant avec « de Morant », nom de sa grand-mère maternelle, pour s'appeler finalement George Soulié de Morant.

Il est assez étonnant que, malgré son intérêt intellectuel et sa production littéraire autour de la Chine, Soulié de Morant semble n'avoir jamais rencontré aucun intellectuel français en Chine à la même époque, comme par exemple Victor Segalen, Paul Claudel, Paul Pelliot ou encore Édouard Chavannes⁸. De plus, ses écrits ne portent jamais sur ses expériences en Chine et on n'y trouve aucune référence aux premières interventions occidentales, ou françaises, en territoire chinois. Pour ce qu'il en est de la médecine, par exemple, malgré les années passées au Yunnan, Soulié de Morant ne fait jamais allusions aux missions médicales françaises dans le sud-ouest de la Chine.⁹

¹ Soulié de Morant G., *Essai sur la littérature chinoise*, Paris, Mercure de France, 1921 ; *Le florilège des poèmes Song*, Paris, Plon, 1923 ; *Trois contes chinois du XVII^e siècle*, Paris, Piazza, 1926.

² Soulié de Morant G., *Histoire de l'art chinois*, Paris, Payot, 1928.

³ Soulié de Morant G., *Les droits conventionnels des étrangers en Chine*, Paris, Sirey, 1916 ; *Extraterritorialité et intérêts étrangers en Chine*, Paris, Geuthner, 1925.

⁴ Soulié de Morant G., *Tseu-H'si, Impératrice des boxeurs*, Nilsson 1911 ; *L'Épopée des jésuites français en Chine*, Paris, Grasset, 1928 ; *Histoire de la Chine, dès l'antiquité jusqu'en 1929*, Paris, Payot, 1929, *Sun-Iat-Sen*, Paris, Gallimard, 1931 ; *Traité de chiromancie chinoise. Sciences occultes en Chine : la main*, Nilsson, 1932.

⁵ Soulié de Morant G., *La vie de Confucius*, Paris, Piazza, 1929.

⁶ Soulié de Morant G., *Éléments de grammaire mongole*, Paris, Leroux, 1903.

⁷ Soulié de Morant G., *In the claws of the dragon*, Allen and Unwin, 1920 ; *Le Palais des cents fleurs*, Paris, Édition d'art, 1922 ; *Mon cher compagnon*, Fasquelle, 1923 ; *Bijou-de-ceinture*, Paris, Flammarion, 1925 ; *Ce qui ne s'avoue pas, même a Shanghai, ville de plaisir*, Paris, Flammarion, 1929 ; *Divorce anglais*, Paris, Flammarion, 1930 ; *Saine jeunesse*, Paris, Flammarion, 1931. Pour une bibliographie plus complète Cf. : *Biobliographie generale*, p. 617-646.

⁸ Cf. : Régnier C., *Op. Cit.*, 2004, p. 192.

⁹ Notons en effet que Florence Bretelle-Establet dans son ouvrage : *La santé en Chine du Sud (1898-1928)*, Paris, CNRS Éditions, 2002, ne parle jamais de George Soulié de Morant.

3.c. L'acupuncture

Le début de la période où Soulié de Morant commence véritablement à pouvoir diffuser ses connaissances sur l'acupuncture correspond à la fin des années 1920.

Auparavant il semblerait que, lors de sa décision d'abandonner la carrière diplomatique, George Soulié de Morant essaie de faire part de ses compétences en acupuncture au public français, mais en suscitant des réactions douteuses et perplexes. Lui-même en parle dans un article de 1932 :

Quand je racontai à des Européens mes expériences avec les aiguilles, je rencontrai un tel accueil de raillerie et d'incrédulité que je me gardai désormais avec soin de mentionner le sujet. Ce qui est différent de nous provoque en effet trop aisément notre moquerie méprisante.¹

Une attitude détachée semble avoir été rencontrée aussi auprès des médecins de l'époque :

Pendant mes congés en France, quelques tentatives d'explications auprès de médecins rencontrèrent à juste titre des sourires sceptiques : il est scientifique de garder en doute (non de nier) ce que nous ignorons. Je reculais donc la publication de tout ouvrage sur ce sujet. Je n'aurais peut-être jamais appris sur les Aiguilles si le docteur Paul Ferreyrolles ne m'avait pas interrogé avec insistance à ce sujet...²

Pour George Soulié de Morant, la rencontre avec Paul Ferreyrolles est certainement la première occasion de pouvoir investir d'importance ses connaissances autour de l'acupuncture. S'agissant, d'autant plus, d'un médecin, représentant d'une profession jusqu'alors hostile à tout discours autour de l'acupuncture.

De fait, en 1927, pendant un séjour à La Bourboule pour une cure de sa fille Evelyn, George Soulié de Morant fait la connaissance du docteur Paul Ferreyrolles³ qui

¹ Soulié de Morant G., « L'acupuncture chinoise », *Mercure de France*, avril 1932, publié in *Acupuncture (Communications 1929-1951)*, Paris, Trédaniel, 1978, p. 47.

² Soulié de Morant G., *L'acupuncture chinoise*, Paris, Maloine, 1957, p. 25.

³ Paul Ferreyrolles (1880-1955) est médecin thermal mais, faisant partie des cercles des médecins néo-hippocratiques de l'époque, il est préoccupé par l'empirisme dans la thérapeutique et il est attiré par toutes les médecines « non-conformistes » et traditionnelles. Avec les époux Thérèse et Marcel Martiny eux aussi médecins, et Georges Monod de Vichy il dirige le Carrefour de Cos. Ce cercle de recherches médicales néo-hippocratiques français était composé par des médecins homéopathes, iridologues, radiesthésistes

soigne sa fille. Le docteur Ferreyrolles, qui est décrit comme un esprit curieux¹, se montre intéressé par les connaissances, les observations et les expériences, concernant les traitements par les aiguilles, que Soulié de Morant avait menées pendant ses années de séjour en Chine.

En octobre 1927 le docteur Ferreyrolles lors d'un des dîners habituels avec les médecins Martiny leur parle de sa rencontre avec Soulié de Morant. Quelques semaines plus tard, George Soulié de Morant est présenté à Marcel et Thérèse Martiny².

À cette époque, j'étais à La Bourboule pour y faire soigner mes enfants et l'ami Paul [Ferreyrolles] nous fit faire la connaissance de ce romancier sinologue infiniment sympathique et intéressant à entendre raconter tout ce qu'il avait observé dans l'Empire Céleste. Commencèrent alors pour moi des jours d'études passionnés avec eux deux [Ferreyrolles et Soulié de Morant].³

Après la rencontre de Soulié de Morant avec Paul Ferreyrolles, ce dernier et les médecins proches de lui l'encouragent à rendre accessibles, en les traduisant du chinois, tous les documents qu'il a réunis pendant les années passées en Chine et pouvant intéresser des médecins français.

C'est George Soulié de Morant même qui en parle dans la préface à son *Précis de la vraie acuponcture chinoise* :

Il faut reconnaître que si, au début, le docteur Paul Ferreyrolles ne m'avait pas arraché ce que j'avais appris en Chine, l'Europe serait encore dans son ignorance à ce sujet.

Pour moi, en effet, consul, sinologue et littérateur, je n'étais devenu médecin chinois que par émerveillement des effets obtenus par de si faibles moyens et sans pensée autre que d'étudier un art presque miraculeux à mes yeux. De retour en Europe, le scepticisme que je rencontrais m'avait vite empêché de parler.

appliquant des méthodes de diagnostic ou de traitements plus ou moins hétérodoxes et défendant une médecine « traditionnelle et empirique ».

¹ Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, recherche financée par le CNRS, INSERM, MIRE, Paris, 1987, p. 30.

² Marcel Martiny (1887-1982) est médecin homéopathe, président de la Société d'Anthropologie de Paris. Il est un des plus connus représentant des néo-hippocratiques français membre fondateur du Carrefour de Cos. Sa femme, Thérèse Martiny (?- 1979) suit le travail de son mari et sera le médecin le plus proche de George Soulié de Morant. Ensemble ils feront partie de la Société d'Acupuncture et soutiendront la diffusion de cette thérapeutique en France.

³ Martiny T., « Éditorial: Soulié de Morant », *Méridiens*, n° 7-9, 1969, p. 8.

Mais c'est surtout grâce aux docteurs Marcel et Thérèse Martiny que, sous contrôle sévèrement scientifique, l'étude de la vraie acuponcture¹ chinoise a pu se poursuivre, s'affirmer, et ne pas se détourner ou se fausser vers l'application aveugle de formules incomprises, avec résultats incertains et temporaires.²

Médecin de l'hôpital thermal de La Bourboule le docteur Ferreyrolles fait, avec prudence quelques tentatives de thérapie avec acuponcture dans son service et, malgré sa précaution et son ignorance, il reste stupéfié par des résultats aussi rapides dans le traitement de la douleur et de l'amélioration des angines chez les enfants. Ses constatations le mènent à une collaboration avec Soulié de Morant. Pendant quelques années, durant l'hiver³, le docteur Ferreyrolles invite régulièrement George Soulié de Morant à ses consultations en cabinet et sa secrétaire Thérèse Martiny, prend note de toutes les observations cliniques⁴. Leur travail continue et donne suite à la publication d'un article sur l'acuponcture en 1929⁵. Cet article est la première publication de George Soulié de Morant portant sur l'acuponcture. C'est, en effet, à partir de 1929 qu'il se consacra uniquement à celle-ci.

Ferreyrolles est aussi en relation avec le docteur Charles Flandin⁶, médecin des hôpitaux à Bichat. Cette amitié lui permet d'introduire George Soulié de Morant, sous l'appui de Flandin, à Paris, à l'hôpital Bichat. En 1931, Ferreyrolles y ouvre la première consultation d'acuponcture avec une équipe de médecins⁷ et Soulié de Morant participe à leur travail en transmettant ainsi ses connaissances. Les récits des premières années de pratique de l'acuponcture parlent de guérisons inattendues, étonnantes, surprenantes, et « d'une période héroïque de l'acuponcture »⁸.

¹ Notons que G. Soulié de Morant appela la thérapie par aiguilles toujours acuponcture, l'appellation acuponcture est due à ses successeurs.

² Soulié de Morant G., *Précis de la vraie acuponcture chinoise*, Paris, Mercure de France, 1934, p. 8.

³ Le docteur Ferreyrolles travaille à la Bourboule uniquement pendant la saison estivale, en hiver il exerce dans son cabinet à Paris.

⁴ Thérèse Martiny étant encore étudiante en médecine, est aussi secrétaire du docteur Ferreyrolles. Plus tard elle deviendra le docteur Thérèse Martiny qui travaillera avec Soulié de Morant et qui le défendra devant le tribunal au moment de son accusation. Evelyn Soulié de Morant, entretien privé.

⁵ Cf. : Soulié de Morant G., Ferreyrolles P., *Op. Cit.*, 1929.

⁶ Le docteur Charles E. H. Flandin (1882-1955) sera plus tard président de la Société d'Acuponcture, et il est par ailleurs président de la Société française de dermatologie et syphiligraphie et de la Société des médecins de Paris. En 1952 il écrit l'article « Propos sur l'Acuponcture » dans le *Monde médical* (mai - juin 1952) où il défend la valeur de l'acuponcture.

⁷ Les docteurs Baratoux, Bétuel, Le Corre, Labonnette et Khoubesserian. Cf Wei Thiong Chan Way Tim, *Op. Cit.*, 1987, p. 66.

⁸ Wei Thiong Chan Way Tim, *Op. Cit.*, 1987, p. 61-80.

Plus tard, une fois terminé le travail autour de l'article rédigé avec le docteur Ferreyrolles, Soulié de Morant collabore avec Thérèse Martiny « *as an expert* » - pour reprendre l'expression de C. Régnier¹. En 1932, le docteur Marcel Martiny ouvre une consultation d'acupuncture à l'hôpital Léopold-Bellan pour sa femme, Thérèse Martiny, qui, bien que médecin, ne pratiquait pas encore (pendant ses études elle était la secrétaire du docteur Ferreyrolles). George Soulié de Morant vient régulièrement à ces consultations en qualité de sinologue et Thérèse Martiny y exerce comme médecin en suivant les indications que Soulié de Morant peut lui fournir.

Soulié de Morant était un chercheur passionné et il avait la patience orientale. Il se lançait souvent avec enthousiasme dans des expériences de pointe pour comprendre les textes chinois et les adapter [...] Sa ténacité a permis d'assimiler beaucoup mieux la pensée chinoise et a éclairé tout à fait la valeur de beaucoup de points.²

Plusieurs médecins³ assistent à ces consultations afin d'apprendre l'art de soigner avec les aiguilles que Soulié de Morant met en pratique.

Quelques années plus tard, en 1934⁴, le docteur Flandin met en place une autre consultation d'acupuncture à l'hôpital Saint-Louis avec la collaboration du même groupe de médecins qui participaient à la consultation à l'hôpital Bichat. Dans les années suivantes (entre 1936 et 1946) d'autres consultations d'acupuncture sont mises en place dans d'autres hôpitaux parisiens, notamment l'hôpital Saint-Jacques, Hahnemann⁵ et Foch⁶.

Autour de 1935, après avoir travaillé dans les hôpitaux à côté des médecins et avoir avancé dans la traduction des textes chinois et japonais⁷, George Soulié de Morant

¹ Régnier C., *Op. Cit.*, 2004, p.193.

² Martiny T., « Editorial: Soulié de Morant », *Méridiens*, n° 7-9, p. 9.

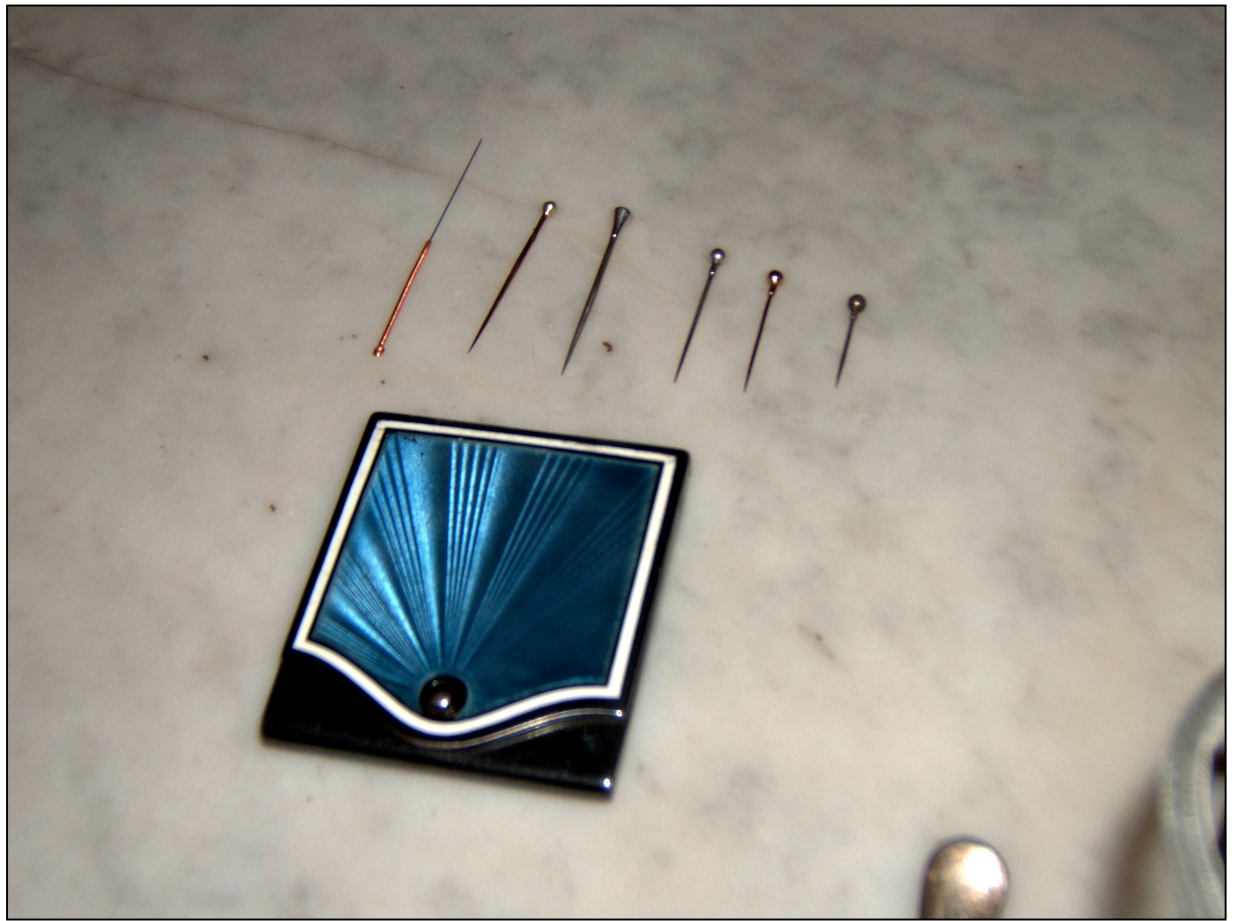
³ Dont nous pouvons citer les noms des docteurs Bonnet-Lemaire, Barishac, Nguyen Van Quan. Parmi ce groupe de médecins il y a le docteur Roger de la Fûye.

⁴ Flandin C., « Préface » à Ferreyrolles P., *L'acupuncture chinoise*, Lille, S.L.E.L., 1951, p. 7.

⁵ Cf. : Soulié de Morant G., « Chine et Japon », *Histoire générale de la médecine*, Paris, Albin Michel, 1936, in Soulié de Morant G., *Acupuncture (Communications 1929-1951)*, Paris, Trédaniel, 1979, p. 152.

⁶ Martiny M., « Éditorial » in *Méridiens*, n° 3-4, 1968, p. 11.

⁷ Pour les textes chinois, nous donnons la translittération et la traduction utilisée par George Soulié de Morant et entre parenthèses le pinyin : *Tchenn tsiou ta tchreng (Zhenjiu dacheng)*, « Grande perfection des aiguilles et de moxa », Yang Zishi, 1601 ; *Tchenn tsiou i tche (Zhenjiu yixue)*, « Étude facile des aiguilles et moxas », Li Shouxian, 1798 ; *Tchenn tsiou i tche (Zhenjiu yizhi)*, « Connaissance facile des aiguilles et de moxas », anonyme, 1919 ; *I sio jou menn (Yixue rumen)*, « Porte d'entrée des études médicales » Li Chan, 1575. Pour les textes japonais nous donnons la translittération utilisée par George Soulié de Morant : *Tchenn tsiou tsing tsiue i tienn*, « Répertoire médical des points avec explications et dessins » Tama-Mori no Suké, 1906 ; *Trou tsié tsing tsiue soi, Tatse-i*, 1908.



Les aiguilles d'acupuncture de George Soulié de Morant en or et argent, le premier à gauche est un exemple d'aiguille jetable utilisé à nos jours

Archive personnel, Evelyn Soulié de Morant

Photo L. Candelise

cherche à changer son statut de « documentaliste »¹ des textes médicaux chinois pour devenir lui-même praticien de la médecine chinoise.

Cela pose immédiatement des problèmes, les médecins qui l'entourent ne se montrent pas tous d'accord :

L'acupuncture connaît alors un véritable essor. George Soulié de Morant en est jaloué. Paul Ferreyrolles, par amitié pour ma femme médecin et pour moi, accepte, mais difficilement, cette mutation d'un écrivain en praticien chinois.²

Malgré les réticences de quelques uns des médecins le soutenant, Soulié de Morant, à partir de 1935, commence à recevoir à son domicile, 19 bd d'Argenson à Neuilly, des patients. Des clients sélectionnés, venant tous de la bourgeoisie parisienne, et qu'il traitait

¹ Cf. : Martiny Th., « George Soulié de Morant », *Méridiens*, n° 7-8, 1969, p. 9.

² Martiny M., « Histoire de la réussite de l'acupuncture en France », *Méridiens*, n° 41-42, 1978, p. 18.

pour la plupart par l'acupuncture¹. Selon certains certaines personnes proches de George Soulié de Morant, tous ces patients lui sont adressés par des médecins ou viennent à la consultation, accompagnés par leurs médecins² ; d'autres parlent d'un travail régulier à son domicile³. Au début sa clientèle est peu nombreuse, mais sa notoriété fait augmenter le nombre des malades qui s'adressent à lui.

Cependant, le fait qu'il ne soit pas médecin met Soulié de Morant dans une situation difficile. Il est en effet poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

De fait, à partir de 1950, la situation jusqu'alors favorable à Soulié de Morant change. Sa position de « Maître » détenteur d'un précieux savoir est mise en question avec une opposition ouverte à la reconnaissance de son travail d'acupuncteur. Cette opposition vient du docteur Roger de la Füyé, docteur homéopathe et élève de Soulié de Morant lui-même. En 1951, de la Füyé porte plainte contre George Soulié de Morant. Plus précisément Roger de la Füyé, afin de défendre la profession médicale, le poursuit en correctionnelle pour exercice illégal de la médecine.

L'appui des médecins Martiny qui soutiennent Soulié de Morant -Thérèse témoigne en défendant son maître- sont cruciaux pour la suite.

Si le diplôme de docteur en Médecine interdit qu'on nous interdise, n'oublions pas un certain manque de culture chez des gens instruits et parfois, hélas, une absence d'instruction chez des gens qui veulent se cultiver dans des médecines parallèles.⁴

Selon la fille de George Soulié de Morant, Thérèse Martiny affirme que :

Il avait le droit de soigner du moment qu'il y avait un médecin titré dans la salle où il soignait et qu'il avait toujours soigné avec elle présente. Elle dit qu'il était toujours

¹ Il semble que, pour des cas particuliers il pratiquait aussi des manipulations, ou d'autres techniques de soin (il fut en effet accusé par Roger de la Füyé d'hermétisme). Cf. : Bourdiol R., « Mon maître George Soulié de Morant tel que je l'ai vu pratiquer la médecine chinoise », in *Nouvelle revue internationale d'acupuncture*, n°15, janv. - mars, 1970, p. 23-30 et De la Füyé R., « Médecins, thaumaturges et guérisseurs », in *Revue internationale d'acupuncture*, n° 3, 1949, p. 79-84.

²Du moins c'est ce que disaient les médecins proches de George Soulié de Morant, ou ses familiers. Nous verrons après qu'une accusation pour exercice illégal de la médecine est faite contre George Soulié de Morant.

³ Cf. : Wei Thiong Chan Way Tim, *Op. Cit.*, 1987 ; Bourdiol R., *Op. Cit.*, 1970, p. 23-30.

⁴ Martiny M., *Op. Cit.*, 1968, p. 7.

accompagné par un médecin. Les médecins emmenaient les malades –pas beaucoup- à la maison. En tout cas le cabinet où il recevait c'était le cabinet de madame Martiny...¹

Le recours au tribunal s'arrête à l'instruction, évitant un vrai procès et se terminant avec un non lieu.

Bien évidemment cette situation touche profondément Soulié de Morant qui, en 1955, meurt après trois années de maladie.

3.d. George Soulié de Morant l'expert en acupuncture

Les changements d'intérêts et de carrière de George Soulié de Morant font de lui un personnage difficile à connoter en rendant malaisé une définition univoque. La richesse de désignations nous parle aussi de la constitution et définition de George Soulié de Morant en tant que l'expert en acupuncture de la première moitié du XX^e siècle.

Il est important de distinguer, parmi toutes les attributions faites à Soulié de Morant, que, mise à part sa fonction de consul français en Chine, aucune ne relève d'un cadre institutionnel défini ou d'une fonction professionnelle socialement reconnue. Au contraire, les discours autour de ce personnage visent à en donner une description qui pourvoit au manque d'une reconnaissance légitime et institutionnelle.

Nous-mêmes nous avons parlé de lui comme d'un consul -en nous référant à sa carrière diplomatique-, mais aussi comme d'un érudit expert de la Chine - une fois terminé ses missions pour le ministère des Affaires Etrangères- et un documentaliste des textes médicaux chinois - pendant les années de collaborations avec les premiers médecins intéressés par ses connaissances sur l'acupuncture -, ou encore un « Maître » détenteur des savoirs médicaux venant de Chine et enfin comme d'un sinologue et d'un sinologue acupuncteur - en récupérant une définition donnée par lui-même qui nous est restitué par sa fille.

C'est certainement en tant que acupuncteur qu'il a été connu et reconnu en Europe jusqu'à aujourd'hui. Sa position de détenteur d'un savoir, de connaisseur d'une pratique et son œuvre de transmission de l'acupuncture à un public de médecins, fait de lui un personnage unique et le seul expert en acupuncture de son époque.

¹ « ...ce qui était pas tout à fait cent pour cent vrai, mais tout de même vrai moralement, et quatre-vingt-quinze matériellement vrai. Et moi je ne cesse jamais de la remercier ... ». Evelyn Soulié de Morant entretien privé. Seulement grâce à cet entretien que nous avons pu savoir ce qui c'était passé et comment Thérèse de Martiny avait aidé George Soulié de Morant.

3.e. George Soulié de Morant un personnage de son époque

Si nous revenons à la biographie de George Soulié de Morant, toutes les données le concernant fournissent l'image d'un personnage immergé dans l'« air du temps » de son époque. Bien qu'il soit présenté comme un non-conformiste, George Soulié de Morant définit son parcours de vie et sa carrière en profitant du moment politique et social dans lequel il vit et en y répondant. Indubitablement, il arrive à créer sa figure de connaisseur de la Chine et d'expert en acupuncture grâce à la situation culturelle, mais aussi au contexte politique français du début du XX^e siècle.

Sa famille de naissance lui permet d'être en contact avec quelques intellectuels de l'époque. Pensons à la famille Gautier et à la rencontre décisive avec Judith et le chinois de la famille Gautier, le lettré Ting Tun-Lung.

George Soulié de Morant a l'occasion de connaître la Chine au tournant du siècle, quand l'intérêt pour l'Extrême-Orient (la Chine en particulier) augmente. La Chine incarne une vision nouvelle, dépourvue du poids de la tradition européenne, comme lui-même l'affirme :

...ce fut comme si, ayant soulevé le sombre linceul d'hypocrisie contrainte et de mécontentement qui pèse lourd sur l'Europe, je retrouvais la civilisation antique, libre et saine, que nous font entrevoir les romans et poèmes grecs échappés à l'attention destructrice des barbares puritains.¹

Ce qu'affirme Soulié de Morant dans les phrases que nous venons de citer nous renvoie à l'œuvre de Victor Segalen, médecin militaire français au tout début du XX^e siècle. Segalen, comme Soulié de Morant, était fasciné par la Chine et par la liberté de pensée que le contact avec cette civilisation pouvait lui apporter. Notons que, très probablement, George Soulié de Morant et Victor Segalen ne se sont jamais rencontrés, malgré la proximité de leurs intérêts et la coïncidence des périodes passées en Chine.

Concrètement il profite des relations politiques entre la France et Chine pour se rendre dans ce pays et acquérir des connaissances qu'il peut, une fois rentré en France, utiliser pour sa production intellectuelle qui embrasse les champs les plus larges de la civilisation chinoise.

¹ Wei Thiong Chan Way Tim, « George Soulié de Morant », in *Méridiens*, n°79, 1987, p. 81.

Finalement George Soulié de Morant semble un bon représentant de l'« orientalisme » comme il a été théorisé par Edward Said en affirmant que :

...Orientalism is not a mere political subject matter or field that is reflected passively by culture, scholarship, or institutions; nor is it a large and diffuse collection of texts about the Orient; nor is it representative and expressive of some nefarious “Western” imperialist plot to hold down the “Oriental” world. It is rather a distribution of geopolitical awareness into aesthetic, scholarly, economic, sociological, historical, and philological texts; it is an elaboration not only of a basic geographical distinction (the world is made up of two unequal halves, Orient and Occident) but also of a whole series of “interests” which, by such means as scholarly, discovery, philological reconstruction, psychological analysis, landscape and sociological description, it not creates but also maintains; it is, rather than expresses, a certain will or intention to understand, in some cases to control, manipulate, even incorporate what is a manifestly different (or alternative and novel) world...¹

Dans l'optique avancée par Said, le travail de George Soulié de Morant peut être vu comme une « *élaboration* » de la différence entre la Chine et la société européenne, voire française. Ses efforts s'expriment dans la « *volonté* » et l'« *intention* » de comprendre et faire comprendre cette civilisation « autre » que la civilisation française. Et, faisant cela, il ne manque pas, comme le dit Said, d'exercer une action de contrôle, d'incorporation et aussi de manipulation des données venant de Chine. La réélaboration de la théorie médicale chinoise selon un langage et une forme particulière afin qu'elle puisse être comprise et assimilée par les médecins occidentaux en est le cas.

¹ Said E., *Orientalism*, New York, Vintage Books Edition, 1979, p. 12.

3.f. La recherche d'une reconnaissance institutionnelle et l'obtention d'une légitimation sociale

Il faut se demander à présent pourquoi George Soulié de Morant est devenu le héraut de l'acupuncture chinoise dans la pratique médicale française (et européenne). Comment se fait-il que ce soit un diplomate, un homme de culture, un sinologue et non un médecin qui ait joué ce rôle ?

Voyons une réponse à la question donnée par Soulié de Morant même :

Pour étudier la vraie méthode il fallait réunir bien des hasards heureux : d'abord la connaissance courante de la langue parlée [le chinois]; puis celle de la langue écrite, fort différente de la langue parlée. D'autre part il fallait se constituer un dictionnaire sino-européen de termes médicaux, ce qui n'existe encore que par mon travail manuscrit¹. Il fallait aussi connaître l'étiquette chinoise assez à fond pour ne pas choquer des susceptibilités aussi grandes que celles d'un de nos maîtres à qui s'adressait pour obtenir l'enseignement un Hottentot ignorant de la langue et de nos coutumes (*sic*).

Nos médecins envoyés en Chine pour enseigner nos méthodes ne savent pas le chinois. Ils sont là pour enseigner et non pour apprendre. Peuvent-ils, sans « perdre la face »...et le prestige, se mettre à l'école d'un maître indigène, même si celui-ci consentait à les instruire ? [...] Le médecin chinois consentit à m'instruire et à me trouver les livres nécessaires. Plus tard, juge à la Cour mixte de Shanghai, je trouvai, à la direction sanitaire, un excellent acupuncteur qui acheva de m'instruire. Et c'est ainsi que, parce que sinologue, j'obtins de pouvoir exercer en Chine, et que je pus transmettre à la science française une vérité de réflexothérapie qu'elle n'avait pas encore étudiée.²

Les mots de Soulié de Morant nous parlent d'une réalité partielle. En effet, déjà, Claude Philibert Dabry de Thiersant, consul en Chine entre 1856 et 1862, a écrit un important travail sur la médecine chinoise³, mais il n'a jamais pratiqué l'acupuncture, ni en Chine ni en France. Dabry de Thiersant reste, avant tout, un militaire, diplomate ensuite, sans aucune aspiration à changer son statut social ni sa profession.

George Soulié de Morant investit son énergie dans la diffusion de l'acupuncture après avoir mis fin à sa carrière diplomatique en Chine, en réussissant finalement dans son

¹ Nous avons eu accès à ce manuscrit, Cf. : Photos.

² Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1934, p.11-12.

³ Dabry de Thiersant C.P., *La Médecine chez les Chinois*, ouvrage corrigé et précédé d'une préface par J.-Léon Soubeiran, Paris, H. Plon, 1863.

entreprise -qui lui assure aussi une réelle aisance matérielle - : devenir un sinologue et un acupuncteur en Occident.

Sa réussite tient certainement à ce dont lui-même nous parle dans la citation dessus. Il s'agit en effet de ses connaissances de la langue et de la civilisation chinoise qui lui ont permis de s'insérer dans les milieux culturels chinois. Ses connaissances de la civilisation chinoise lui offrent la possibilité non seulement d'être accepté, mais aussi de trouver une place suffisamment légitime à côté des médecins chinois pour justifier la transmission des savoirs médicaux. De plus le fait de ne pas être un médecin occidental et en même temps d'être motivé par un fort intérêt, voire une fascination, pour le savoir médical chinois ont créé les conditions pour que ce personnage puisse se mettre en relation avec des médecins qui ont pu le former à l'acupuncture et lui offrir le matériel nécessaire pour compléter ses connaissances.

Pour rentrer davantage dans les détails de sa formation à l'acupuncture, revenons encore une fois à ce que lui-même dit dans le liminaire de son ouvrage *L'acupuncture chinoise*¹. En 1901, George Soulié de Morant est à Pékin au moment d'une très grave épidémie de choléra. En visitant un hôpital, il voit un médecin chinois arrêter les crampes, les vomissements et les diarrhées causées par la maladie sans avoir recours aux médicaments européens. Curieux, il rentre en relation avec ce médecin, le docteur Yang, qui lui permet

...d'étudier, avec les principes essentiels de la méthode, les points les plus importants et les aspects des pouls.²

Ce même médecin semble lui fournir les textes fondamentaux sur lesquels il fonde son savoir. Deux ans plus tard, Soulié de Morant est à Shanghai, comme juge à la Cour Mixte. C'est à ce moment qu'il rencontre le docteur Tchang. Avec lui il poursuit sa formation à la médecine chinoise. Le docteur Tchang l'aide à compléter son vocabulaire et

...à comprendre les données profondes de la méthode.³

En 1906, il est envoyé au Yunnan où il s'occupe de l'activité du petit hôpital de la concession française et grâce à son amitié avec le Vice-Roi, il peut suivre le travail des médecins acupuncteurs chinois. En 1908 le Vice-Roi du Yunnan lui attribue le diplôme de « Médecin », consistant en une attestation recueillant cent signatures de malades.

¹ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1957, p. 19-26.

² Soulié de Morant G., *Ibidem*, p. 25.

³ Soulié de Morant, *Ibidem*, p. 25.

Sa position non institutionnellement légitimée par un diplôme officiel entraîne George Soulié de Morant dans une situation juridiquement difficile. C'est le cas du procès qui lui est intenté par son ex-élève le docteur Roger de la Fûye pour exercice illégal de la médecine.

Nous ne connaissons pas les raisons personnelles qui poussent le docteur de la Fûye à mettre en place cette accusation à son maître, il est néanmoins vrai que la figure de Soulié de Morant après la deuxième guerre mondiale prend de plus en plus d'importance dans le domaine de la thérapeutique par acupuncture. La reconnaissance qu'il arrive à gagner doit déranger ou inquiéter certains médecins, donc le docteur Roger de la Fûye.

Les conséquences de ce procès sont lourdes, puisque elles touchent la santé de George Soulié de Morant, mais elles épargnent la renommée du personnage qui restera le premier expert en acupuncture en France. Malgré tout, cet événement ne contribue pas à clarifier l'« image publique » de ce personnage.

Pourquoi ce procès contre George Soulié de Morant, qui est accusé d'exercice illégal de la médecine qu'il pratiquait, de fait, bien qu'étant une thérapeutique autre que la médecine conventionnelle occidentale, se termine-t-il par un non lieu ? Sur quelles bases la décision du tribunal se fonde-t-elle pour ne donner aucune suite à l'accusation ?

Malheureusement nous n'avons pas accès aux documents liés à ce procès puisque, dans les archives du ministère de la justice, ils sont encore inaccessibles¹ et la famille Soulié de Morant ne garde aucune trace de cet événement.

Nous savons en revanche que c'est certainement grâce à l'appui d'un cercle de médecins, dont certains ayant un pouvoir et une crédibilité suffisante pour intervenir dans une question juridique, que George Soulié de Morant ne sera pas publiquement accusé d'exercice illégal de la médecine. Ce sont les médecins qui ont suivi de près l'activité de Soulié de Morant comme acupuncteur et qui ont bénéficié en premiers de ses connaissances qui le défendront au moment de son accusation.

Il est effectivement vrai que le succès de George Soulié de Morant comme expert en acupuncture est sans nul doute dû au « network des médecins »², qu'il se crée autour de lui. Certainement, à partir du début des années 1930, le fait d'entrer en contact avec des

¹ Ils le seront dans 3 ans, voire en 2011, 60 ans après le procès.

² Cf. : Gomart E., *George Soulié de Morant (1878-1955) and the promotion of acupuncture in France*, M.Phil, Thesis in History and Philosophy Science, Cambridge, 1992.

Koang ming 光明 "clarté lumineuse"
 autre nom du chao rang du pied / [viscère biliaire] L. 7. 10. 69
 Koang ming 光明 "Clarté lumineuse"
 37. point du Tsou chao rang (viscère biliaire)
 [1] Si's fou menu ts. 1: p. 4. r. : A 5 pouces (12 cent) au
 dessus de la cheville extérieure.
 Aquilles (cutané) 7 dixièmes (17/100). Moxas 5 fois.
 Malade les maladies de chaleur avec sueur ne sortent
 pas; les fureurs 3E, Kwang soudaines; les vides alors rheu-
 matismes prolongés et impossibilité de lever etant assis;
 les pleins, alors pieds et jambe inf. sont chauds, le genou
 douloureux, le corps en déséquilibre; les douleurs prolongées
 des genoux et jambe inf.; mains et pieds tournés à
 l'extérieur
 [W. G. 1, p. 9 r. les 15 lo mo]: le lo "vais. sec." du chao rang
 du pied, c'est le koang ming.
 Koang sis 光學 optique

Kien 根 "talon, base"
 Kao-xiang 膏肓 "Au-delà pas l'emplâtre" Parties vitales
 Kao lin 膏淋 "muqueuses graisseuses" = Mictions
 Kao-kai 高蓋 Nom donné parfois au Chenn-ou 腎俞
 Kao kou 高骨 "os élevé" Nom ancien d'un des 8 os de
 carpe.
 [1] Si's fou menu ts. 1: p. 3 r. Dann Kou 1/2 point du trait (au main);
 Côté de la paume, côté extérieur, sous l'os élevé...
 Kao mo 膏沫 "bulles de graisse"
 [Tsre luann]: ce dont les femmes s'occupent les cheveux.
 Kao pen 蒿本
 (Regnault, Med. p. 158) Conium (omb). Racines. antinevralgique.
 1. entre la colonne vertébrale de la cheville de la colonne vertébrale, au point creux de
 l'os, pressé à faire mal. Il y aura repercussion au niveau de la
 partie de la poitrine et douleur aux doigts. C'est le vrai point. Brûlé jusqu'à
 100 et 1000 fois, si après avoir brûlé, sous sentir que l'impureté absorde,
 sous pouvoir brûler le tort rai "une d'impureté tel le Sann Li du pied. après
 avoir brûlé, il faut en prolonger, cela ne peut pas en laisser aller un instant."

Manuscripts du Dictionnaire sino-européenne de termes médicaux

Archive personnel, Evelyn Soulié de Morant
 Photo L. Candelise

médecins permet à son savoir de prendre une dimension concrète et pratique, plus proprement clinique. Grace aux relations qu'il instaure avec les docteurs Ferreyrolles et Martiny il crée le noyau d'un cercle de médecins qui se réuniront autour de lui. Ce cercle, que nous appellerons le « cercle Soulié de Morant », garantira la diffusion de l'acupuncture à Paris dans les années 1930. Cette diffusion se fera à travers le réseau mis en place par ce cercle de médecins formés et conduits dans le travail clinique avec l'acupuncture par Soulié de Morant.

De plus les docteurs Ferreyrolles, Thérèse et Marcel Martiny, lui ouvrent les portes du travail avec les malades des hôpitaux parisiens. De fait, en quelques années dans plusieurs hôpitaux, l'acupuncture est pratiquée souvent avec la supervision de George Soulié de Morant en tant qu'expert en acupuncture.

Nous avons peu d'informations sur le statut des consultations d'acupuncture dans les hôpitaux pendant l'activité de George Soulié de Morant les sources étant incomplètes à ce sujet¹. Nous pouvons penser qu'il s'agissait de consultations de médecine générale dans les hôpitaux et que pendant ces consultations les médecins proposaient des séances d'acupuncture². L'apparition de l'acupuncture dans les hôpitaux parisiens donne certainement une image officielle à cette thérapeutique puisqu'elle devient une pratique médicale hospitalière. Mais cette reconnaissance n'est qu'informelle, de fait aucune démarche d'institutionnalisation n'est mise en place parallèlement aux consultations d'acupuncture.

Notons de plus, que tous les médecins du « cercle Soulié de Morant » étaient des homéopathes, tous promoteurs du mouvement néo-hippocratique (ils faisaient partie du *Carrefour de Cos*) qui, à ce moment là, se dresse en opposition face à la médecine orthodoxe. Il s'agit d'une élite médicale intégrée dans le milieu social de l'aristocratie parisienne de l'époque.

Les informations qui nous sont disponibles sur les clients des consultations privées de Soulié de Morant nous confirment que le public intéressé à l'acupuncture est spécialement constitué par des représentants de l'intelligentsia, des aristocrates, des artistes et des célébrités parisiennes. Il soigne des célébrités comme le compositeur Maurice Ravel,

¹ Les sources qu'informent de l'activité hospitalière d'acupuncture sont uniquement les ouvrages des médecins directement engagés dans la pratique de cette thérapeutique. Dans leurs textes ils se bornent à une simple citation de l'hôpital et, parfois, de l'année de mise en place de la consultation d'acupuncture.

² Nous pouvons penser qu'elles étaient organisées de façon très proche aux consultations hospitalières d'acupuncture aujourd'hui. Dans la plupart des cas en effet il s'agit de consultation de médecine générale, rarement la pratique de l'acupuncture est intégrée dans le travail d'un service spécifique.

l'écrivain Jean Cocteau, et le diplomate Maurice Peyrefitte¹. Antonin Artaud rencontre Soulié de Morant en 1932 en devenant son patient habituel.

Artaud entame alors des séances d'acupuncture. Celles-ci lui procurent un soulagement temporaire, mais réel. Il adresse de longues lettres à Soulié de Morant, décrivant par le menu ses états de conscience et ses troubles. Les principes de la médecine chinoise intéressent Artaud au plus haut point. Ils imprégneront, par la suite, ses théories théâtrales.²

Nous avons retrouvé, grâce aux médecins acupuncteurs du « cercle Soulié de Morant », le témoignage d'une lettre de Colette à l'actrice Marguerite Moreno du 15 juillet 1943 dans laquelle elle affirme :

Ne crois tu pas que tu devrais revenir un peu à Paris, quand ne serait que pour l'acupuncture ? Tu sais que j'ai débuté, chez Soulié de Morant, par une grosse déception. Lui aussi. Il est entouré de réussites magnifiques, et au bout de trois séances je souffrais comme avant. J'étais son tourment, son humiliation. Et voilà qu'après la troisième séance, j'ai eu trois jours de détente qui m'ont éblouie. Puis la douleur, ou les douleurs, sont revenues et il m'a reconvoquée. J'y suis allée avant-hier et je te jure qu'il y a quelque chose de changé. Cela suffit pour que je me remette à espérer. Tu devrais « remettre ça ». Songe que la sciatique de Cocteau, il l'a guérie totalement.³

Nous avons aussi pu avoir accès à quelques lettres de la correspondance entre la psychanalyste Marie Bonaparte et George Soulié de Morant dans lesquelles elle exprimait son attachement aux séances d'acupuncture.

La demande de la part de la société du moment doit effectivement avoir beaucoup compté sur la position et la valeur de l'acupuncture dans le monde médical français et, par conséquent, sur le succès du travail de Soulié de Morant. Sa reconnaissance à l'intérieur d'un cercle médical, restreint au départ, mais très rapidement élargi, est liée à la curiosité et aux intérêts bien précis de ces médecins comme de leur public de malades. Cette reconnaissance nous permet d'affirmer que George Soulié de Morant est certainement le personnage le plus connu autour de l'acupuncture en France à partir de 1930. Pour cela il est possible de voir ce personnage comme un expert de la Chine, mais surtout un expert de l'acupuncture.

¹ Cf. : Correspondance de George Soulié de Morant et Régnier C., in Régnier C., *Op. Cit.*, 2004, p. 193.

² De Mèredieu F., *La Chine d'Antonin Artaud*, Paris, Blusson, 2007, p. 28. ; Cf. : Artaud A., *Œuvres complètes. Supplément au tome 1. Lettres-Appendice*. Paris, Gallimard, 1970.

³ Braun M., *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 35, 1 trimestre, p. 13.

Nous nous référons ici à la notion d'expert qui s'oppose à celle de professionnel¹. L'expert est d'abord un « savant », et il est détenteur d'une compétence qui correspond à une demande ou à un besoin auquel il peut apporter une solution ou une réponse, mais il n'est pas un professionnel ne pouvant pas assurer les valeurs universelles et les codes professionnels qui règlent la mise en œuvre de ses savoirs².

George Soulié de Morant, initiateur de la figure de l'acupuncteur en Occident et connaisseur de la Chine a pu s'affirmer en réponse à une demande de la société en obtenant une véritable légitimation sociale, mais sans pouvoir gagner une position de reconnaissance formelle et institutionnelle. En outre, du moins pour ce qui en est de l'acupuncture, son statut d'expert semblait inévitable car il n'existait alors aucune forme professionnelle d'exercice de l'acupuncture en Occident. Nous nous trouvons face à un cas d'expert qui construit son « expertise » sur une absence de métier, de profession. L'expert George Soulié de Morant était le seul à pouvoir parler, enseigner et pratiquer l'acupuncture, et sa fonction resta officieusement légitime jusqu'au moment où l'acupuncture devint une technique et un savoir pratiqués à l'intérieur d'une véritable profession, celle des médecins.

¹ Cf. : Trépos J. Y., « Les expertises : Entre événement et équipement », in Damien R., *L'expertise*, Presse Universitaires Franc-Comptoises, 2001.

² Cf. : Paradeise C., « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n° 1/85, Paris, Dunod, 1985.

3.g. *L'héritage de George Soulié de Morant et la recherche d'une reconnaissance scientifique*

Après la disparition de George Soulié de Morant, le travail des médecins acupuncteurs, reste inspiré par les ouvrages de celui qui était reconnu comme le véritable expert. C'est vrai aussi bien pour les médecins l'ayant connu directement que pour ceux qui viendront ensuite¹.

La plus importante contribution que George Soulié de Morant offrit au monde de l'acupuncture est publiée après sa mort, en 1957. Après la guerre, il ne publie plus d'ouvrage, mais seulement quelques articles, et ce sont ses enfants qui éditent *L'acupuncture chinoise*, à laquelle il avait travaillé pendant plus de vingt ans. Ce gros manuscrit en deux volumes reste indiscutablement son œuvre principale. Le premier volume compte plus de mille pages, il est divisé en cinq tomes qui traitent de : « l'énergie : points, méridiens, circulation » (tome I) ; « le maintien de l'énergie » (tome II) ; « la physiologie de l'énergie » (tome III) divisé en « l'énergie vitale », « sources, transformation, distribution, stimulation de l'énergie » et « action sur l'énergie » ; « les méridiens les points et leurs symptômes » (tome IV) divisé en « les méridiens », « les lignes médianes » et « points en dehors des méridiens » ; et « les maladies et leurs traitements » (tome V). Chaque tome est introduit par un liminaire. Dans les trois premiers liminaires l'auteur présente ce qu'il faut entendre par acupuncture, par énergie, par maladie -selon la vision chinoise par rapport à une conception européenne- et par guérison. Il ne manque pas de donner un aperçu historique en ouverture d'ouvrage et essaye de montrer les possibles affinités - ou différences - entre la médecine occidentale et la médecine chinoise.

Ce livre n'est pas une simple traduction d'un texte chinois. Mon œuvre a consisté à former tout d'abord un plan conforme à la logique européenne ; puis, pour chaque partie de ce plan, en donnant des citations littérales de nombreuses œuvres chinoises et japonaises, à opposer et commenter les différences que soixante siècles d'expérimentation ont pu révéler à la Chine et au Japon (lesquels ont toujours formé le tiers de l'humanité) ; enfin, toujours pour chaque partie, à mettre en lumière ce dont les expériences prolongées faites en France sous un étroit contrôle scientifique ont démontré l'efficacité, en apportant souvent une

¹ Il publia un premier texte en 1934 : le *Précis de la vraie acupuncture chinoise*, Paris, Mercure de France, 1934. Ensuite en 1939 et en 1941, il publia les deux premiers tomes de son ouvrage principal, *L'acupuncture chinoise*, au Mercure de France. Après sa mort, l'ensemble du manuscrit pour lequel il avait longuement travaillé a été publié en 2 volumes avec le titre : *L'acupuncture chinoise*, Paris, Librairie Maloine, 1957.

explication éclairée par nos conceptions physiologiques. Bref, à exposer scientifiquement la Tradition antique.¹

Son but est de fournir un ouvrage qui peut parler aux médecins occidentaux des concepts médicaux chinois avec une approche scientifique. Les preuves avancées de la scientificité de sa version de la médecine chinoise s'appuient d'une part sur l'approbation et les résultats obtenus par les « médecins éminents »² qui l'ont soutenu dans ses démarches. D'autre part elles se fondent sur ses propres élaborations de la pratique et de la théorie médicale chinoises que lui-même dit avoir fait pendant ses années de travail et de recherches. Le but de George Soulié de Morant dans cet ouvrage est de montrer comment ses spéculations sur la médecine chinoise allaient au-delà de ce que, à son avis, les chinois connaissent et utilisent. Pour preuve, voyons, en ce qui concerne la prise de pouls, ce qu'il dit dans le tome III de son ouvrage :

Les Chinois, après une longue période de plusieurs siècles de maturation, n'ont retenu que l'étude des pouls aux trois premiers segments indépendants de l'artère radiale. Mes recherches, selon leur doctrine et leurs méthodes d'expérimentation, m'ont permis de reconnaître les significations de trois nouveaux segments à chaque poignet.³

Sans entrer dans les détails de la pratique⁴, observons plus attentivement comment Soulié de Morant justifie la scientificité de ses démarches.

Les explorations que je n'ai, depuis lors, cessé de faire ; les explications des choses découvertes que j'ai pu donner avec le contrôle bienveillant de plusieurs de nos grands maîtres [les médecins qui l'entouraient], ont sans doute plus que doublé les premières connaissances que j'ai révélée de la Tradition, et que l'on retrouve dans ces nombreux ouvrages de vulgarisation qui depuis se copient l'un l'autre.⁵

Selon Soulié de Morant, partant d'une vérité qu'il assume comme axiome, celle de

¹ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1957, p. 19.

² Tels les docteurs Ferreyrolles, Flandin, Macé de Lépinay, Martiny (Marcel et Thérèse), Lavergne, Regault, Bonnet-Lemaire. Cf. : Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1957.

³ Soulié de Morant G., *L'acupuncture chinoise*, tome III, Paris, Maloine, 1957, p. 233.

⁴ « Les Chinois ne semblent pas avoir connu l'indépendance de chaque rebord de l'artère radiale. La découverte que j'ai cru faire doit permettre de vérifier le fonctionnement de l'un ou de l'autre des organes doubles ; de contrôler peut-être l'action de l'un sur l'autre côté du corps de chaque organe simple de chacun des lobes du cerveau, du cervelet, du bulbe et de chaque partie de la moelle épinière ; de distinguer la puissance relative de chaque plan physique, etc. La chose ici affirmée, il sera loisible aux cliniciens des pouls de juger et d'apprécier. », Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1957, p. 233.

⁵ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, 1957, p. 233-234.

la « Tradition » chinoise dont il parle continuellement, son apport scientifique réside dans une utilisation plus fine et une sorte de développement des possibilités de la théorie médicale chinoise. Son processus de raisonnement se fonde sur une démarche empirique. Ses recherches lui auraient permis d'ajouter des éléments et des instruments de diagnostic nouveaux par rapport à ceux qu'il avait appris par ses maîtres chinois et par la lecture des textes.

Ces découvertes peuvent constituer la super structure scientifique et pratique des grandes traditions de l'Antiquité Chinoise. Grâce à elles, il devient sans doute possible de comprendre mieux et de mieux utiliser au psychique comme au physique, l'incroyable toute-puissance vitale de notre organisme.¹

Découvrir le nouveau dans le respect d'un cadre théorique « Traditionnel », pour Soulié de Morant (et comme, encore aujourd'hui, pour certains médecins), devrait donner une dimension scientifique à l'acupuncture. Comme si une élaboration à l'intérieur du cadre théorique de la médecine chinoise pouvait justifier de la scientificité de cette même pensée. Comme l'affirme J.-M. Kespi dans un numéro de la *Revue française d'acupuncture* de 1985 dédié à Soulié de Morant :

Dans *L'Acupuncture chinoise*, Soulié de Morant allie harmonieusement une aspiration scientifique et un grand respect de la tradition chinoise. Ce respect est d'ailleurs la condition sine qua non d'une démarche scientifique authentique en acupuncture ; il n'est pas question de nier ou de simplifier l'acupuncture ; il convient d'abord de l'apprendre et de l'approfondir.²

Est-il possible de considérer les acquis de George Soulié de Morant dans le domaine de l'acupuncture comme une preuve de la scientificité de sa démarche ? Il est probablement plus correct de définir ses raisonnements comme une « aspiration » à apprivoiser la médecine chinoise par un discours et un processus cognitif proche de l'esprit médical occidental. À cet égard, il ne faut pas oublier que Soulié de Morant est le premier en France à produire un ouvrage sur la médecine chinoise qui s'adresse directement aux médecins. Nous pouvons donc comprendre son souci de chercher à créer une « structure

¹ Soulié de Morant G., *Ibidem*, p. 234.

² Kespi J. M., « L'actualité de Soulié de Morant », in *Revue française d'acupuncture*, n° 42, avril - juin 1985, p. 44.

scientifique » pour la médecine qu'il vient de présenter. Néanmoins, le raisonnement sur lequel se fonde le travail de Soulié de Morant ne peut pas correspondre pleinement à une pensée scientifique telle qu'elle est conçue par les médecins français de son époque. En effet la conception du corps propre de la médecine chinoise se fonde sur une réalité phénoménologique (la physiologie chinoise) qui ne correspond pas à la réalité physique décrite par la science occidentale.

De plus, notons que la théorie médicale venant de Chine est par George Soulié de Morant exposée avec une terminologie proche de celle des médecins conventionnels. Pour cela, grâce à sa connaissance du chinois, il peut lire et traduire en français des textes chinois¹. Dans cette démarche il est en particulier confronté au problème de la traduction en français des termes techniques de médecine chinoise. Dans ce but il se constitue son propre dictionnaire de termes médicaux, et bien évidemment, puisqu'il est seul dans cette entreprise, en commettant un certain nombre d'erreurs. Néanmoins plusieurs éléments de la terminologie médicale forgée par George Soulié de Morant s'imposent dès lors. Citons par exemple le cas des *jing luo* qu'il traduit par le terme de « méridiens » et du *qi*, traduit par « énergie ».

L'œuvre de Soulié de Morant s'adresse ainsi aux médecins afin que ces derniers mettent en pratique le contenu de ces ouvrages. Il reformule ce qu'il avait appris et observé dans un langage approprié pour que les médecins puissent en bénéficier. Il s'agit, par conséquent, d'une présentation en langage « scientifique » des bases théorique de la médecine chinoise.

Son travail est affirmé par les ouvrages et les articles publiés entre 1929 et 1957, mais aussi par les manuscrits, dont plusieurs n'ont jamais été édités, et qui lui ont servi de base de travail pour la rédaction de son traité l'*Acupuncture chinoise*. Pensons, notamment, au dictionnaire des termes médicaux chinois qui reste dans les archives de la famille Soulié de Morant².

¹ Néanmoins nous n'avons jamais vu aucun texte médical (et non médical) en chinois dans les archives conservés par la famille Soulié de Morant. Les sources écrites de ce personnage nous restent obscures, hormis pour les ouvrages chinoises et japonaises qu'il cite dans ses publications.

² Cf. : Photos di dictionnaire.

3.h. George Soulié de Morant, de l'amateurisme à l'expertise

Nous avons ici évoqué l'histoire de la vie et du travail de George Soulié de Morant, personnage clé de l'acupuncture occidentale. Sa vie, ses efforts, sa carrière et ses écrits ont eu beaucoup d'influence sur la situation actuelle de la pratique de la médecine chinoise, certainement en France, et vraisemblablement en Europe. Nous verrons comment, juste après la deuxième guerre mondiale, en France, des associations et des écoles se structurent, prenant position en faveur ou contre la figure de Soulié de Morant. Mais avant d'abandonner ce personnage revenons sur certains éléments de la personnalité et des choix de vie de George Soulié de Morant.

George Soulié de Morant était un homme éclectique et « non-conformiste » - comme nous l'avons défini plus haut- qui a réussi à utiliser ses connaissances, sa facilité pour les langues et son esprit pour mener à bonne fin sa carrière. L'échec de sa fonction de diplomate et son retour en France lui ont permis d'utiliser ses connaissances sur la Chine pour écrire et parler de ce pays en abordant un éventail d'aspects aujourd'hui très étonnant et ce afin de s'affirmer comme « sinologue ». Cette définition (que nous avons conservée entre guillemets), ainsi que la définition d'acupuncteur méritent un temps de réflexion. Certes, sa production écrite porte en très grande partie sur la Chine, où il avait vécu une quinzaine d'années, de plus tous les médecins, qu'ils soient ses élèves ou ses ennemis, à son époque comme aujourd'hui, définirent et définissent encore George Soulié de Morant comme un sinologue. Mais il est aussi vrai qu'il est resté toujours loin de tous réseaux académiques et que sa production intellectuelle se situe à l'écart de toute confrontation avec d'autres spécialistes en la matière¹.

La médecine était l'un des domaines où la curiosité autour de la Chine pouvait prendre une dimension concrète et devenir une pratique. De plus, le réseau médical intéressé par une médecine non spécialisée, non scientifique, mais empirique (les vitalistes, les homéopathes et surtout les néo-hippocratiques) prend forme et s'organise juste en concomitance avec le travail de Soulié de Morant acupuncteur. La réussite de l'acupuncture en France à cette époque n'est donc pas le fait du hasard. Le succès de Soulié de Morant est dû sans nul doute à un ensemble de facteurs : son intérêt pour la Chine et probablement sa capacité de s'insérer dans le contexte chinois pour en saisir les notions et les éléments fondamentaux, dont ceux de la médecine chinoise ; sa volonté de

¹ Signalons la biographie de George Soulié de Morant par Muriel Detry dans le *Dictionnaire des orientalistes* à paraître.

s'investir dans un travail différent de sa carrière diplomatique ; le moment approprié pour présenter la pratique médicale chinoise en Occident ; la demande de la part d'un groupe de médecins afin qu'il se consacre à la traduction, à la production de textes et à l'enseignement de la médecine chinoise. Tous ces éléments ont concouru à que George Soulié de Morant puisse se démarquer comme le vrai expert en acupunctur

4. La naissance des premières sociétés d'acupuncture en France

Les années 1944 et 1945 voient la naissance de deux plus importantes sociétés d'acupuncture française. Bien que l'acupuncture ait fait son entrée dans le monde médical français une dizaine d'années avant, la période de la deuxième guerre mondiale a inévitablement interrompu le processus de diffusion de cette pratique, dans les hôpitaux, comme dans la libre profession médicale. Une fois la guerre terminée, les médecins déjà pratiquant la médecine chinoise, auxquels nous avons précédemment fait allusion, prennent des positions plus explicites en donnant naissance à des sociétés pour la diffusion de l'acupuncture. En effet ce sont les médecins qui accompagnèrent, soutinrent ou bien attaquèrent Georges Soulié de Morant qui feront partie de ces associations et qui commenceront d'une part une activité de propagande et de défense de l'acupuncture vis-à-vis du public et des institutions, et, d'autre part, comme nous le verrons, une lutte interne entre les membres des associations mêmes.

La première à voir le jour est la Société Française d'Acupuncture (SFA), fondée par le docteur Roger de la Fûye en 1943, à laquelle fait suite, en 1945, la Société d'Acupuncture (SA) constituée par les médecins proches de Soulié de Morant, les docteurs Paul Ferreyrolles, Marcel et Thérèse Martiny, Hubert Khoubesserian, Paul Mériel et quelques autres. Ces deux sociétés resteront les deux pôles autour desquels se tisse l'activité d'élaboration, de défense (de la Fûye créa aussi le syndicat national des médecins acupuncteurs), et aussi d'enseignement de l'acupuncture française jusqu'aux années 1960. Les deux sociétés existent encore aujourd'hui, ayant néanmoins changé leur nom et leur statut (elles ne sont plus des sociétés, mais des associations).

Nous traiterons séparément le développement de ces deux sociétés que nous avons étudiées grâce à l'analyse de leurs revues et les entretiens avec les médecins acupuncteurs (ou les membres de leurs familles, pour les médecins disparus) assez proches de l'activité de ces sociétés.

CHRONOLOGIE des SOCIÉTÉS d'ACUPUNCTURE françaises 1945-1965

| <i>Année</i> | <i>Société Française d'Acupuncture (SFA)</i> | <i>Société d'Acupuncture (SA)</i> | <i>Société Internationale d'Acupuncture (SIA)</i> | <i>Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France</i> | <i>Syndicat Médical des Acupunct. de France et de l'Union Française</i> |
|--------------|--|---|---|--|---|
| 1943 | Création de la SFA par Dr Roger de la Fûye | | | | |
| 1945 | | Création par Drs Ferreyrolles, Martiny, Khoubesserian, Mériel. (Soulié de Morant) | | | |
| 1947 | Création des <i>Archives de la Société Française d'Acupuncture</i> | | 20-21 juin, premier Congrès d'Acupuncture - Paris | Création du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France par Dr Roger de la Fûye | |
| | Création de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France | | | | |
| 1949 | Fin des Archives et création de la <i>Revue Internationale d'Acupuncture</i> | | | Obtention du remboursement K2 pour l'acupuncture | |
| 1950 | | Soulié de Morant accusé d'exercice illégal de la médecine par Roger de la Fûye | | Le Ministère de la Santé publique déclare l'acupuncture une méthode thérapeutique réservé aux médecins | |
| | | Création du <i>Bulletin de la Société d'Acupuncture</i> | | | |
| 1955 | | 10 mai, mort de Soulié de Morant; 8 juin mort du Dr Ferreyrolles; 7 juillet: mort du Dr Flandin | | | |
| 1958 | | | | | Création du Syndicat Médical des Acupuncteurs de France et de l'Union Française par Dr Nogier |
| 1961 | Février, mort du Dr de la Fûye | | | | |
| 1964 | | Dissolution de la SA | | | |
| 1965 | Dissolution de la SFA et création de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF) qui unifie la SFA et la SA | | | Union des deux Syndicats | |

CHRONOLOGIE des SOCIÉTÉS d'ACUPUNCTURE françaises 1965-2005

| <i>Année</i> | <i>Association Française d'acupuncture (AFA)</i> | <i>Société Internationale d'Acupuncture (SIA)</i> | <i>Ecole Européenne d'Acupuncture (EEA)</i> | <i>Assoc. Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF)</i> | <i>Organisation pour l'Etude et le Dével. de l'Acupuncture (OEDA)</i> | <i>Syndicat Nat. des Médecins Acupuncteurs de France - Défense de la profession et enseignement</i> |
|--------------|---|--|---|--|---|---|
| 1965 | | | | | Naissance de l'OEDA, président Dr Le Prestre | |
| 1966 | Création de l'AFA, président Dr Chamfrault | | | Constitution de l'ASMAF, président Dr M. Martiny | | |
| | Création del la <i>Nouvelle Revue International d'Acupuncture</i> | | | | | |
| 1967 | Les cours de formation devient de 3 ans (Dr Chamfrault) | Dr Chamfrault président | | | | |
| 1968 | Début collaboration du Dr Nguyen Van Nghi avec l'AFA | | | Apparition de la revue <i>Méridiens</i> | | |
| 1969 | | | | | Naissance de la revue <i>Acupuncture</i> | Création de la Conf. Nat. des Associat. Médicales d'Acupuncture. Délégué Dr Chamfrault |
| | | | | | | Définition plan d'enseignement commun |
| 1970 | Naissance du Group La Crételle | Organisation des premières Journées Italiennes d'Acup. à St. Remo (Italie) | | | | |
| 1972 | | | Création de l'Institut Ricci de Paris | | | |

| | <i>AFA</i> | <i>SIA</i> | <i>EEA</i> | <i>ASMAF</i> | <i>OEDA</i> | <i>Syndicat - Défense de la profession et enseignement</i> |
|-------------|---|---|---------------------------------------|--------------|-------------|--|
| 1973 | La Revue Française d'Acupuncture remplace la Nouvelle Revue International d'Acupuncture | Premier voyage en Chine de médecins membres de la SIA | | | | Premier cours de formation universitaire, Marseille (Dr Nguyen Van Nghi) |
| | Décentralisation de l'enseignement | | | | | |
| 1974 | | | | | | Acte médicale K5 attribué à la consultation d'acupuncture |
| 1975 | | | Création de l'EEA président Dr Schatz | | | Mise en place de la Formation Médicale Continue (acupuncture) |
| 1976 | Quatrième année - perfectionnement (Centre Chamfrault) | Dr Schatz élu président de la SIA | Publication premier dictionnaire | | | |
| 1978 | | | | | | La Formation Médicale Continue est admise à l'U.N.A.FOR.ME.C. |
| 1979 | | VI Congrès Mondial à Paris. | | | | L'acupuncture est classée comme "orientation médicale" par l'Ordre National des Médecins |
| 1980 | Dr Kespi devient président | | | | | Naissance du secteur II |
| 1982 | | | | | | Acupuncture remboursée K7 (premières 5 séances), K5 (les suivantes) |
| 1984 | | | Père Larre président de l'EEA | | | Rapport Niboyet |

| | <i>AFA</i> | <i>SIA</i> | <i>EEA</i> | <i>ASMAF</i> | <i>OEDA</i> | <i>Syndicat - Défense de la profession et enseignement</i> |
|------|------------|------------|-----------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1985 | | | | | | Acupuncture remboursée K6 (premières 3 séances), K5 (les suivantes) |
| | | | | | | Premier cours de formation universitaire, Nîmes-Montpellier (Dr Bossy) |
| 1986 | | | | | | G. Dufoix, <i>évaluer les médecines différentes. Un défi ?</i> |
| 1987 | | | | | | Ouverture du DIU d'Acupuncture |
| 1989 | | | | | Disparition de l'OEDA | |
| 1993 | | | | | | Suppression du secteur II |
| 1997 | | | | | | Création la F.A.FOR.ME.C. |
| 2000 | | | | Fusion de la revue <i>Méridiens</i> et <i>Revue française de médecine traditionnelle</i> | | |
| 2001 | | | Publication du dictionnaire Ricci | | | |
| 2005 | | | | | | Naissance du Collège français d'Acupuncture |

5. Le docteur Roger de la Fÿye, militant pour un développement scientifique de l'acupuncture

Pour mieux comprendre comment et dans quel climat naissent ces deux Sociétés d'Acupuncture, revenons un moment sur les personnages qui ont contribué à ce que l'acupuncture chinoise devienne une pratique médicale occidentale à la moitié du xx^e siècle en France. Nous avons consacré quelques pages à la figure de Georges Soulié de Morant et nous avons vu comment, de plus en plus, le cercle des personnes séduites par la médecine chinoise s'agrandissait. Autour de Soulié de Morant s'étaient réunis des médecins tous intéressés par l'acupuncture et par son enseignement, mais pas nécessairement tous prêts à le soutenir. Nous avons vu que, à la fin de sa vie, il fut attaqué pour exercice illégal de la médecine par le docteur Roger de la Fÿye. Tout le monde médical autour de l'acupuncture, encore aujourd'hui, regrette ce moment et la prise de position de ce médecin¹. Il semble que cet événement soit très longtemps resté un sujet tabou : aucun médecin n'exprimait explicitement son ressentiment, ni n'osait parler ouvertement du déroulement des faits².

Roger de la Fÿye prit parti contre Soulié de Morant après avoir créé la SFA. Son idée, qu'il proclama et défendit tout au long de sa carrière, était d'officialiser l'acupuncture. En effet en 1945 naissait l'Ordre des Médecins dont le rôle était de contrôler la conduite des médecins, poursuivre tous ceux qui étaient « immoraux » et illégaux dans la profession de la médecine. C'était probablement face à cette institution que Roger de la Fÿye eut recours pour affirmer que la pratique de l'acupuncture était un véritable acte médical en accusant, en 1950, celui qui gagnait de plus en plus de reconnaissance pour son savoir en médecine chinoise et en tant qu'expert en acupuncture. Sa lutte pour la professionnalisation de l'acupuncture et, très probablement, son envie de gagner une position de pouvoir dans le monde médical à l'occasion de la diffusion de cette

¹ Cf. : Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, recherche financée par le CNRS, INSERM, MIRE, Paris, 1987, p. 32 note n° 13.

² Ainsi en parle Thérèse Martiny, « Georges Soulié de Morant », in *Méridiens*, n° 7-8, 1969, p. 7-10. Et Jarricot H. et Wong M. : « Hélas, la science de Soulié de Morant en Acupuncture, ses connaissances, acquises grâce à un travail insoupçonné, considérable, sa générosité à les répandre, ne compensaient pas, pour certains, la tare de n'être pas médecin. Mieux vaut taire une page qui n'honore personne, sauf ceux qui, avec Thérèse et Marcel de Martiny, laissèrent parler leur cœur. », in *Connaissance et évolution de l'Acupuncture en France*, tome VIII, n° 17, Lyon méditerranée médical, juin 1972. Plus récemment, en 1997, l'Association Française d'Acupuncture fête ses 50 ans, dans le numéro 90 de la *Revue française d'acupuncture* est présenté un historique de l'Association Française d'Acupuncture, aucune allusion à cet événement n'y est faite. La fille de Soulié de Morant m'a donné sa version des faits.

thérapeutique, conduirent de la Fūye à critiquer ouvertement la figure de Soulié de Morant. Il affirmait que « nous sommes cliniciens *avant* d'être acupuncteurs... »¹ et que :

Il est en effet certain que la gravité d'un cas peut échapper à un non-médecin et il serait dangereux pour un amateur de pratiquer lui-même l'acupuncture surtout dans les cas graves tels que congestion cérébrale ou faiblesse pulmonaire...²

La position prise par Roger de la Fūye provoqua une fêlure entre la SFA et la SA, et une opposition entre les médecins qui faisaient partie de chacune des sociétés. Dans les années que suivront, comme nous le verrons, cela se traduira en une différence de conception de l'acupuncture. La pratique enseignée et diffusée par chaque groupe de médecins s'orientera différemment, ce qui fera parler de deux « écoles de pensée », ou de deux approches distinctes, celle des « traditionalistes » et celle des « modernistes ». Il est de toute façon assez clair que l'entrée en scène de Roger de la Fūye à la moitié des années 1940, et son activité, influèrent beaucoup sur l'avenir de la diffusion et de la reconnaissance de l'acupuncture en France.

Le docteur Roger Allote de la Fūye est né le 17 octobre 1890 à Nantes. Il était neveu de Jules Verne et arrière-petit-neveu de Chateaubriand et de Laënnec, il semble qu'il devait à sa noble ascendance son élégance, sa courtoisie, sa curiosité et son esprit³. Il fut reçu docteur en médecine de la Faculté de Lyon, en décembre 1920. En janvier 1934 il est nommé chef du laboratoire d'oto-rhino-laryngologie à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Paris, Hôtel-Dieu. Il devint lauréat de l'Académie de Médecine le 10 décembre 1957. Il fut aussi nommé chevalier de la Légion d'Honneur le 31 décembre 1939.

Très jeune, lors d'un voyage en Amérique du Nord, lui-même raconte qu'il rencontra pour la première fois une forme de thérapie par ponction⁴. Un peu plus tard, en 1914, à Honolulu et au Japon, il put voir des Asiatiques travailler avec l'acupuncture⁵. Il fut certainement attiré très tôt par cette thérapeutique puisque, dès 1934, il commença à

¹ De la Fūye R., « Chronique », in *Revue Internationale d'Acupuncture*, n°4, octobre - décembre 1949, p. 90.

² De la Fūye R., « L'Acupuncture Franco-Chinoise : Mise au point », *France-Asie*, n°70, 1951, p. 920.

³ Cf. : Monnier R., « Une personnalité hors du commun, le fondateur de l'AFA, le Dr Roger Allote de la Fūye », *Revue Française d'Acupuncture*, n° 90, avril - juin 1997, p. 51-53 et Laignel-Lavastine M., « Préface », in De la Fūye R., *Traité d'acupuncture*, Paris, Librairie le François, 1956, p. 7.

⁴ Il raconte avoir vu les Indiens Stoney dans les Montagnes Rocheuses se soigner avec des « singulières piqûres faites au moyen d'éclats de pierres acérées », « Les origines de l'acupuncture et son explication par les théories bio-psycho-chimiques les plus modernes », *Revue internationale d'acupuncture*, n°3, juillet - septembre 1955, p. 359.

⁵ De la Fūye R., *Ibidem*, p. 359.

pratiquer l'acupuncture en France¹. De la Fÿye fut effectivement présent aux séances d'acupuncture dispensées par Soulié de Morant dans la consultation de Thérèse de Martiny à l'hôpital Léopold-Belland à partir de 1930. En même temps, il était un médecin homéopathe très probablement inspiré, au moins au commencement de sa carrière de médecin, par la courant du néo-hippocratism². Il demanda, de fait, au professeur Laignel-Lavastine de rédiger la préface de son ouvrage et surtout de devenir président de sa société d'acupuncture (la SFA). De toute manière il s'intéressa à la thérapie avec aiguilles au point de devenir le promoteur d'une « acupuncture moderne »³ et de monopoliser rapidement l'attention nationale et internationale autour de l'acupuncture.

Roger de la Fÿye commença à s'intéresser à l'acupuncture quand l'homéopathie avait déjà fait son chemin (comme nous l'avons montré) et avait acquis la confiance d'un certain public et une position dans le monde médical français. De la Fÿye s'appuya donc sur la position et la « véridicité » de cette thérapeutique pour justifier son discours et sa défense de l'acupuncture. Dans son ouvrage *Traité d'acupuncture, la synthèse de l'acupuncture et de l'homéopathie, l'homéosiniatrie diadermique* il présente une théorie d'harmonisation entre le diagnostic, les remèdes homéopathiques et l'acupuncture.

Notons, avant tout, que cet ouvrage publié en 1947, et réédité en 1956, se positionne dans le courant idéologique des médecins holistes de l'époque, mais avec une tendance vers le progrès et le dépassement des principes « orientaux »⁴. De la Fÿye défend une approche synthétique à la maladie qu'il tente de justifier grâce à un discours scientifique puisant dans les témoignages des médecins allopathes, comme des physiciens relativistes⁵.

¹ Monnier R., *Op. Cit.*, 1997, p. 51.

² Dans ses écrits il fait référence à la médecine d'Hippocrate très souvent en l'opposant à une médecine galénique ou cartésienne.

³ Cf. : « Éditorial », *Revue internationale d'acupuncture*, n°1, janvier - mars, 1949, p. III.

⁴ « [...] en Occident nous sommes positivistes, nous déduisons, nous concluons, nous allons du plus grand vers le plus petit, nous nous servons de notre intelligence et nous la développons, bref, nous *analysons*. En Extrême-Orient, ils sont négativistes, ils induisent, ils contemplent, ils vont du plus petit au plus grand, ils développent leur « instinct-intuition » : bref ils *synthétisent*. [...] En somme Synthèse et secrète Intuition sont les bastions de la Philosophie d'Extrême-Orient. [...] « Le Principe Unique de la Science-Philosophie chinoise » est insaisissable pour ce qui veut le saisir avec l'analyse. [...] Pourtant, notre esprit occidental n'est pas moins intelligent qu'un esprit d'Extrême-Orient, et, s'il faut absolument avoir de l'intuition, même secrète, pour comprendre : soyons intuitifs... ». De la Fÿye R., *Traité d'acupuncture*, Paris, Librairie le François, 1956, p. 37.

⁵ L'auteur n'hésite pas à citer Maurice de Bröglie en essayant de prouver théoriquement l'efficacité de l'homéopathie. Cf. : De la Fÿye R., *Op. Cit.*, 1956, p. 18.

Dans son travail de synthèse entre l'homéopathie et l'acupuncture le docteur de la Füyé a recours à l'œuvre du docteur Weihe, homéopathe allemand qui travailla la fin du XIX^e siècle¹, et qui

...remarque que tel type de malade, guéri par tel médicament homéopathique, présente tel point cutané précis et constant, qui devient douloureux, soit spontanément, soit à la pression du doigt.²

Le docteur Weihe recherche les zones de sensibilité qui correspondent aux divers remèdes.

Il arrive ainsi à localiser 195 points correspondants à 189 médicaments, repartis sur des lignes [sur le corps] plus ou moins verticales...³

Une fois découverte l'œuvre du docteur Weihe⁴ et la signification des points douloureux, le docteur de la Füyé vise à montrer ce que l'homéopathie et l'acupuncture ont en commun :

Il suffit de se rappeler que chaque point cutané douloureux d'acupuncture est indiqué par la présence, chez un malade, d'un ensemble de symptômes morbides, pour comprendre que le même ensemble de symptômes morbides puisse indiquer, *en même temps*, un médicament homéopathique *et* un point cutané douloureux. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'il puisse exister des correspondances considérables entre l'Acupuncture et l'Homéopathie, et que l'on puisse acupuncturer aussi bien un point de Weihe qu'un point chinois.⁵

Il se consacre donc à l'étude de la correspondance entre les « points de Weihe » et les points d'acupuncture. Il découvre que des 195 points donnés par Weihe, 153 correspondent exactement aux points chinois, tant dans leur emplacement anatomique que dans leurs symptômes principaux.

¹ Il existe très peu d'information sur ce médecin et son travail. De la Füyé même dit : « Le résultat de ses travaux – en se référant au docteur Weihe- parut en 1903, en une plaquette à tirage très limité, introuvable aujourd'hui, dont je possède une photocopie. »

² De la Füyé R., *Op. Cit.*, 1956, p. 29.

³ De la Füyé R., *Ibidem*, p. 29.

⁴ Le docteur Weihe ignorait totalement l'acupuncture quand menait à bien ses observations sur les points cutanés douloureux.

⁵ De la Füyé R., *L'acupuncture moderne pratique*, Paris, Librairie le François, 1976, chapitre I.

L'acupuncture nous a permis précisément le contrôle de ces points et même la recherche et la découverte de points « médicamenteux » *nouveaux*.¹

Ces nouveaux points, qui sont appelés par de la Fūye points « homéo-siniatriques », des points à la fois homéopathiques et chinois.

Quant aux points nouveaux « homéo-siniatriques », il nous a été possible d'en déterminer 329, ce qui, avec les 153 points de Weihe « fidèles »², fait un total de 482 points médicamenteux utilisables, dont 434 sont situés sur les méridiens chinois.³

Sur ces bases il construit sa théorie médicale, fondée sur une synthèse entre ces deux systèmes de soins, qu'il justifie ainsi :

On comprendra, dès lors, pourquoi nous n'avons pas craint de parler d'Homéopathie dans cet ouvrage, d'autant que Acupuncture et Homéopathie, qui semblent si éloignées dans le Temps et si dissemblables dans leurs techniques, se rejoignent cependant par-dessus les siècles.

Et d'abord elles sont toutes les deux symptomatiques : elles soignent, non la maladie, mais le malade.⁴

De plus, comme nous l'avons vu, homéopathie et acupuncture reconnaissent toutes les deux des points cutanés, auxquels l'acupuncture apporte une valeur thérapeutique tandis que dans l'homéopathie, ils ne sont que des points de diagnostic :

En somme, les deux thérapeutiques ont, entre elles, de telles concordances que, s'il est bon d'étudier l'Acupuncture avec l'esprit d'un homéopathe, il est également bon d'envisager les symptômes homéopathiques avec les yeux d'un acupuncteur. [...]

Et ce sera la *fusion totale officielle* tant attendue entre ces deux thérapeutiques et la preuve qu'il n'y a qu'une Médecine : celle qui guérit.⁵

¹ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1956, p. 30.

² C'est à dire des points correspondant aux points chinois.

³ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1976, chapitre I.

⁴ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1956, p. 21.

⁵ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1956, p. 21. L'italique est notre.

Avec ces mots, le docteur Roger de la Fÿye annonce, et il le répétera maintes fois, que son but est d'obtenir la reconnaissance officielle de l'acupuncture. Ce qu'il promet, c'est une acupuncture « française », en harmonie avec la médecine nationale de l'époque, dépassant l'apport des médecins orientaux.

Mais il faut surtout débarrasser la médecine d'Extrême-Orient du voile des théories pseudo-médicales qui obscurcissent, théories dues, pour la plupart, à des médecins chinois ou japonais des siècles passés, qui n'avaient de l'anatomie humaine que des notions primitives et insensées, et dont les traductions par les Européens entourent l'Acupuncture d'un nuage d'imprécision, qui n'est pas dans les traditions de la saine médecine française.¹

Et en concluant l'introduction de son ouvrage, il dit :

Dépouillée de ses brouillards d'Extrême-Orient, l'Acupuncture, jusqu'ici réservée à quelques spécialistes « hermétiques », ainsi modernisée, pourra être étudiée, comprise, aimée et pratiquée par un nombre toujours croissant de médecins occidentaux.

D'autre part, l'Acupuncture, ainsi présentée sous les jours nouveaux des correspondances homéopathiques, sera susceptible d'attirer l'attention des médecins sur cette autre thérapeutique qu'est l'Homéopathie, de les initier, puis de les familiariser peu à peu avec elle.

Tel est notre double but.²

Bien évidemment, son œuvre fut, au départ, ouvertement critiquée³ et son *Traité* fut très mal diffusé dans sa première édition, au vu de sa position critique envers l'acupuncture de Soulié de Morant – ainsi que de son personnage qu'il semble définir comme un « spécialiste hermétique »⁴ –. Il faudra attendre 1956, au moment de la deuxième impression du *Traité* pour que l'ouvrage de Roger de la Fÿye devienne un texte lu, étudié et demandé. Son nom sera alors associé à la présidence de la SFA, de la SIAet du Syndicat des Médecins Acupuncteurs de France.

¹ De la Fÿye R., *Ibidem*, p. 16.

² De la Fÿye R., *Ibidem*, p. 22.

³ Nous verrons plus loin que les médecins proches de Soulié de Morant n'approuvent point cette théorie et qu'ils diffusent une acupuncture différente de celle de Roger de la Fÿye.

⁴ Nous verrons plus loin comment Roger de la Fÿye à travers son travail à la SFA se battra pour une acupuncture réservée aux médecins en s'appuyant sur le cas de George Soulié de Morant pour défendre ses propos.

6. La Société Française d'Acupuncture jusqu'en 1960

La Société Française d'Acupuncture (SFA) est fondée le 15 octobre 1943 par le docteur Roger de la Fûye à l'Ecole Libre des Sciences Médicales, avec pour but le développement scientifique de l'acupuncture en France. Les statuts de cette société sont déposés en 1945, juste après la Libération. Le docteur de la Fûye est le Président de la SFA et il obtient que le professeur Maxime Laignel-Lavastine accepte la charge de Président d'honneur, charge qui sera ensuite assumée en 1953 pendant deux ans par Auguste Lumière, puis par le professeur Charles Laubry¹, et puis par le médecin général Labrousse, tandis que le poste de secrétaire général est confié au docteur de la Farge, suivi en 1953 par le docteur Graffe². Roger de la Fûye, toujours en 1946, fonde la Société Internationale d'Acupuncture (SIA) et en 1947 le SNMAF de France. Ces trois organes (SFA, 1943 – SIA, 1946 – SNMAF 1947), restent sous la houlette de Roger de la Fûye jusqu'à sa mort en 1961.

Les buts et les résultats des actions mises en place par ce défenseur de l'acupuncture sont communiqués dans les *Archives de la Société Française d'Acupuncture* qui ont existé de 1947 à 1948 puis se sont transformées en 1949 en *Revue Internationale d'Acupuncture*. Cette même revue, dont le « directeur-fondateur » est toujours Roger de la Fûye, est un bimensuel diffusé jusqu'en 1964. Les *Archives de la Société Française d'Acupuncture* sont publiées avec un tirage confidentiel³ et contiennent les actes du premier Congrès de la Société Française d'Acupuncture. Par la suite, la *Revue Internationale d'Acupuncture* qui comporte dans la plupart des cas un éditorial du Docteur de la Fûye⁴, publie les actes des Congrès annuels de la Société Internationale d'Acupuncture ; les comptes rendus des assemblées des deux sociétés, la SFA et la SIA; la liste, mise à jour, des correspondants étrangers de la SIA; les programmes des cours de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France ; dans les derniers numéros, après 1952, une rubrique d'annonces et de comptes rendus des livres.

¹ Charles Laubry, membre de l'Institut (Académie des Sciences), membre de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté, Grand Officier de la Légion d'Honneur.

² Pour des informations plus précises concernant les dirigeants de la SFA ainsi que de la Société Internationale d'Acupuncture, voir les comptes rendus des assemblées générales de ces sociétés, régulièrement publiés dans les numéros de la *Revue Internationales d'Acupuncture*.

³ Nous ne connaissons pas le nombre d'exemplaires imprimés, il est néanmoins certain que des exemplaires de ces revues ne sont présents qu'à la Bibliothèque Nationale de France et dans le fonds Chamfrault. Les premiers numéros d'une quinzaine de pages sont imprimées chez un imprimeur ; le numéro 4-5 et le numéro 6 sont en format A4 dactylographiés et comptent à peu près 25 pages.

⁴ Nous avons relevé pour cinquante-cinq numéros de la *Revue Internationale d'Acupuncture* deux seuls éditoriaux non signés par le docteur de la Fûye : n° 49, juillet - septembre, 1959, p. 99 ; n°55, janvier - mars, 1961.

Afin très probablement d'aider financièrement la revue, quelques pages, ainsi que la quatrième de couverture, sont toujours consacrées aux encarts publicitaires. Nous y trouvons, dès les premières apparitions de la revue jusqu'à nos jours, les quatrièmes de couverture qui sont occupées par les publicités de maisons pharmaceutiques homéopathiques et d'une maison pharmaceutique qui propose des « complexes homéosiniatriques »¹. Nous y trouvons encore jusqu'en 1960, un espace à l'intérieur de la revue consacré à R. Badoux, artisan, producteur de « aiguilles d'acupuncture, or-argent-platine-acier, chinoises et japonaises », ainsi qu'aux E^{ts} André Walter construisant les « électropuncteurs du D^f de la Füyé, deux modèles : modèle portatif et modèle de cabine » et au « Cercle Sportif Judo » à Paris, dans le 16^{ème}. Apparemment éphémères, ces publicités, malgré tout, nous parlent du contenu de cette revue et aussi de l'attitude et de l'esprit auquel se réfèrent ces sociétés d'acupuncture (la SFA et la Société Internationale d'Acupuncture). Notons que le sous-titre de la *Revue Internationale d'Acupuncture* est : *Acupuncture moderne*. De plus, le fondateur a choisi comme devise la phrase de Verdi « Tournons-nous vers le Passé et nous trouverons du Nouveau » qui apparaît toujours dans la deuxième de couverture.

C'est donc vers une idée d'acupuncture « modernisée » que le travail de la SFA – comme celui de Roger de la Füyé – se tourne. Dans les premiers numéros de la *Revue Internationale d'Acupuncture*, le concept d'une acupuncture ouverte à la médecine occidentale s'impose à plusieurs reprises.

Un fait est certain : qu'on le veuille ou non l'Acupuncture Chinoise *modernisée* s'incorpore de plus en plus à la *vraie* médecine, celle qui ne tient pas compte des opinions d'écoles, mais qui a uniquement le souci de la guérison du malade *par tous les moyens*.²

Une guérison par « *tous les moyens* » du côté des médecins, implique ces cinq principes affirmés par de la Füyé :

- 1° Nous sommes cliniciens *avant* d'être acupuncteurs ;
- 2° Nous ne sommes plus au Moyen Âge et encore moins avant l'Ère Chrétienne ;
- 3° Nous avons la possibilité d'interroger, d'examiner et d'ausculter nos malades ;
- 4° Nous pouvons les radiographier ;

¹ Nous trouvons également quelques publicités Christian Dior et, après 1980, des publicités pour certains oligo-éléments.

² De la Füyé R., *Op. Cit.*, 1949 - 3°, p. 89. Italique de l'auteur.

5° Le Laboratoire nous offre toutes les possibilités les plus modernes de renseignements sur le fonctionnement Inn [*yin*] ou Iang [*yang*], c'est-à-dire par excès ou par insuffisance, non seulement de tous les organes, mais encore des glandes à sécrétion interne.

Nous avons donc largement dépassé le stade du diagnostic *unique* par les pouls chinois, et, si j'estime indispensable d'étudier ces pouls sur *tous* nos malades, il y a lieu de ne les utiliser que comme un *moyen de contrôle complémentaire aux examens faits antérieurement*.¹

L'Acupuncture est donc :

...une thérapeutique humaine, puissante, efficace, saine, débarrassée de ses brouillards antiques, modernisée et s'intégrant à la Médecine, la seule, celle qui guérit.²

Nous retrouverons plus loin, dans d'autres contextes, ce dernier concept d'une « médecine, la seule, celle qui guérit », mais prenons-le ici comme le fondement de l'action de la SFA. Effectivement l'idée toujours présente dans la défense de l'Acupuncture est que l'Acupuncture est une médecine, mais ne représente pas « toute » la médecine, c'est le rôle du médecin de choisir comment s'occuper de son patient :

...un médecin digne de ce nom doit être éclectique. Il ne doit pas se cantonner à une seule thérapeutique. La fonction humaine exige que l'on adapte les diverses thérapeutiques aux cas pathologiques. [...] Nous devons donc, en présence d'un cas pathologique, choisir et modifier à tous moments opportuns celle des thérapeutiques (allopathie, homéopathie, isopathie, agents physiques, etc...) qui conviennent à l'état particulier du malade. Mais, *dans tous les cas*, l'Acupuncture sera le lien qui unira les thérapeutiques, quelles qu'elles soient.³

Le médecin est celui qui, avec conscience professionnelle, utilise une acupuncture en « continuelle évolution progressive » vers une « intégration de l'Acupuncture dans la médecine officielle ». Un des objectifs essentiels du docteur de la Fūye était, en effet, la reconnaissance professionnelle des médecins acupuncteurs.

¹ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1949 - 3°, p. 91.

² De la Fūye R., « Éditorial », *Revue Internationale d'acupuncture*, n°3, juillet - septembre, 1950, p. 115.

³ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1949 -1°, p. III.

Précédemment, nous avons vu les dissonances entre George Soulié de Morant et Roger de la Füyé, désaccords et accusations qui se poursuivront par la suite après le procès en 1950. Ce que est mis en évidence dans plusieurs numéros de la *Revue Internationale d'Acupuncture*, c'est la nécessité de combattre une « tendance à l'illusionnisme en matière d'Acupuncture ». Et Roger de la Füyé s'exprime ainsi à propos de George Soulié de Morant, dans un éditorial de 1951 :

Disons-le sans ambages : elle [la tendance à l'illusionnisme] vient du fait que, depuis 1929, des textes chinois d'Acupuncture ont été traduits par un littérateur distingué, auteur de maints romans remarquables, mais non docteur en médecine, et, par là même, dépourvu de la formation médicale indispensable à l'étude des réalités de la physiologie.¹

Il reconnaît les capacités de traducteur de George Soulié de Morant, bien qu'en faisant référence aux ouvrages des prédécesseurs de Soulié de Morant, ceux qui, déjà presque deux siècles auparavant, avaient commencé à s'occuper de la matière :

J'ai rendu bien souvent hommage aux précieuses traductions de cet écrivain [George Soulié de Morant], traductions qui font suite d'ailleurs à beaucoup d'autres depuis le XVIII^e siècle, notamment de 1750 à 1787 : Cleyer, du Halde, Dujardin, Kempfer, Vick d'Azir ; en 1816, le docteur Berlioz ; en 1825, le docteur Sarlandière ; en 1826, le docteur Cloquet, et surtout en 1863, le Consul Dabry.²

Mais le docteur de la Füyé en défendant une acupuncture « officielle » ne se prive pas d'exprimer ses doutes vis-à-vis du travail de Soulié de Morant.

Et l'on ne pourrait que louer son action de traducteur et les services qu'il a rendus, s'il s'était contenté de rester dans ce rôle déjà fort important.

Malheureusement, négligeant le proverbe « *Ne sutor ultra crepidam* » et entraîné par son imagination littéraire, il entoura de fort bonne foi l'Acupuncture d'une sorte d'aura qui tendait, déjà avant 1939, à la rendre mystérieuse auprès de nombreux médecins. C'est pourquoi, réagissant contre cette tendance, j'ai créé, dès 1943, la Société Française

¹ De la Füyé R., *Revue Internationale d'Acupuncture*, n°2, avril - juin 1951, p. 34.

² De la Füyé R., *Ibidem*, p. 34.

d'Acupuncture et ses Congrès Internationaux. Et j'ai eu la satisfaction de voir venir à nous de très nombreux confrères, tant allopathes qu'homéopathes.¹

Plus loin, il cite plusieurs affirmations de Soulié de Morant, ou de ses disciples (qu'il ne nomme pas), qui ne pourraient que discréditer l'acupuncture telle qu'ils la conçoivent :

C'est ainsi que, depuis quelques années, nous avons eu la stupéfaction, à diverses reprises, d'entendre ce littérateur romancer l'Acupuncture en affirmant notamment : « qu'il existait des points capables de donner ou de favoriser la clairvoyance et la médiumnité » (*sic*) (Conférence faite à *La Vie Claire*).

C'est ainsi que, à la date du 18 octobre 1950, le journal « *La France de Marseille et du Sud-Est* » résumait une communication de trois médecins, élèves de ce littérateur, sous le titre : « L'Acupuncture concurrence le sérum de jeunesse » (*sic*).

C'est ainsi encore qu'un autre disciple de ce romancier, hôtelier de son métier et néanmoins Acupuncteur, m'affirma : « qu'en se plaçant à 1 m. 25 d'un individu quelconque, il pouvait se concentrer à la manière des Yogis et bloquer un gros intestin ou un pancréas ». Il me certifia « avoir ainsi – pas sa concentration d'esprit sur le poulx de la rate – fait diminuer cette rate de la moitié »².

Entre 1949 et 1954 les accusations réciproques entre des membres de la SA³ et ceux de la SIAse répètent⁴. Roger de la Füyé, en 1952, critique ouvertement l'ouvrage du docteur J. E. Emerit, *L'Acupuncture Traditionnelle*, qui base sa théorie sur la correspondance entre l'acupuncture et l'astrologie. Dans les mois qui suivent, ces deux médecins s'adressent mutuellement des lettres et des articles qui soutiennent une acupuncture assez différente⁵. Effectivement, si l'on en juge d'après les notes parues dans les revues d'acupuncture de l'époque, Roger de la Füyé fut, à son tour, fortement contesté⁶ (et comme nous l'avons dit plus haut, son ouvrage reste peu connu pendant presque une dizaine d'années).

¹ De la Füyé R., *Op. Cit.*, 1951 - 2°, p. 34.

² De la Füyé R., *Ibidem*, p. 34-35.

³ Créé par George Soulié de Morant et les médecins proches.

⁴ Selon le docteur de la Füyé le docteur Emerit dans ses articles sur l'acupuncture et l'astrologie le provoque à plusieurs reprises. Cf. : Chapitre I, p. 93-95.

⁵ Cf. : De la Füyé R., *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 22, octobre - décembre, 1952, p. 165-167 ; *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 26, octobre - décembre 1953, p. 49-51.

⁶ Cf. : De la Füyé R., *Op. Cit.*, 1953 - 2°, p. 2, et *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 27, janvier mars 1954, p. 2.

Mais l'action de la SFA dépasse l'accusation de Soulié de Morant ou des médecins qui lui sont proches. Dans un éditorial de 1952, qui a été republié par la *Revue Française d'Acupuncture* en 1997 « Le pouvoir des faibles », le docteur de la Fūye défend encore une fois l'acupuncture :

Non, non et non ! L'astrologie, le magnétisme et la radiesthésie, ces fausses sciences, ces attrape-nigauds, n'ont rien à voir avec l'Acupuncture, et, s'il faut croire et enseigner que la base de l'Acupuncture est constitué par « les rapports entre les cinq éléments : bois, feu, terre, eau, air, et cinq planètes : Jupiter, Mars, Saturne, Vénus, Mercure ;

[...] S'il faut croire et enseigner que les points chinois peuvent être détectés par les horoscopes et le pendule du radiesthésiste ;

Bref, s'il faut, pour expliquer l'Acupuncture, faire appel à l'insondable naïveté des crédules, il vaut mieux, comme disait mon père se f... dans la douane.

Certes, le pouvoir des faibles est grand au pays du bon La Fontaine, mais celui-ci ne cherchait pas à « en faire accroire ».

Or, certains livres écrits récemment sur notre belle thérapeutique exposent ces théories antiques et périmées, ou ces élucubrations fantaisistes.

Je sais bien que le D^f Ferreyrolles, dont j'analyse plus loin le livre, n'expose les théories antiques que dans un souci d'information historique, mais, à mon humble avis, c'est encore trop.

Non et non, l'Acupuncture vaut mieux que ça, et le rôle de notre S.F.A. est précisément de faire respecter l'esprit qui vivifie et non la lutte qui tue. Or, l'esprit, c'est l'Idée-Mère de l'Equilibre Inn-Yang universel et organique et des correspondances organes-peau (points chinois) peau-organes (couplages d'aiguilles).

Toutes les hypothèses d'explication de cette interaction sont permises, mais seulement dans le cadre de notre physiologie occidentale¹.

Et en 1949, il avait déjà ouvertement affirmé la différence nette entre médecins et guérisseurs, dans l'article « Médecins, guérisseurs et thaumaturges »² :

...Dans divers articles de journaux, tant hebdomadaires que quotidiens, ou même dans diverses revues, certains journalistes tendent à ranger les Acupuncteurs dans la catégorie des « faiseurs de miracles » pour ne pas dire des charlatans.

¹ De la Fūye R., *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 20, avril-juin 1952, p. 1-2.

² De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1949 - 2°, p. 78-84.

Il est temps de réagir contre cet état d'esprit, d'autant plus malheureux que certains Acupuncteurs (non médecins d'ailleurs) font, de temps à autre, des conférences dans des milieux « guérisseurs », où l'on étudie la médiumnité et la clairvoyance et affirment sans rire qu'ils ont trouvé des points chinois qui guérissent les cancers et d'autres points qui favorisent ou même donnent la « voyance » !...

C'est en proférant sur l'Acupuncture de pareilles stupidités qu'on attire, à juste titre, sur cette merveilleuse thérapeutique, les quolibets et l'ostracisme des médecins sérieux. Il est donc de notre devoir à nous, médecins, de nous opposer par tous les moyens, à ce statut de la médecine libre et de remettre à leur vraie place les « guérisseurs », qui n'ont pas leur diplôme de docteur en médecine.¹

Dans cet article il fournit des explications bien argumentées sur la valeur et la plage de compétence que l'on peut attribuer aux guérisseurs aussi que celle de la compétence des médecins. Il raisonne autour de la différence entre la maladie fonctionnelle et la maladie lésionnelle. La première

... « d'origine endogène », avec des troubles fonctionnelles et psychopathiques divers qui sera guérie 5 fois sur 10 par la 'natura medicatrix', soit par n'importe quelle personne, médecin ou non qui aura su inspirer au malade la foi en sa propre guérison et aura ainsi mis en marche le laboratoire humain de ce malade.²

Et la maladie lésionnelle :

... « d'origine exogène », avec ses lésions bien précises, entre dans la catégorie de ceux qui sont guéris 2 fois sur 10 par le « bon médecin consciencieux par définition ». Mais les troubles fonctionnels qui accompagnent ces lésions peuvent aussi être soulagés temporairement, dans la proportion type de 5 sur 10, par le « guérisseur » sans que celui-ci puisse amener la guérison.

Ces 2 cas sur 10 représentent donc le domaine réel indiscutable de toute la vraie thérapeutique humaine, médicale et chirurgicale.

Si vous ajoutez les 2 cas de cette catégorie [celle de la maladie lésionnelle] aux 5 cas de la précédente [la maladie fonctionnelle], vous obtenez les 7 cas sur 10 de tout bon médecin. Toute la question thérapeutique humaine revient donc à obtenir, par tous les moyens, le pourcentage de guérisons de 7 sur 10 que Dieu nous permet.

¹ De la Füye R., *Op. Cit.*, 1949 - 2°, p. 79.

² De la Füye R., *Ibidem*, p. 81.

C'est le domaine de la vraie médecine, qui peut être, soit allopathique, soit homéopathique, selon le cas du malade qu'elle a à soigner ; c'est le cas aussi de l'Acupuncture chinoise qui, modernisée, doit être associée à la médecine des semblables ou à la médecine des contraires, ainsi qu'aux découvertes les plus récentes de la thérapeutique, y compris les agents physiques.¹

Nous voyons donc comment, selon de la Fūye, seul le médecin peut vraiment soigner, et s'occuper de la maladie lésionnelle aussi bien que de la maladie fonctionnelle, et nous voyons aussi que l'acupuncture est sans hésitation associée à toute thérapeutique officiellement médicale (l'allopathie ou/et l'homéopathie) et à la physique. De la Fūye semble, malgré tout, conscient de la scientificité contestable de l'acupuncture, et il ajoute effectivement :

On me dira peut-être que la thérapeutique d'Acupuncture que je préconise n'est pas conformiste et l'on pourrait avoir tendance à ranger les acupuncteurs parmi les « faiseurs de miracles » et autres charlatans, en raison du mystère qui a longtemps entouré cette thérapeutique. C'est précisément pour lutter contre cette erreur que, depuis plus de 15 ans, j'ai écrit maints et maints articles et un TRAITE D'ACUPUNCTURE que j'ai intitulé : « L'Acupuncture chinoise *sans mystère*. »

De plus en plus, grâce à des efforts persévérants de la Société, dont j'ai l'honneur d'être le Président, l'Acupuncture s'officialise peu à peu et de nombreux hôpitaux de Paris, dont l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, font des consultations régulières d'Acupuncture. Cette science millénaire doit être incorporée à notre médecine moderne, car elle s'associe à toutes les autres thérapeutiques, quelles qu'elles soient : allopathie, homéopathie, agents physiques, etc.... ; et cela me met très à l'aise pour faire remarquer une fois de plus qu'il n'y a pas de barrière entre l'allopathie et l'homéopathie, mais qu'elles sont les formes diverses d'une seule médecine.²

Nous avons vu comment Soulié de Morant justifiait la scientificité de l'acupuncture. Pour la SF et SIA, personnifiées par le docteur de la Fūye, le caractère scientifique de l'acupuncture est précisément cette possibilité de pouvoir être « incorporée » à la médecine moderne. L'« acupuncture moderne » vient d'une pratique millénaire, mais elle doit pouvoir être pratiquée à côté de toutes les autres thérapeutiques.

¹ De la Fūye R., *Op. Cit.*, 1949 - 2°, p. 82

² De la Fūye R., *Ibidem*, p. 83.

Si pour un non médecin, tel que Soulié de Morant, l'attention portée par des médecins sur l'acupuncture justifiait sa scientificité, dans le cas de Roger de la Fûye, c'est le caractère ductile de cette thérapeutique qui apporte garantie et légitimité à sa position dans le contexte médical proprement dit. C'est en vue d'une reconnaissance comparable aux autres thérapeutiques que le « mystère qui a longtemps entouré » l'acupuncture doit nécessairement être remplacé par une connaissance et une pratique « modernisée » et la relation acupuncture/homéopathie est certainement un grand pas vers cette modernisation.

Le docteur De la Farge, dans le même numéro de la *Revue Internationale d'Acupuncture*, défend l'avenir de l'acupuncture et affirme, à propos de sa validité et de sa crédibilité :

Nous partons de données certaines, qui ne sont pas nées d'hier dans nos cerveaux en mal d'imagination, nous partons d'une méthode qui, au cours de 48 siècles, a été expérimentée par l'homme, a servi à l'homme, lui a paru efficace et précieuse.

Après avoir subi une longue et lente décantation, cette science a réussi ce prodige unique dans les annales de la médecine : naître dans la conscience de Néolithiques extrême-orientaux pour rejoindre, par-dessus les millénaires, les conceptions modernes de l'Age Atomique.¹

Et il définit les acupuncteurs en disant :

Nous sommes des praticiens modernes, des praticiens de notre temps qui nous appliquons à réaliser la vaste synthèse de la sagesse orientale et de la Science occidentale, réconciliées et concordantes.²

D'une part, donc, on justifie la valeur de l'acupuncture par son ancienneté puisqu'elle est « née dans la conscience Néolithique extrême-orientaux » ; d'autre part, on la « modernise » à travers des élaborations et des liens avec l'homéopathie et plus concrètement dans la pratique avec l'utilisation de l'électroponcture. Nous avons précédemment vu les liens que le docteur de la Fûye met en place entre l'homéopathie et l'acupuncture. Les élaborations concernant l'utilisation d'une stimulation électrique sur les points d'acupuncture reste limitée aux expériences faites par le docteur de la Fûye

¹ De la Farge, « L'avenir de l'Acupuncture », *Revue Internationale d'Acupuncture*, juillet - septembre 1949, p. 57.

² De la Farge, *Ibidem*, p. 57.

jusqu'aux années 1960. Malgré cela, il avait engagé le Laboratoire Walter (37, bd St Michel, Paris) pour créer des appareils « détecteurs électrocutanés » et des stimulateurs électriques. L'électro-acupuncture est certainement perçue et présentée comme une technique modernisant l'acupuncture classique d'origine extrême-orientale¹.

Cette conviction d'une acupuncture « modernisée » et réservée aux médecins allopathes et homéopathes conduit Roger de la Füyé, d'une part, à la création du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France (SNMA), qui avait, et qui a encore aujourd'hui, pour but la défense de la profession et d'autre part, à l'organisation d'un enseignement de cette thérapeutique.

6.a. L'enseignement

En 1947, l'Institut du Centre d'Acupuncture de France est créé à l'intérieur de la SFA. Il propose des cours tous les ans, tous les mardis soirs (sauf le quatrième réservé à des réunions de la SFA) à l'Hôtel des Sociétés (Hôtel des Sociétés Savantes, 28 rue Serpente, Paris VI^{ème}). Pendant les dix premières années, les cours sont tous donnés par le docteur de la Füyé qui est aussi l'auteur des photocopies distribuées et des ouvrages conseillés². Les cours se partagent entre des cours « verbaux » qui ont lieu les mardis soirs, et des cours pratiques qui se tiennent pendant les consultations à l'hôpital (au début, uniquement à l'hôpital Militaire du Val-de-Grâce et puis ensuite aux hôpitaux Lariboisière, Bretonneau et Cochin) ou dans le cabinet du docteur de la Füyé, deux ou trois jours par semaine.

Omniprésent quand il s'agissait d'acupuncture, le docteur de la Füyé avait organisé en son cabinet si accueillant à tous, 8, Avenue Franklin-Roosevelt, un dispensaire qui, deux fois par semaine, recevait de nombreux médecins et étudiants désirant s'initier à l'« art des aiguilles »...³

L'enseignement fourni par l'Institut du Centre d'Acupuncture de France est établi pour deux années obligatoires avec la remise d'un diplôme de l'Institut.

À partir de 1957, les cours sont divisés entre la première et la deuxième année. Pour la première année un cours d'une heure est tenu par des collaborateurs du docteur de la

¹ À ce propos nous verrons plus loin les échanges entre la SFA et de la Füyé, et la SA et Khoubesserian.

² Le *Traité d'Acupuncture, l'Acupuncture moderne pratique, l'Acupuncture sans mystères*, un tableau de la liste des médicaments homéo-siniatriques, un tableau des méridiens et des points homéo-siniatriques.

³ Jannot L., « Le docteur de la Füyé n'est plus – notice bibliographique », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 56, année 14, avril - juin 1961, p. 55.

Füye (« le professeurs de l'Institut ») sur les « douze King et les deux Vaisseaux médians avec leurs points principaux », en guise d'introduction pour les nouveaux médecins intéressés à l'acupuncture. Le cours de la deuxième année est enseigné par le docteur de la Füye. Nous reportons ici un programme à titre d'exemple :

COURS INAUGURAL (pour les élèves de toutes les catégories)

LES DOUZE KING ET LES VAISSEAUX MEDIANS, avec leurs points principaux, cinq leçons pour les élèves de la première année

LES VAISSEAUX MERVEILLEUX – LES POINTS CHINOIS – LES POINTS « CENTRE REUNION », pour les élèves de deuxième année

APPAREIL DIGESTIF : Vomissement. Gastrites. Ulcère gastrique. Cirrhose. Ictère. Cholécystite. Lithiase biliaire.

APPAREIL D'EXCRETION : Lithiase rénale. Néphrites. Hydronéphroses. Pyélonéphrites. Cystites. Troubles de la miction.

APPAREIL MOTEUR : La fatigue. Crampes et torticolis.

APPAREIL GENITAL : Les pertes blanches

OPHTALMOLOGIE : Douleurs des yeux. Myopie. Conjonctivites. Kératites.

O.R.L. : Angines et enrouements

DERMATOLOGIE : Stomatites. Ulcérations buccales. Oedèmes. Adénopathies. Acné. Furunculose.

HEMATOLOGIE : Anémie. Leucose.

SYSTEME NERVEUX : Céphalées. Insomnies.¹

Nous pouvons penser que ce programme d'enseignement naît de l'élaboration des premiers cours offerts, à partir des années 1930, à l'hôpital par George Soulié de Morant. Par la suite, le programme sera mis au point et amélioré au fur et à mesure. De toute façon, le travail de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France se poursuivra après 1960, et l'Institut restera actif jusqu'à la fin des années 1980. C'est alors que le Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture est créé, au moment où, enfin, l'enseignement de l'acupuncture dispensé par l'Université sera le seul à être reconnu par le Ministère et l'Académie de Médecine.

¹ *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 54, année 13, octobre - décembre 1960, p. 182-183.

6.b. Les Congrès et la Société Internationale d'Acupuncture

À l'intérieur de la SFA, outre la *Revue Internationale d'Acupuncture*, le moyen probablement le plus représentatif utilisé pour la diffusion, la défense et l'expansion de l'acupuncture est le congrès.

La SFA organise le premier Congrès d'Acupuncture à Paris, le 20 et 21 juin 1947, présidé par

...son altesse le Prince Pierre de Monaco, assisté du Professeur Laignel-Lavastine membre de l'Académie de Médecine, Président d'Honneur de notre Société.¹

Strictement liée à la SFA, la SIA est fondée en 1947, toujours par le docteur Roger de la Fûye, avec le but de diffuser l'acupuncture au niveau international. Ce sont ces deux sociétés d'acupuncture qui s'occupent des congrès, bien que, étant pour la plupart des événements internationaux, ce sera la SIA qui s'en chargera principalement².

En juin 1948, le deuxième Congrès International se tient à Nice et le Prince de Monaco y participe encore. Le troisième congrès a lieu à Paris en mai 1949 et le Président Honoraire Laignel-Lavastine, l'ex-Ministre de la santé Marc Rucart, le docteur Rousseau, Vice Président de la Société Française d'Homéopathie et plusieurs représentants des sociétés étrangères venant de l'Angleterre, du Canada, d'Italie, de la Suisse et du Vietnam y participeront.

Le quatrième est tenu toujours à Paris en mai 1950 ; outre les personnages représentatifs du congrès précédent, le docteur de la Fûye avait pu inviter le Ministre de la Santé Publique, Monsieur Schneiter (qui a été remplacé par son représentant) et le Député Alfred Coste-Floret. En 1951, le cinquième congrès est national et se tient à Bordeaux. Tandis que du 17 au 20 mai 1952 à Paris se tiendra le sixième Congrès International qui sera consacré en majeure partie à la médecine Sino-Vietnamienne. Cette occasion sera sanctionnée par la présence

... des Chefs de Cabinet, représentant les Ministères de la Santé Publique et des Etats Associés, de son Altesse Impériale le Prince Buu-Loc, représentant Sa Majesté

¹ De la Fûye R., « Éditorial », *Archives de la Société Française d'Acupuncture*, n°2, 1947, p. 1.

² Dans les premiers vingt années il n'y a pas une véritable différence entre la SFA et la Société Internationale d'Acupuncture, les deux ont presque le même comité de direction et elles sont liées à même revue.

l'Empereur du Viet-Nam, et de Son Excellence Monsieur Tuan, ministre de Chine, représentant l'Ambassadeur de Chine.¹

Ce congrès attire un nombre de participants plus important que ce qui était prévu (la salle de 350 places de la Maison du Médecin n'était pas suffisante pour accueillir tous les participants) ce qui attestait du « chemin parcouru en une montée régulière par la Société Internationale d'Acupuncture »².

Le septième congrès se tient en août 1953 à Munich, organisé par la section allemande de la Société Internationale d'Acupuncture. C'est le premier congrès de cette société qui est organisé hors de France par des non français. Le Président est toujours Roger de la Füyé accompagné par le Sénateur Dr Weiller, Président de la Chambre Régionale des Médecins Bavarois et du représentant du Ministère de la Santé, le Directeur Général docteur Haug.

En 1955, le huitième congrès est organisé à Paris, avec un nombre de plus en plus important de participants. Le neuvième se tient à Vienne en 1957. En revanche le deuxième³ congrès national se tient en 1958 à Vittel.

Le dixième congrès international a lieu à Paris du 9 au 11 mai 1959. Celui-ci est très probablement le plus important des congrès organisés par les deux sociétés françaises d'acupuncture. Y participent des représentants de l'acupuncture venant du monde entier, au point de faire parler de ce congrès comme d'un Congrès Mondial d'Acupuncture :

Ce Congrès Mondial d'Acupuncture est placé sous le Haut Patronage du Ministre de la Santé Publique, du Préfet de la Seine et d'un ex-Président de l'Académie de Médecine. Je salue ici : Monsieur le docteur Bridgman, représentant du Monsieur le Ministre de la Santé Publique et du Préfet de la Seine ; Monsieur le Professeur Charles Laubry, de l'Institut ; le docteur Wu Wei Ping, représentant de la Chine ; le docteur Manaka, représentant du Japon ; Monsieur le Conseiller de l'Ambassade d'URSS ; Messieurs les Délégués de l'Amérique du Nord et du Sud, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de la Grande-Bretagne, de la Grèce, du Territoire de Hong-kong, de la Hongrie, de l'Iran, de l'Italie, de la Suisse, de la Turquie et du Viet-Nam.⁴

¹ De la Füyé R., « Éditorial », *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 21, juillet - septembre, 1952, p. 95.

² De la Füyé R., *Ibidem*, p. 95.

³ Le premier congrès national de la SFA correspondait au congrès tenu à Bordeaux en 1951.

⁴ Jannot L., « Éditorial », *Revue Internationale d'acupuncture*, n° 49, juillet - septembre, 1959, p. 99 ; Cf. *Revue Française d'Acupuncture*, année 23, n° 90, avril - juin, 1997.

Notons aussi que c'est le premier congrès où il est suggéré un sujet de discussion pour les communications des participants: « La diathèse rhumatismale et l'Acupuncture ». C'est aussi le dernier organisé par la SIA présidée par le docteur Roger de la Fûye (qui mourra en avril 1961).

Le onzième congrès est organisé par le docteur Bachmann, Président de la Société Allemande, qui, pour la deuxième fois, accueille à Munich en mai 1961, l'une de ces rencontres internationales annuelles. Cette année-là, le congrès a pour thème « Considérations scientifiques et expérimentales en rapport avec l'Acupuncture ».

D'un côté, nous avons l'activité de la SIA qui organise les événements internationaux ; de l'autre, la SFA s'occupe de l'activité des congrès nationaux et des « réunions mensuelles » (qui, comme les cours, se tiennent à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28 rue Serpente, Paris 5^{ème}) regroupant les médecins français intéressés par l'acupuncture. Les présentations étaient discutées entre les participants : pour ces médecins, c'était une occasion d'échange et de confrontation sur leur travail clinique d'acupuncture. Dès les premiers numéros de la *Revue Internationale d'Acupuncture* (ainsi que précédemment dans les quelques publications des *Archives de la Société Française d'Acupuncture*), les articles publiés étaient pour la plus grande partie les textes des communications des congrès et des réunions mensuelles de la SFA.

La plupart des interventions sont axées sur des cas cliniques en acupuncture ou sur les liens entre l'acupuncture et l'homéopathie. Certaines portent sur les innovations en acupuncture (comme l'utilisation des électro-stimulateurs, ...). Quelques-unes traitent de la diffusion de l'acupuncture en Occident. En revanche toute allusion à une pratique ou à une théorie qui ne fait pas partie du système médical contemporain est proscrite avec vigueur à l'exception de l'homéopathie (nous avons précédemment fait allusion à l'astrologie et au magnétisme). Mais les éléments d'acupuncture qui parviennent peu à peu d'Orient et qui ne font pas partie de la théorie reçue jusqu'alors sont également proscrits (comme la théorie des cinq agents dont on commence à parler en 1954)¹. Malgré cette orthodoxie envers une médecine académique, il est intéressant de noter que le docteur de la Fûye soutient, et invite aux congrès, des maîtres d'arts martiaux. Il présente ainsi l'intervention organisée par des enseignants de judo et de jiu-jitsu au troisième congrès International :

¹ Cf. : Chapitre I, p. 80-83.

Le Congrès terminera enfin le samedi vers midi par une causerie sur le judo, le jiu-jitsu et le kuat-su, suivie d'une démonstration théorique et pratique de combats japonais, dans les merveilleux jardins du Club de France, sous un soleil éclatant.¹

Comme nous verrons plus tard les arts martiaux reviennent souvent dans le discours et dans les intérêts des médecins occidentaux intéressés par la médecine chinoise.

Nous avons donc vu que le travail des deux sociétés (la SFA et la Société Internationale d'Acupuncture) était très proche et la revue qui a une diffusion internationale. Grâce à l'activité des congrès et aux sorties bimestrielles de la *Revue Internationale d'Acupuncture*, l'acupuncture s'internationalise en créant des réseaux avec d'autres pays européens et du monde entier (nous avons vu plus haut les pays faisant partie des congrès). D'ailleurs, l'un des points fondamentaux dans la démarche entreprise par le docteur de la Fūye était, sans aucun doute, l'expansion de cette thérapeutique, hors de France. Il en parle ainsi en s'adressant aux membres de la SIA (comme nous l'avons déjà vu ci-dessus) :

Mes Chers Amis, sans vous, je ne puis rien et je devrais arrêter mes efforts. Or, arrêter c'est reculer. Avec vous, tout sera possible et je réaliserai le but que je me suis fixé : faire connaître au Monde une thérapeutique humaine, puissante, efficace, saine, débarrassée de ses brouillards antiques, modernisée et s'intégrant à la Médecine, la seule, celle qui guérit.²

Plus de cinquante ans plus tard, un des acupuncteurs organisateurs aujourd'hui de l'Association Française d'Acupuncture (la nouvelle Société Française d'Acupuncture) qui avait connu de la Fūye me dit :

... je ne prends pas de la Fūye pour un grand acupuncteur, de la Fūye était un grand organisateur...

(F-27)

¹ De la Fūye R., « Éditorial », *Revue Internationale d'acupuncture*, année 1, n°3, juillet - septembre, 1949, p. 50.

² De la Fūye, *Op. Cit.*, 1950, p. 115.

Effectivement, en 1949, dix pays font partie de la SIA¹, et le nombre des pays et des membres affiliés à la société augmente chaque année. En 1957, les pays correspondants étaient trente-six², et le nombre des filiales de la SIA n'a cessé d'augmenter aussi. En 1958 les membres sympathisants de la SIA dépassent les 400³. Pour cette raison, à partir du numéro 44, la *Revue Internationale d'Acupuncture* ne publiera plus que le nom et l'adresse du Président de Section ou du plus ancien membre correspondant des dites nations. De plus, la SIA décide que, lorsqu'une section nationale hors de France atteint le nombre de cent inscrits, elle pourra, si elle le désire, devenir indépendante. Cela veut dire que seul le Président de la nouvelle section étrangère, reste membre de la SIA avec le titre de Président représentant son pays. Ce sera donc le travail de la section nationale d'inviter aux congrès internationaux les membres de son propre pays.

La première nation qui constitue sa société indépendante est l'Allemagne, avec le docteur Bachmann (qui organise deux congrès de la SIA à Munich). En 1958, elle compte déjà presque 200 inscrits. Toujours en 1958, l'Argentine, l'Autriche, la Belgique, le territoire de Hong-Kong et le Japon seront constitués en sections⁴, l'Italie et l'Espagne prévoient de créer leur section. Nous attirons d'ores et déjà l'attention sur le fait que l'Italie était déjà l'un des trois pays membres de la SIA en 1946, et que, douze ans plus tard, elle a toujours un nombre de membres assez réduit : elle ne pourra pas s'organiser en Société indépendante avant 1968, année où la Società Italiana d'Agopuntura commencera son travail de diffusion et de contrôle de l'acupuncture en Italie. Plus tard nous verrons plus en détail quelles étaient les relations entre les Sociétés d'Acupuncture Françaises et l'acupuncture en Italie.

¹ L'Angleterre, l'Argentine, la Belgique, la Chine, l'Espagne, les Etats-Unis, l'Italie, le Luxembourg, la Suisse.

² L'Afrique du Nord, l'Afrique équatoriale, les Antilles, le Cameroun, Madagascar, la Nouvelle Calédonie, le Vietnam, l'Allemagne, l'Argentine, l'Autriche, l'Australie, la Belgique, le Brésil, le Congo Belge, le Canada, la Chine, l'Egypte, l'Espagne, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Grèce, Hong-Kong, les Indes, l'Iran, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Suisse, la Syrie, la Turquie, le Vatican, la Yougoslavie.

³ Et le nombre des médecins acupuncteurs inscrits à la SFA est d'au moins 300 médecins.

⁴ Les sections n'ont pas un statut de Société indépendante de la Société Internationale d'Acupuncture.

7. La naissance du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France et la reconnaissance légale de l'acupuncture

Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France naît en 1947, toujours sous la présidence du docteur Roger de la Füyé. L'année même de sa création, en 1947, le Syndicat des Médecins Acupuncteurs de France est reconnu par la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Un an plus tard, en 1949, le Syndicat obtient que la consultation d'acupuncture soit remboursée à K2¹, avec une entente préalable avec la Sécurité Sociale.

Malgré ses efforts et son engagement pour la reconnaissance de la profession médicale de l'acupuncture, le SNMAF restera en position assez faible vis-à-vis de Confédération des Syndicats Médicaux Français ainsi que de l'ensemble des institutions officielles. Plusieurs attaques contre les acupuncteurs sont portées par d'autres médecins ou d'autres institutions. Les acupuncteurs sont accusés de charlatanisme ou, du moins, de pratiquer une médecine sans fondement scientifique. La défense de l'acupuncture de la part du docteur de la Füyé (dont nous venons de parler) était, entre autres, motivée par le rôle du SNMAF vis-à-vis de ses adhérents². Au fil des années, ce Syndicat rassemble un nombre croissant de membres appartenant à l'une ou l'autre société³. Il restera le seul syndicat des acupuncteurs et sera le seul organisme unifiant l'acupuncture française, par-delà l'hostilité latente voire les conflits qui opposent toujours les deux sociétés.

Pour affirmer et défendre l'acupuncture, Roger de la Füyé entretient des relations avec des représentants de la bureaucratie plus ou moins liés au monde médical : par exemple, avec le sénateur et ancien ministre de la santé, Marc Rucart qui préside deux congrès internationaux (en 1950 et 1952) et d'autres représentants du Ministère de la Santé Publique, toujours présents dans les situations officielles, tels que les congrès. Nous pouvons penser que c'est grâce à ces contacts avec le monde politique et aux succès

¹ La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) définit les actes pris en charge par l'assurance maladie. Elle leur affecte une cotisation en fonction de lettres clés associées à la spécialité ou, comme dans le cas de l'acupuncture, à la technique utilisée et des coefficients qui définissent l'intensité de l'acte. Les actes de chirurgie et de spécialités sont cotés en K ou KC (dont le K à l'époque correspondait à 160 francs anciens), et une consultation d'acupuncture a comme coefficient 2 (K2). Donc la tarification de l'acte médical pour ce qui en est d'une consultation d'acupuncture est $160 \times 2 = 320$ francs anciens.

² Cf. : Par exemple la lettre de défense « Une attaque contre les acupuncteurs » publiée dans la *Revue Internationale d'Acupuncture*, année 4, n° 3, juillet-septembre, 1953, p. 115-116. Roger de la Füyé répond à un article du docteur Daniker dans *La médecine libre* qui portait le titre : « Pléthore de... charlatans » publié en 1954.

³ Nous ne pouvons pas donner des chiffres fiables sur le nombre des inscrits au Syndicat. Le docteur de la Füyé affirme qu'entre 1950 et 1955 le Syndicat comptait 3000 inscrits. Cette donnée nous semble surestimer le nombre réel des médecins acupuncteurs adhérents au syndicat.

juridiques obtenus par les non médecins pratiquant l'acupuncture, que le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs, et son Président Roger de la Füyé, arrivent à donner un statut légal à l'acupuncture française.

En 1948, le ministère de la Santé Publique avait interrogé l'Académie de Médecine sur l'acupuncture afin de définir quelle place elle devait occuper dans la médecine.

L'Académie de Médecine avait répondu :

L'acupuncture n'est pas à proprement parler une méthode thérapeutique. C'est un procédé de l'ordre des révolutions, des pointes de feu, des ventouses. On ne peut pas, d'ailleurs, dans l'état actuel, le considérer comme ayant une base rationnelle, bien que, comme toute une série de petites interventions, il puisse peut-être, dans certains cas, apporter un soulagement.¹

En soulignant d'importantes perplexités sur la possibilité de considérer l'acupuncture comme une véritable thérapeutique le ministère de la Santé Publique déclare :

Si l'Acupuncture devait être l'objet d'un classement, elle devrait être placée dans la catégorie des actes qui ne peuvent être exécutés que par un médecin.²

À cette décision du ministère de la Santé Publique à l'égard de l'acupuncture le SNMAF répond avec une proposition de « Statuts de l'acupuncture en France, présentés à l'appréciation de l'Académie de Médecine de la Faculté de Médecine et des Pouvoirs Publics ». Cette proposition souligne l'ambiguïté de la décision prise, en 1950, par le ministère de la Santé Publique, qui déclare l'acupuncture comme une méthode non proprement thérapeutique, mais, cependant réservée uniquement aux médecins. À ce propos, le SNMAF produit un document formel qui rassemble :

...un certain nombre d'éléments scientifiques et juridiques de base à l'élaboration d'un statut légal de l'Acupuncture en France, établissant les droits et les devoirs des médecins français, titulaires du diplôme d'Etat et inscrits au Tableau de l'Ordre des

¹ Arrêté du Ministère de la Santé Publique et de la Population, sur les actes médicaux pouvant être exécutés par une auxiliaire médical qualifié. J.O. du 9 janvier 1948.

² *Ibidem*, art. 4.

Médecins, relativement à l'exercice de l'Acupuncture dans la France Métropolitaine et dans l'Union française.¹

En plus, dans le même document, le SNMAF propose un statut établissant les conditions d'exercice de l'acupuncture pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les massokinésithérapeutes titulaires du diplôme d'Etat de leur spécialisation.

Nous y trouvons une définition de l'acupuncture :

C'est l'utilisation des points cutanés douloureux, dans un but thérapeutique.

Elle consiste comme le nom l'indique (du latin *acus*, aiguille et *puncture*, piqûre), à enfoncer superficiellement dans le tissu cellulaire sous-cutané, sur certains points précis de la peau, des fines aiguilles métalliques et à les laisser en place pendant un laps de temps qui peut varier de quelques secondes à plusieurs heures, selon l'effet recherché...²

Et une explication thérapeutique de l'acupuncture qui débute ainsi :

Elle consiste à utiliser les zones douloureuses, et plus spécialement les points cutanés douloureux qui accompagnent presque toutes maladies, en piquant les points les plus précis de ces zones avec les aiguilles métalliques.

Or, il est un fait d'observation courante facile à constater : chaque fois que l'on poncture un point cutané douloureux précis (névralgie intercostale par exemple), ce point névralgique cesse immédiatement d'être douloureux, et la névralgie même ancienne, disparaît souvent de façon définitive.

La cessation de la douleur entraîne souvent aussi, par effet de répercussivité, une diminution et parfois une disparition des troubles fonctionnels qui accompagnent toute maladie, favorisant le processus de guérison de la lésion organique, et apportant ainsi son aide puissante et exempte de danger à toute autre thérapeutique quelle qu'elle soit...³

Pour conclure en affirmant :

¹ Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, « Statuts de l'acupuncture en France, présentés à l'appréciation de l'Académie de Médecine de la Faculté de Médecine et des Pouvoirs Publics », janvier 1951, p. 3.

² Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, *Ibidem*, p. 4.

³ Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, *Ibidem*, p. 4-5.

Traitement d'assaut de la douleur. Amélioration et guérison des troubles fonctionnels, favorisant ainsi le processus de guérison des troubles lésionnels. Bénégnité et innocuité absolues de cette méthode. Ces seuls titres indiscutables doivent suffire à assurer à l'Acupuncture, une place dans la médecine moderne, comme thérapeutique autonome ou auxiliaire, dont l'efficacité et l'innocuité sont attestées par des siècles d'expérimentation.¹

Nous reviendrons plus tard sur cette définition de l'acupuncture, et nous montrerons comment elle évolue au fil des années (nous avons donc volontairement donné plus d'ampleur aux citations), ce qui nous intéresse ici, c'est de montrer les raisons pour lesquelles le SNMAF demande :

Que soit reconnu officiellement aux docteurs en Médecine, titulaires du diplôme de la Faculté d'Etat et inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins, le droit absolu de pratiquer l'Acupuncture, soit isolément, soit en concomitance avec toute autre thérapeutique ;

Que l'enseignement privé de cette science, soit transformé prochainement en chaire libre à la Faculté de Médecine ; enseignement qui est d'autant plus indispensable, que bon nombre de jeunes médecins sont susceptibles d'aller en Extrême-Orient, où cette thérapeutique millénaire est encore exercé par les médecins de ces contrées ;

Qu'un diplôme officiel de médecin acupuncteur, sanctionne les deux années d'études spéciales, nécessaires à la connaissance de cette méthode ;

Que le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, composé exclusivement de Médecins Acupuncteurs qualifiés, passe du classement des Syndicats catégorisés, à celui des Syndicats compétents, en attendant la qualification de spécialistes ;

Qu'un service de contrôle de prestations d'Acupuncture soit confié par la Sécurité Sociale à des Médecins Acupuncteurs, membres du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France.²

À ces points s'ajoutent les définitions des droits et devoirs des autres opérateurs sanitaires non médecin³.

À ces demandes, l'Académie de Médecine, la Faculté de Médecine et le ministère de la Santé Publique répondent positivement au premier point, réservant aux seuls

¹ Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, *Ibidem*, p. 8.

² Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, *Ibidem*, p. 11.

³ Roger de la Fûye en 1951 se bat, à l'intérieur de la SFA pour donner une reconnaissance aux auxiliaires médicaux et permettre à ces derniers de rester membres de la société, et ceci contre l'avis d'une partie des médecins adhérents.

médecins (et aux dentistes) le droit de pratiquer l'acupuncture (et non aux sages-femmes, ni aux infirmiers). Pour ce qui en est des points suivants, l'acupuncture reste une thérapeutique qui peut être pratiquée par tout médecin ayant acquis son doctorat d'Etat et inscrit à l'Ordre des Médecins, mais le diplôme d'acupuncture n'obtiendra que bien plus tard une reconnaissance officielle (cela veut dire, en fait, que tout médecin peut se déclarer acupuncteurs même s'il n'a pas de formation diplômante). Ainsi, pour ce qui en est de l'enseignement universitaire, il faudra attendre 1989 pour voir apparaître l'acupuncture dans les universités. De plus, les médecins acupuncteurs d'aujourd'hui continuent de se battre afin que l'acupuncture soit qualifiée de « spécialité médicale » ce qui est encore loin d'être le cas. Enfin, il faudra attendre la fin des années 1960 pour qu'un membre du SNMAF fasse partie de la Commission des Nomenclatures de la Sécurité Sociale Nationale.

Nous voyons comment le SNMAF jette les bases du travail d'affirmation et de défense des intérêts des médecins acupuncteurs d'un point de vue juridique et légal, ainsi qu'institutionnel. Son travail est toujours d'actualité comme nous le verrons plus loin, mais les résultats acquis dans les premières années de son activité constitueront la base sur laquelle l'acupuncture française pourra, par la suite, se développer légalement et institutionnellement.

8. La Société d'Acupuncture jusqu'en 1960

La Société d'Acupuncture (SA) a été créée en 1945, juste après la deuxième guerre mondiale et quelques années après la naissance de la SFA. Elle regroupe tous les médecins précédemment formés à l'acupuncture par George Soulié de Morant, lequel, dans la décennie entre 1930 et 1940, organisait des réunions d'échanges concernant la pratique de l'acupuncture. La Société est donc la mise en œuvre d'un accord entre les médecins de ce groupe. À sa naissance, le Comité d'Honneur est formé par deux présidents, George Soulié de Morant et le docteur Bétuel et par trois membres honoraires, le Conseiller à l'Ambassade de Chine, Monsieur Sié Ton Fa, le Délégué Général du Comité France-Chine, Bernard Lafaille et Madame Max Vitry. Dans le Bureau, qui ne changera pas jusqu'en 1955¹, le docteur Charles Flandin est le Président, le docteur Ferreyrolles, le Professeur Mériel et le docteur Thérèse Martiny sont les Vice-Présidents ; enfin, les Secrétaires sont les docteurs Perret et Khoubesserian. Les médecins qui sont membres du Bureau sont tous ceux qui soutiennent George Soulié de Morant. Nous pouvons en déduire que la SA naît en réponse à la Société fondée par le docteur de la Fūye. Et, par la suite, comme nous l'avons déjà dit et comme nous le verrons, les relations entre les médecins des deux sociétés sont marquées par un climat de franche hostilité - au moins jusqu'en 1965, lorsqu'une fusion des deux sociétés sera tentée.

À partir de 1950, la SA commence à publier le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, dont les organisateurs sont les docteurs Koubesserian et Mallapert. Pour la Société d'Acupuncture, comme pour la SFA, la publication d'une revue permet la diffusion et la divulgation de l'esprit, des projets, des activités, des recherches ainsi que de la « philosophie » de la société. Dans ses premiers numéros, le *Bulletin* se présente comme un petit fascicule d'une vingtaine de pages, contenant des articles assez synthétiques (entre une demie et deux pages). Deux ans plus tard, déjà, cette publication diffuse des articles d'une certaine richesse, en faisant apparaître des interventions de médecins français sur plusieurs aspects de la thérapeutique orientale.

L'intérêt commun pour l'acupuncture mis à part, les deux sociétés présentent des différences importantes. La SFA, nous l'avons montré, a comme but la propagande de l'acupuncture au sein du milieu médical français et international (avec la SIA) et le président, le docteur de la Fūye, reste à la tête de la SFA et de la SIA jusqu'à sa mort.

¹ Plusieurs médecins composant le bureau de la SA ont disparu en 1955.

Toutes les activités des sociétés qu'il chapeaute dépendent de sa volonté et de ses capacités. Nous avons vu qu'il est l'auteur de quasiment tous les éditoriaux de la *Revue Internationale d'Acupuncture* jusqu'en 1960.

Au contraire, la SA a comme but de devenir un lieu d'échange et de discussion entre les médecins acupuncteurs. Personne ne cherche à y monopoliser le pouvoir, puisqu'elle change effectivement de Président à chacune des Assemblées Générales annuelles. Par conséquent, le style de la revue est très différent de celui de la *Revue Internationale d'Acupuncture*. Le *Bulletin de la Société d'Acupuncture* publie certainement les textes des interventions des médecins qui participent aux journées organisées par la SA, mais d'une façon marginale. En réalité, la plupart des articles sont des contributions originales des médecins français, et parfois étrangers, qui présentent leurs travaux, les résultats de leurs recherches et de leurs cas cliniques. La typologie des articles du *Bulletin de la Société d'Acupuncture* s'oppose, en quelque sorte, à l'esprit des publications de la *Revue Internationale d'Acupuncture*. Bien évidemment, le contenu des articles du *Bulletin* reflète la philosophie des médecins adhérents à la SA. Ils soutiennent, pratiquent et promeuvent une acupuncture le plus proche possible d'une « réalité » orientale, le plus riche possible de références anciennes, la plus ouverte possible à tous les « mystères » thérapeutiques mais, en même temps, ils apportent une attention soutenue à la vérification scientifique de tous résultats.

« Pour faire de la bonne acupuncture il faut s'imprégner de philosophie orientale »¹. Ainsi s'exprimait le docteur Ferreyrolles, et cette phrase résonne en contraste aux affirmations de de la Fūye contre « tous les orientalismes » qui confondent la vérité de la vraie acupuncture, une acupuncture sans mystère.²

La politique du *Bulletin de la Société d'Acupuncture* est donc double : d'un côté, les travaux scientifiques prennent de plus en plus d'épaisseur ; de l'autre, toute une démarche de traduction de textes se met en place pour transmettre les données de la médecine chinoise avec exactitude. Cette exigence de traduction et d'analyse des sources primaires pour les confronter avec les premiers travaux faits en Occident sur l'acupuncture et la théorie médicale chinoise, se manifeste chez les médecins militaires qui ont séjourné en Indochine et qui se sont intéressés à la médecine qu'ils observaient sur place³. Ces

¹ Cité par : Cassin G., « Sur la mort », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n°18, novembre 1955, p. 11

² Cf. : Affirmations de Roger de la Fūye, Cf. : Chapitre I, p. 43-48.

³ Nous nous référons au docteur Chamfrault, d'abord, et plus tard, dans les années 1960, au docteur Cantoni et au docteur Borsarello.

médecins se retrouvent justement à la SA pour discuter de leurs expériences et de leurs divergences vis-à-vis des différentes interprétations des textes¹.

8.a. Le docteur Albert Chamfrault et le début des traductions des textes médicaux chinois

L'un des plus représentatifs parmi ces personnages est le médecin militaire Albert Chamfrault qui, le premier après Soulié de Morant, cherche à puiser directement aux textes chinois. En effet le docteur Chamfrault joue un rôle très important dans la transformation de la pratique de l'acupuncture en France entre les années 1950 et 1960. Comme nous le verrons, sa contribution se place à un niveau théorique et pratique, pour ce qui en est de la traduction des textes et de la rédaction d'ouvrages en langue occidentale sur l'acupuncture et la médecine chinoise, mais il est aussi le personnage qui garantira un lien entre les deux Sociétés Françaises s'occupant d'acupuncture (la SFA et la SA).

Albert Marie Pol Chamfrault naît à Verdun le 8 août 1909. Après la mort de son père, pendant la guerre 1914-1918, sa famille s'établit à Paris où Albert fait ses études. Sa mère se remarie avec un médecin homéopathe, le docteur Blotin. C'est son beau-père qui essaie d'orienter Albert vers la médecine. Une fois sa scolarité terminée, Albert est attiré par les arts mais il accepte de préparer sa formation à la médecine à condition de pouvoir voyager. Il est admis à l'École Navale de Bordeaux et, en 1935, il reçoit son diplôme de docteur en médecine. L'influence de son beau-père le rapproche de l'homéopathie et il s'intéresse à l'acupuncture. Il devient élève de Roger de la Fûye et il suit les cours de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France à chaque fois qu'il rend visite à sa mère qui vit à Paris. Il participe à la deuxième guerre mondiale et, en 1946 il est nommé Chevalier de la Légion d'honneur. En 1950, le ministère de la Défense l'envoie à la base navale d'Haïphong. Il restera en Indochine trois ans.

J'avais, avant d'arriver en Extrême-Orient, quelques années de pratique d'Acupuncture et, très intimement, l'impression qu'il y avait encore beaucoup à apprendre pour un médecin désireux d'étudier sur place cette science curieuse.²

¹ Nous citerons l'œuvre de certains de ces médecins, qui ne sont certes pas les seuls à avoir apporté une contribution à l'esprit du travail de la SA mais, en raison de l'ampleur du sujet que nous allons traiter, nous avons dû faire une sélection. Nous présenterons le travail de quelques médecins qui ont joué un rôle central pour la diffusion de l'acupuncture en France.

² Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise*. Tome 1, *Acupuncture, moxas, massage, saignées*, Angoulême, Coquemard, 1954, p. 7.

Pendant la période passée au Tonkin, en essayant de mieux comprendre cette « science curieuse », il s'introduit dans le quartier Chinois et il se lie d'amitié avec un lettré Chinois, Ung Kan Sam¹.

Après trois mois de recherches, j'eus l'inestimable chance de rencontrer un lettré chinois, M^r UNG KAN SAM, qui enseignait notre langue à des jeunes Chinois. Non seulement il connaissait notre langue, mais il admirait notre littérature. J'eus la grande stupéfaction de le voir apprécier Baudelaire, Rimbaud, admirer et commenter Paul Valéry dont il me prêta *Le cimetière marin* que j'eus la grande joie de relire, grâce à lui, à tant de milliers de kilomètres du lieu de sa création.²

Il passera ses soirées, voire ses nuits, de ces années passées en Indochine, avec son ami chinois pour traduire les textes qui lui serviront ensuite à la rédaction de ses ouvrages en langue française.

Tout en parlant de Claudel, en savourant une soupe chinoise aux nids d'hirondelles, ou aux fibres de bambou, nous nous mîmes à l'œuvre durant de longs mois. C'est ainsi que fut traduit l'ouvrage essentiel sur la médecine Chinoise : le « Neï King » et le « So Ouenn ».³

Après son séjour en Orient, à la moitié des années 1950, le docteur Chamfrault revient en France avec le matériel qui lui servira de base pour l'énorme travail sur la médecine chinoise qu'il publiera dans les années suivantes. Ayant pris sa retraite de l'armée en 1955, il ouvre un cabinet d'acupuncture et homéopathie à Angoulême. Il s'engage également, d'une part, dans la rédaction d'un ouvrage en six tomes sur l'acupuncture, une traduction du *Suwen* et du *Neijing*, la pharmacopée, l'astronomie et la médecine Chinoise⁴ ; et d'autre part, il joue un rôle très particulier dans les échanges et les orientations du monde de l'acupuncture française. Il est sollicité par les présidents des deux

¹ Cf. : Chamfrault J. J., « Biographie du Dr Chamfrault », *Revue française d'acupuncture*, n° 90, avril - juin, 1997, p. 55-59.

² Chamfrault J. J., *Ibidem*, p. 55-59.

³ Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1954, p. 7.

⁴ En 1954 il publie *Traité de médecine chinoise. Acupuncture, moxas, massage, saignées*, tome I, Angoulême, Coquemard ; en 1957 *Traité de médecine chinoise. Livres sacrés de médecine chinoise*, tome II, Angoulême, Coquemard ; en 1959 *Traité de médecine chinoise. Pharmacopée*, tome III, Angoulême, Coquemard ; en 1961 *Traité de médecine chinoise. Formules magistrales*, tome IV, Angoulême, Coquemard ; en 1963 *Traité de médecine chinoise. De l'astronomie à la médecine Chinoise*, tome V, Angoulême, Coquemard ; en 1969, avec Nguyen Van Nghi, *Traité de médecine chinoise. L'énergétique humaine en médecine chinoise*, tome VI, Angoulême, imprimerie de la Charente, 1969.

Sociétés françaises pour intervenir dans leurs activités. Mais le docteur Chamfrault n'affirme aucune prise de position nette, préférant garder son indépendance. Il n'interviendra pas dans les deux sociétés, du moins jusqu'en 1966, seulement alors il acceptera alors la présidence de l'Association Française d'Acupuncture (ex-Société Française d'Acupuncture).

L'œuvre du docteur Chamfrault est donc primordiale pour son attention et son dévouement à la traduction des textes. Dans son premier tome, il ne fournit pas seulement une traduction des textes chinois qu'il avait étudiés, mais, comme il le dit lui-même :

J'ai rassemblé sur chaque sujet traité les notions éparses dans le même ouvrage ou dans plusieurs ouvrages pour que toutes les sources soient sous les yeux du lecteur.¹

Un peu plus tard, dans son deuxième tome, il va plus loin dans cette démarche et il publie, trois ans après son premier ouvrage, un texte qui recueille la traduction du *Suwen* et du *Neijing* qu'il avait rédigé avec Ung Kan Sam. Il introduit ce texte en disant :

Le premier tome est en quelque sorte une interprétation personnelle issue de la lecture de l'original. Il serait malhonnête de ne pas permettre à des esprits curieux et travailleurs de puiser à cette même source et d'en tirer d'autres interprétations.²

Et un peu plus loin il affirme :

Je pense que l'étude de ces livres, avec la part de travail que cela représente, avec la formation d'esprit qui peut en résulter, façonnera une véritable communauté de médecins acupuncteurs traditionalistes. Je souhaite qu'un jour, tous ceux qui se seront imprégnés de ces études, de cette philosophie extrême-orientale, se réunissent amicalement, rejetant les poncifs, les critiquailleurs et les ironistes pour créer une communauté spirituelle vivante.³

Dans ces derniers mots, il préconise ce qu'il assumera quelques années plus tard quand, comme nous le verrons, il deviendra le Président de l'Association Française d'Acupuncture et sera le protagoniste de la création d'un style d'acupuncture purement français qui se définira ouvertement comme « traditionaliste ».

¹ Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1954, p. 9.

² Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1957, p. 7.

³ Chamfrault A., *Ibidem*, p. 10.

Mais, pour revenir à l'importance de la connaissance des textes anciens et aux difficultés de traduction, notons les considérations faites par le docteur Chamfrault dans un article publié dans le *Bulletin de la Société d'Acupuncture* :

Si j'ai tant insisté sur les difficultés de la traduction, c'est qu'elles feront comprendre, je pense, les raisons des innombrables erreurs qui existent dans les textes traduits en français. Il est en effet essentiel que celui qui enregistre la traduction soit un médecin, afin d'être à même de faire préciser l'exactitude des termes médicaux usuels Chinois et Français. C'est parce que ces conditions n'étaient pas remplies que jusqu'ici l'étude des pouls, contenue dans le *So-Ouen* et le *Nei-King*, ne put jamais être traduite, ni donc comprise clairement. D'où l'explication du fait que des traducteurs non médecins, comme MM. Dabry et Soulié de Morant, aient préféré s'en remettre à des documents bien postérieurs qui ne comportaient presque plus de considérations médicales. Ils agirent de même pour tout ce qui concernait l'étude de la symptomatologie : plutôt que de publier des textes incomplets et obscurs, remplis d'erreurs, ils préférèrent les laisser de côté. C'est pourquoi, dans les ouvrages, nous trouvons des citations exactes du *So-Ouen* et du *Nei-King* tant qu'il ne s'agit que des généralités sur la doctrine, mais jamais lorsqu'on entre dans le domaine purement technique.¹

Nous voyons ici les revendications avancées de Albert Chamfrault par rapport à l'importance de la traduction intégrale des textes médicaux, et donc du travail qu'il avait entrepris. Il est également intéressant de voir comment il défend sa démarche méthodologique dans la traduction de ces textes. Il souligne l'importance d'une traduction conduite sous la direction d'un médecin (celui qui « enregistre la traduction ») pour que la transposition de la langue chinoise à la langue française puisse permettre de rester fidèle à la version chinoise tout en permettant une correcte compréhension en langue française. Nous sommes ici au cœur de la problématique de la traduction « véridique » de ces textes (comme de tous les textes chinois). Les médecins français, tel Albert Chamfrault, à partir de la moitié des années 1950 jusqu'au début des années 1990, se sont beaucoup intéressés à la traduction, révision, voire interprétation, des textes chinois afin de construire un savoir et une pratique médicale chinoise complètement fondée sur ce travail d'exégèse. Les contacts avec la Chine et la pratique de la médecine chinoise là-bas seront en revanche mis en place assez tardivement et parfois avec réticence, comme nous le verrons plus loin.

¹ Chamfrault A., « Quelques vérités révolutionnaires sur la médecine chinoise », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 19, février 1956, p. 9.

Une question se pose au sujet de ce travail de traduction : l'intervention d'un médecin français dans la traduction d'un texte médical chinois faite par un Chinois (le cas de Chamfrault et Ung Kan Sam n'est pas le seul que nous ayons rencontré : George Soulié de Morant disait avoir travaillé avec des médecins chinois pour arriver à rédiger son dictionnaire médical, Roger de la Füyé aussi disait avoir travaillé avec un chinois et d'autres comme nous verrons bientôt) n'induirait-il pas une réinterprétation du texte chinois sous l'influence des connaissances médicales occidentales ? Une réponse certaine à cette question impliquerait un travail très approfondi sur l'analyse des textes jusqu'à maintenant traduits, chose qui est hors de notre sujet actuel. Nous pouvons néanmoins penser que l'intérêt important de la part de certains médecins acupuncteurs français à l'égard d'une démarche de recherche sur les textes médicaux chinois anciens a conduit à la création d'un style d'acupuncture bien particulier et propre à la France.

Ung Kan Sam dans l'avant-propos du deuxième tome de l'œuvre du docteur Chamfrault affirme ainsi :

Le texte du *Nei King* est presque intraduisible, son contenu abstrus, son style est extrêmement concis, les interprétations des annotateurs ne sont pas toujours en accord les unes avec les autres. Par ailleurs, l'ouvrage n'a pas été composé par une seule et même main, les idées exposées sont parfois contradictoires.

La langue française est riche en vocabulaire, mais il est souvent difficile de trouver des mots possédant les mêmes nuances que les nôtres.

L'esprit contenu dans le *Nei King* a capté l'intérêt du Docteur Chamfrault ; il a désiré absolument le traduire intégralement et le faire publier en France. J'en suis personnellement très flatté, mais je doute que notre médecine primitive puisse intéresser les médecins européens si avancés.¹

Ce lettré chinois saisit bien les obstacles qu'il rencontre dans la traduction des textes médicaux chinois et aussi la fascination de la part d'un médecin français pour ces ouvrages chinois, d'autant plus que, peut-être par complaisance, Ung Kan Sam définit la médecine chinoise comme une « médecine primitive » et sans intérêt pour un public de médecins occidentaux. Mais ce qui semblait primitif pour ce lettré chinois devient un savoir ancien et traditionnel et donc précieux, riche de sagesse et d'enseignements pour

¹ Ung Kan Sam, « Avant-propos », in Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1957, p. 15.

certaines médecins Français de la deuxième moitié du XX^e siècle¹. Le docteur Chamfrault, en effet, affirme aussi :

Je crois personnellement qu'il faut surtout bien connaître les textes anciens si l'on veut se faire une idée exacte sur la médecine chinoise, les commentateurs, dans les siècles qui ont suivi, ont parfois poussé trop loin des notions que les auteurs anciens considéraient comme accessoires. Je me suis attardé à l'étude des textes anciens, parce qu'ils insistaient sur la primauté de l'étude de la symptomatologie du malade, conception qui correspond exactement à notre pratique médicale actuelle.²

L'observation et l'étude du symptôme du malade sont prioritaires pour les médecins de l'époque qui s'intéressent à l'acupuncture, ainsi que pour les médecins qui s'intéressait déjà aux médecines non conventionnelles (holistiques) dans les années 1930, comme nous l'avons vu auparavant³.

Les médecins chinois attachent une importance primordiale aux symptômes des maladies. Le *Nei King* décrit minutieusement les symptômes caractérisant l'atteinte des douze méridiens. Le Docteur Chamfrault a raison de dire que le *Nei King* est un véritable traité de symptomatologie. C'est par l'étude des symptômes de la maladie, corroborés avec l'examen des pouls, que les médecins établissent leur diagnostic et décident du traitement à effectuer avec les aiguilles d'acupuncture et avec les médicaments. La médecine chinoise n'a pas de traitement spécifique pour une maladie déterminée, c'est une médecine symptomatologique. Quand la maladie est en évolution, les symptômes évoluent également, ces changements de symptômes correspondent pour les médecins chinois au passage d'un méridien à un autre méridien. En observant différents passages il peuvent prévoir l'aggravation ou l'amélioration de la maladie, car il y a le bon passage où la maladie va vers la guérison et le mauvais où elle va vers l'aggravation⁴.

¹ « Pour moi, je garderai, en tout cas, la grande joie de terminer ma préface, en finissant ma délicieuse soupe Chinoise et la tasse de thé léger qui l'accompagne, en pensant aux heures délicieuses, passées en compagnie de M.Ung Kan Sam, durant lesquelles je vis, peu à peu, s'entrouvrir un monde charmant, plein de sagesse et de douceur. Mon dernier vœu sera que le lecteur puisse éprouver, ne serait-ce qu'un instant, un plaisir égal au mien. ». Cf. : Chamfrault A., « Préface », *Op. Cit.*, 1954, p. 9.

² Chamfrault A., *Ibidem*, p. 9.

³ Cf. : Chapitre 1, p. 5-16.

⁴ Ung Kan Sam, *Op. Cit.*, p. 13.

Cette longue citation résume quel est le processus d'approche de la maladie de la part d'un médecin pratiquant l'acupuncture - ou médecine chinoise - que l'ouvrage du docteur Chamfrault veut transmettre.

Mais la contribution de ce médecin à la pratique de l'acupuncture de l'époque ne s'arrête pas à la simple traduction des textes. Après son travail d'élaboration, la théorie médicale sous-jacente à la pratique de l'acupuncture en France s'enrichit d'une nouvelle théorie qui prendra de l'ampleur en France et en Europe entre les années 1960 et 1980 et qui contribuera fortement à la définition de l'acupuncture traditionaliste française. Il s'agit de la théorie des cinq éléments ou des cinq agents qui, comme nous le verrons plus en détail, propose une vision de la physiologie et de la pathologie humaine intégrées dans un contexte cosmologique.

Jusqu'à la moitié des années 1950, l'acupuncture était basée sur la théorie médicale introduite par George Soulié de Morant, qui avait considéré la notion de *qi*, traduit par lui par « énergie » ou « énergie vitale », comme le centre de la pensée médicale chinoise.

Nous emploierons donc le mot énergie dans le sens de la Vie, soit active, soit latente, qui anime l'être ; c'est-à-dire de force vitale.¹

La circulation de l'énergie à l'intérieur du corps garantit la vie, son évolution et son mouvement. Cette notion de base a été utile pour Soulié de Morant pour construire son discours autour des points (les lieux sur le corps où il est possible intervenir sur l'énergie de l'individu) et des méridiens (les lignes sur le corps qui relient les points correspondant à un même organe). Il concevait une énergie universelle puisque il affirmait :

Les Chinois antiques se heurtaient à l'opposition matière-esprit que les Européens, eux, dès le début, ont résolue par une incompatibilité, une différence complète de nature : Dieu et diable, bien et mal, tout autant que matière et esprit.

Mais les Chinois antiques avaient observé l'évaporation des liquides et la dispersion impalpable de la vapeur ; le bois brûlant pour ne laisser qu'une partie infime de cendres ; et tant d'autres exemples que citent leurs ouvrages philosophiques.

Ils en avaient conclu à l'unité universelle ; la matière n'étant que de l'énergie concentrée, solidifiée ; et l'esprit, que de la matière vaporisée, revenant à sa forme

¹ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, tome III, 1957, p. 238.

immatérielle, le tout dans un mouvement et un devenir perpétuel, sans état permanent interchangeable.¹

Et il admettait aussi des oppositions, des alternances, des relativités de l'énergie :

Aux extrêmes opposés, furent donnés les noms de *inn* et de *iang*, qui ne préjugent que d'un sens de relativité, non d'état.

Inn est formé des éléments : 'Versant – recouvert – par l'ombre – tombant – et par les nuages'. C'est notre « ubac » versant exposé au nord et toujours privé de la lumière du soleil ; d'où l'idée précisément de privation de lumière et de chaleur ; donc de froid, d'immobilité, de manque de vie ; d'obscurité ; aussi d'eau, d'humidité, de renfermé, d'interne.

Iang est formé des éléments : 'Versant – que le soleil – recouvre de ses rayons'. C'est notre « adret », versant exposé au sud ; recevant le soleil, la lumière, la chaleur, donc ce qui est sec, lumineux, chaud ; et aussi externe, superficiel.²

Le *yin* et le *yang* sont vus comme des manifestations de l'énergie qu'on retrouve aussi dans le corps :

Tout en demeurant relativité et non état, alternances en constant mouvement, il est possible de distinguer plusieurs aspects du *inn-iang* chez l'homme :

Énergie-vie physique [...]

Organe-atelier et organe-trésor [...]

Chaleur-froid [...]

Mouvement-repos ; activité-torpeur [...]

Sensibilité-insensibilité [...]

Réponse au jour et à la nuit [...]

Profondeur-superficie ; intérieur-extérieur [...]

Gauche-droite ; haut-bas : croisements [...]

Maladies *inn* ou *iang* [...]

Pouls profonds superficiels, amples ou imperceptibles [...]³

¹ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, tome 1, 1957, p. 75.

² Soulié de Morant G., *Ibidem*, p. 75.

³ Soulié de Morant G., *Ibidem*, p. 79.

Enfin la maladie est considérée comme un déséquilibre de l'énergie avec des conséquences sur l'équilibre du *yin* et du *yang* :

Des observations faites sur les différentes intensités de l'énergie ; des rapports relevés entre l'état d'un organe malade et l'intensité d'énergie de cet organe et du malade, devait naître logiquement l'idée que la maladie était un déséquilibre de l'énergie, excès ou insuffisance en un ou plusieurs organes, rupture d'équilibre entre *inn* et *iang*, plénitude ou vide.¹

Telle était, en quelques lignes, la conception de la physiopathologie de George Soulié de Morant et des acupuncteurs de son époque. La contribution du docteur Chamfrault ne s'oppose nullement aux notions introduites par Soulié de Morant, mais elle se place plutôt dans la continuation du travail d'interprétation des textes chinois². Dans la présentation des « bases essentielles de la thérapeutique chinoise » Albert Chamfrault affirme :

...il nous faut avant tout connaître les concepts philosophiques extrême-orientaux, selon lesquels la médecine n'est pas une science autonome mais fait partie d'un tout ; elle est une application microscopique des principes structuraux du macrocosme. Vouloir séparer – et donc considérer l'homme comme un être détaché de l'univers qui l'entoure – est une absurdité.³

Nous voyons une approche bien différente de celle adoptée par George Soulié de Morant et encore plus par Roger de la Fūye⁴. Ces derniers étaient, à leur façon, axés sur la

¹ Soulié de Morant G., *Op. Cit.*, tome III, 1957, p. 239.

² Notons qu'Albert Chamfrault et George Soulié de Morant se connaissaient très bien. George Soulié de Morant cite le docteur Chamfrault dans son ouvrage *l'Acupuncture Chinoise*. Nous avons aussi eu accès à quelques lettres que Chamfrault avait adressées à Soulié de Morant à l'occasion de la sortie de son ouvrage.

³ Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1956, p. 9.

⁴ Notons que Roger de la Fūye en 1956 dans un de ses éditoriaux de la *Revue Internationale de d'Acupuncture* (« Quelques vérités révolutionnaires sur la médecine Chinoise », n° 35, janvier-mars 1956, p. 1-4) lance une attaque, bien documentée, sur l'article d'Albert Chamfrault que nous venons de citer. Il conteste à « cet éminent médecin que j'ai eu le plaisir d'initier moi-même à l'Acupuncture en 1950 » de ne pas avoir été le seul à avoir traduit les textes chinois classiques avec l'aide d'un lettré chinois (il soutient l'avoir fait lui-même). De plus, il affirme l'inutilité de la théorie des « cinq éléments » que Chamfrault veut introduire avec ses ouvrages, en affirmant que : « Il nous permettra donc de nous dire qu'il n'est nul besoin de connaître l'influence de Mars, du Cœur, du Sud, du Poulet, du Haricot, et de l'Abricot, pour comprendre, par exemple, que la tonification de la fonction cardiaque se fait au 9^{ème} point du Cœur, situé au niveau de l'angle unguéal externe auriculaire, pour le symptôme 'faiblesse cardiaque' ». Et il termine en disant : « Laissons donc aux Extrême-orientaux de l'Antiquité les hypothèses fantaisistes qui leur ont servi à tenter l'explication ésotérique de l'Acupuncture Chinoise, et tenons-nous en à l'Acupuncture moderne, dépouillée définitivement des brouillards de l'Antiquité ».

diffusion d'une acupuncture modernisée et à la recherche de tout discours soutenant la scientificité de l'acupuncture. En revanche la cosmologie, la conception de l'espace et du temps chez les Chinois sont les points de départ de la spéculation menée par le docteur Chamfrault qui, dans son travail, puise dans l'œuvre de Marcel Granet¹ afin de répondre à ses questions. Pour ce qui en est du sujet qui l'intéresse, la médecine, il affirme :

L'homme est donc fonction du milieu qui l'entoure, où le temps, partagé en saisons, est en liaison étroite avec l'espace, lui-même divisé en orient. Les uns et les autres sont répartis de la façon suivante :

Le printemps correspond à l'est ;

L'été correspond au sud ;

L'automne correspond à l'ouest ;

L'hiver correspond au nord.

[...] A chaque saison-orient correspond une activité prédominante d'un des cinq organes de l'homme ;

Au printemps-est correspond le maximum d'activité du foie ;

À l'été-sud celui du cœur ;

À la fin de l'été-centre, celui de la rate ;

À l'automne-ouest celui des poumons ;

À l'hiver-nord celui des reins.

À ces notions viennent s'ajouter des éléments qualitatifs : le couple est-sud est plus chaud que le couple ouest-nord. Cette variation de l'énergie représente un cycle, la chaleur qui commence au printemps étant à son maximum d'intensité en été et allant en décroissant ensuite jusqu'à l'hiver. A la chaleur succède le froid qui, à son tour, engendrera à nouveau la chaleur.²

Cet enchevêtrement de relations rattache l'homme au milieu naturel et aux mouvements cosmiques. Néanmoins, la polarité *yin/yang* présentée par les auteurs qui ont précédé le docteur Chamfrault reste présente dans la conception de la physiologie chinoise qu'il expose. En effet, il explique ainsi la combinaison des deux catégorisations

¹ Granet M., *La pensée chinoise*, Paris, A. Michel, 1950.

² Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1956, p. 10-11.

fondamentales : celle de la relation *yin* et *yang* et celle de la relation entre les « cinq éléments »¹ :

D'autres emblèmes viendront s'ajouter aux deux premiers [le *Yin* et le *Yang*] Au printemps-foie correspondront les symboles du bois et la couleur verte. A l'été-cœur, celui du feu et la couleur rouge. A la fin de l'été, celui de la terre et la couleur jaune. A l'automne-poumons, celui du métal et la couleur blanche. A l'hiver-reins, celui de l'eau et la couleur noire.

Nous pouvons donc résumer en un tableau ces différents symboles :

Yang : Printemps – Est – Foie – Bois – Vert – Été – Sud – Cœur – Feu – Rouge

Pivot : Fin de l'été – Centre – Rate – Terre – Jaune

Yin : Automne – Ouest – Poumons – Métal – Blanc – Hiver – Nord – Reins – Eau – Noir²

Or la base de toute la théorie médicale exposée et divulguée par Albert Chamfrault est contenue dans ces deux idées directrices (*yin/yang* et les « cinq éléments ») combinées entre elles. Le diagnostic (l'étude des pouls) ainsi que la mise en place d'une thérapeutique (l'acupuncture, mais pour le docteur Chamfrault la pharmacopée chinoise aussi) sont fondés sur ces théories liées à la cosmologie. Pour entrer en peu plus dans les détails de la thérapeutique, Albert Chamfrault explique :

Chaque organe est la « mère » de l'organe qui lui fait suite et le « fils » de l'organe qui le précède. Ainsi, le foie est la « mère » du cœur et le « fils » des reins. Si la maladie n'est pas grave, « la mère tombera sur le fils », affirme un dicton traditionnel. Si le foie est atteint, la maladie passera ensuite au cœur. De cette filiation, nous dégagerons également une directive thérapeutique : les vieux textes disent en effet que si un organe est en plénitude, il faut « disperser » son « fils ». S'il est en vide, il faut tonifier sa « mère ». Donc si le foie est en plénitude, il faut « disperser » le cœur, et s'il est « en vide », il faut tonifier les reins.³

En revanche pour ce qui en est de l'étude, ou examen, des pouls, il affirme l'importance de la relation *yin/yang* :

¹ Chamfrault reprend l'expression de son époque « cinq éléments », d'autres auteurs proposent ultérieurement la traduction de « cinq agents » ou aussi encore « cinq mouvements », pour marquer une différence de notion vis-à-vis de la notion des « quatre éléments » de la pensée grecque ancienne.

² Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1956, p. 11-12.

³ Chamfrault A., *Ibidem*, p. 12.

...la double détermination du *Yin* et du *Yang* nous permettra de mieux saisir également la conception exacte des pouls chinois. En effet, si la nature de l'homme est à prédominance *Yang* et celle de la femme à prédominance *Yin*, toutes les deux comportent une juste répartition de ces deux principes. Le haut du corps et le côté gauche sont *Yang*. Le bas du corps et le côté droit sont *Yin*. La droite est *Yin* et appartient à la femme, la gauche est *Yang* et appartient à l'homme. En conséquence, certains examens et certains traitements seront pratiqués à droite chez les sujets féminins, à gauche chez les sujets masculins.

De plus [...] on examinera l'état du *Yang* au pouls du poignet gauche et l'état *Yin* au pouls du poignet droit.¹

Mais il introduit aussi des liens avec les « cinq éléments » grâce à l'influence de l'alternance des saisons sur la qualité du pouls :

...les caractères généraux du pouls, en quelque endroit qu'il soit pris, seront variables selon les époques de l'année. Cela est évident, la circulation du sang étant plus vive au printemps et en été qu'en automne et en hiver. Nous retrouvons donc ici l'influence des saisons : au printemps, le pouls sera superficiel « tendu comme une corde » ; en été, il sera « en forme de crochet », c'est-à-dire que l'ondée sanguine sera plus ample à son arrivée sous le doigt qu'à son départ vers l'extrémité du corps ; en automne, il sera léger « comme la plume », et en hiver profond et dur « comme la pierre ». Si le pouls ne présente pas les caractéristiques qu'il devrait avoir à la saison où on le prend, c'est un indice certain de maladie.²

Ce que nous avons vu jusqu'ici nous montre comment la théorie médicale chinoise étudiée et utilisée en Occident, devient de plus en plus riche et complexe dans sa conception de l'homme, de la maladie et aussi de l'essence de la pensée chinoise. La théorie des « cinq éléments » avancée par Chamfrault restera l'outil de travail pour beaucoup de médecins, particulièrement français, jusqu'à nos jours. Bien évidemment, nous verrons plus loin comment des nouveaux éléments viennent se greffer sur cette théorie et des nouvelles interprétations s'élaborer dans les années suivantes.

¹ Chamfrault A., *Op. Cit.*, 1956, p. 12.

² Chamfrault A., *Ibidem*, p. 12-13.

8.b. La contribution du professeur Pierre Huard

Parmi les médecins militaires qui contribuent à enrichir le travail des acupuncteurs appartenant à la SA il faut, aussi, citer le professeur Pierre Adolphe Huard.

Né à Bastia en 1901 le docteur Pierre Huard fut élève du Service de la Santé Marine, prosecteur à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Il s'oriente vers la chirurgie et l'enseignement de l'anatomie (sa thèse pour le doctorat en médecine porte le titre : « Recherches anatomiques sur le sinus costo-diaphragmatique »). En 1931 il est nommé comme jeune agrégé à l'École d'application de médecine tropicale du Pharo à Marseille. En 1933 il est nommé membre de l'Académie de Chirurgie et affecté à Hanoi comme professeur doyen de la Faculté de Médecine où il enseigne l'anatomie, la chirurgie réparatrice mais aussi l'histoire de la médecine asiatique¹. Il est délégué de la Croix-Rouge française, et il est donc directement concerné pour toutes les négociations en faveurs des prisonniers en 1945, après l'invasion japonaise, ainsi qu'ultérieurement à partir du

... mois de mai 1954, date à laquelle il est désigné par le Haut Commandement français pour traiter du sort du Corps expéditionnaire après la défaite de Dien-Bien-Phu. Grâce à ses très grandes qualités humaines, il apparaît comme un négociateur gagnant rapidement la confiance des chefs de l'Armée populaire vietnamienne. Dans cette mission difficile, il est grandement aidé par les médecins des unités de cette armée, presque tous anciens élèves de ce Professeur pour lequel ils avaient gardé à la fois de l'admiration et du respect. Ainsi sont sauvés des milliers de prisonniers qui ont pu bénéficier de la Convention de Genève.²

En 1954, revenu en France, il est nommé membre de l'Académie nationale de Médecine, puis en 1955 Professeur à la Faculté de Médecine de Rennes. En 1963 on lui confie l'organisation d'un Enseignement Supérieur en Côte-d'Ivoire et il devient Recteur de l'université de Abidjan. En 1966 il retourne en France où il est nommé Professeur à la Faculté de Médecine de Paris V et où il obtient aussi le poste de Directeur de la Section d'histoire et de philologie à l'École Pratique des Hautes Études de la Sorbonne où il s'occupe uniquement d'histoire de la médecine.

Son séjour en Indochine suscita certainement en lui un intérêt pour la médecine orientale. Malgré cela, la profession de médecin exercée par le docteur Huard reste

¹ Cf. : Fiche d'information Bibliothèque Nationale de France.

² Cantoni G., « Pierre Huard (1901-1983) », *Méridiens*, n° 63-64, 1983, p. 12.

strictement liée à la médecine occidentale, sans apparemment emprunter aucune pratique venant de la médecine d'Orient. Ce sera dans la deuxième partie de sa carrière, une fois terminée sa mission militaire, quand ensuite il sera nommé à l'Ecole Pratique des Hautes Études, qu'il se dédiera à la production littéraire sur l'Orient¹ et en particulier sur l'histoire de la médecine orientale – pour ce qu'il en est de la Chine, en collaboration avec Ming Wong².

De plus, à partir des années 1960 il participe régulièrement à la publication du *Bulletin de la Société d'Acupuncture* - qui, après 1968 s'appellera *Méridiens* - avec des articles sur l'histoire la médecine chinoise, japonaise et tibétaine.

8.c. Les essais de vérification de l'acupuncture

Pour revenir à l'activité de la Société d'Acupuncture, suite à la sortie du premier texte du docteur Chamfrault, le *Traité de Médecine Chinoise*, en 1954, un compte rendu paraît, dans le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*³, particulièrement élogieux. Ce texte est effectivement perçu comme complet puisqu'il comporte en même temps une introduction à la pensée chinoise, la traduction de certains textes classiques Chinois, la thérapeutique et les observations cliniques. Il est donc considéré comme « un magnifique instrument de travail »⁴. Mais dans le même article il est dit :

...notre Société a reçu trois traités d'acupuncture : ceux de M. Niboyet, de M. Ferreyrolles, et de M. Chamfrault en dernière date. S'il est dans ces ouvrages un fond commun, auquel M. Soulié de Morant n'est pas étranger, les sources n'en sont dans l'ensemble pas les mêmes et cela tient autant à la difficulté d'une traduction sûre qu'à la

¹ Huard P., Bigot A., *Les caractéristiques anthropo-biologiques des Indochinois*, Hanoi, 1938 ; Huard P., « L'extrême Asie et le corps humain », *Bulletin de la Société des études Indochinoises*, Saigon, 1948 ; Huard P., *Les Cheminements du raisonnement et de la logique en Extrême-Orient*, Saigon, I.D.E.O., 1949 ; Huard P., *Science et technique en Eurasie*, Impr. Le-Van-Tan, Saigon, 1950 ; Huard P., Durand M., *La connaissance du Viet-Nam*, Hanoi, Ecole Française d'Extrême Orient, 1954 ; Huard P., Durand M., *La science au Vietnam*, Saigon, Impr. Nouvelle d'Extrême-Orient, 1963.

² Huard P., « Petite histoire de la moxa », *Bulletin de la Société des études Indochinoises*, Saigon, 1948 ; Huard P., *Quelques aspects de la doctrine classique de la médecine chinoise*, Paris, Spécia, 1957 ; Huard P., Wong M., *La médecine chinoise au cours des siècles*, Paris, Dacosta, 1959 ; Huard P., Wong M., *La Chine de hier et d'aujourd'hui*, Paris, Horizons de France, 1960 ; Huard P., Wong M., *Enquête scientifique française et l'exploration du monde exotique au XVII et XVIII siècle*, 1964 ; Huard P., Wong M., *La médecine chinoise*, PUF, Paris, 1964 ; Huard P., Wong M., *La médecine des Chinois*, Paris, Hachette, 1967 ; Huard P., *Soins et techniques du corps en Chine, au Japon et en Inde*, Paris, Berg international, 1971.

³ Cf. : *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 35, janvier - mars 1956, p. 1-4.

⁴ Perpere C., « Le Traité de Médecine Chinoise du Docteur Chamfrault », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 15, février 1955, p. 34.

variété des doctrines consultées ; un tel état de choses n'en est que plus précieux en ce que les différentes données auxquelles nous avons accès convergent vers un seul terrain de base, vers une assise offrant les garanties que nous pouvons souhaiter. De là, qu'importe si chacun a sa façon de procéder, du moment que le résultat est atteint...¹

Dans le passage que nous venons de citer, la difficulté de donner à la théorie médicale chinoise et à la pratique de l'acupuncture une « doctrine » ou une « vérité » qui puisse la fonder et lui garantir une cohérence, est explicite. La question d'une théorie unique et validée de l'acupuncture commence alors à se poser d'une façon problématique (et nous verrons comment la question restera problématique jusqu'à aujourd'hui). Cette difficulté est un des points centraux de l'activité de la Société d'Acupuncture. Elle est exprimée dans les communications présentées aux journées internationales, aussi bien que dans les articles publiés sur le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*.

En 1952 par exemple, le docteur Georges Perret, Secrétaire Général Adjoint de la Société d'Acupuncture, présente à l'une des journées internationales, une communication qui porte le titre « Acupuncture d'autrefois et d'aujourd'hui ». Dans la dernière partie de son intervention², il avance des hypothèses sur le « merveilleux » fonctionnement de l'acupuncture et il affirme :

Cela nous amène à reconsidérer l'état intime, physiologique, et surtout physique, de la fourmi humaine et de la resituer dans le Cosmos.

Relisons cette phrase écrite par Robert Tournaire, en 1938 : « C'est dans la disposition des molécules et des atomes, dans leurs niveaux électroniques et leurs quanta qu'il faut pénétrer pour essayer de découvrir le principe de ce processus, de ce métabolisme qu'est la vie ».

[...] Quelle fragilité, quelle instabilité dans ce complexe, où tout est interdépendant et où tout dépend aussi des ondes et des forces bénéfiques ou maléfiqes qui l'entourent [le corps humain] ou le pénètrent.

[...] Permettez-nous de comparer l'organisme humain à un immense barrage électrique, dont la nappe d'eau constituerait la masse totale de l'être ; « la centrale électrique : notre cerveau psychique et notre bulbe physiologique » ; « les câbles : tout notre réseau nerveux *de retour* ». Ainsi l'on peut toucher du doigt les bouleversements

¹ Perpere C., *Op. Cit.*, 1955, p. 34.

² Publiée in *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 4, mai 1952, p. 9-17, avec le titre « Acupuncture d'autrefois et d'aujourd'hui ».

naturels qui peuvent survenir dans la nappe humorale et ses composants, la gêne dans l'émission et le désordre dans les circuits rachidiens ou vago-sympathiques de distribution.¹

Il soutient donc une analogie entre le corps humain et le champ électrique et il fait aussi référence à des physiciens tels que de Bröglie ou Leprince pour construire son discours, et en conclure :

Ainsi donc, l'Acupuncture, qui semble agir, par delà des phénomènes mécaniques ou bio-chimiques, sur des mécanismes *bio-physiques* contrôlant eux-mêmes, en partie, les précédents, aurait donc une pure *action électronique*. Elle rejoindrait, du même coup, l'homéopathie, dont on sera en mesure de préciser l'action prochainement (les travaux de Gayet et de J. Boiron en font foi) et peut-être aussi (pourquoi pas) toutes les médications allopathiques qui, derrière leur masque chimique, alcaloïdique ou antibiotique se résolvent peut-être en résonateurs et en longueurs d'ondes.²

Il est intéressant de noter la confiance dans l'affirmation de la conformité à la médecine scientifique d'autres thérapeutiques, telle que l'homéopathie, pour soutenir la validité de sa propre thérapie, l'acupuncture. Encore une fois, la confirmation de la valeur de l'acupuncture et la validation de son fonctionnement reposent sur une vision que l'on pourrait définir comme étant « pseudo-scientifique », comparant le fonctionnement du corps à des mécanismes électriques. Cet article, comme d'autres au cours des mêmes années, manque néanmoins d'une argumentation plus approfondie concernant des preuves concrètes et vérifiables qui puissent justifier une relation entre le fonctionnement de l'acupuncture et des champs électriques présents dans le corps humain.

8.d. Le docteur Niboyet et l'acupuncture

Cette prémisse théorique est aussi à la base du travail d'un autre médecin acupuncteur membre de la Société d'Acupuncture, très connu encore aujourd'hui pour ses recherches sur les caractéristiques électriques des points d'acupuncture. Nous parlons en effet du docteur Jean E. H. Niboyet dont les études sur la clinique en médecine chinoise et aussi les recherches sur la résistance de la peau et sur les caractéristiques électriques des points chinois ont assis la notoriété dans le monde de l'acupuncture des années 1950. Ce docteur

¹ Perret G., *Op. Cit.*, 1952, p. 15-16.

² Perret G., *Ibidem*, p. 17.

est un personnage assez énigmatique : les seules informations sur sa vie nous arrivent par l'intermédiaire d'autres médecins qui l'ont connu directement.

...personne ne sait qui était Niboyet, par qui il a été initié, on ne le sait pas, mais c'est quelqu'un qui était très fort. Moi-même je l'ai vu prendre les pouls et piquer, je peux vous dire qu'il avait des succès incroyables, je ne sais pas où il avait appris...

(F-27)

Niboyet, c'était un homme charmant, d'une grande gentillesse. Il était docteur en droit, docteur en pharmacie, docteur en médecine, docteur je ne sais pas en quoi encore, parce que son père était l'un des grands directeurs des huileries de Marseille. Son oncle était un fameux, professeur de droit, connu dans le monde entier, sa femme une grande pharmacienne rentrant un argent fou... Il s'ennuyait dans la médecine alors il s'est installé comme pharmacien. Ça ne marchait pas. Il s'est installé comme juriste, ça ne marchait pas, et puis un jour il a rencontré un Chinois...

(F-30)

C'est donc la rencontre avec ce « Chinois » qui aurait fait du docteur Niboyet un médecin acupuncteur.

N'est-t-il pas amusant de noter que l'initiateur en Acupuncture de Niboyet fut « aussi » un Chinois, échoué à Marseille et disparu, mystérieusement, quelques années plus tard, laissant un disciple, qui reconnut en l'enseignement de Soulié de Morant, l'identité de celui qu'il venait de recevoir lui-même : la véritable Acupuncture Chinoise, basée sur un subtil diagnostic sphymologique ?¹

De fait la Chine, et pour être plus précis des Chinois, peuvent, à cette époque, ouvrir les portes de la pratique et du savoir médical chinois aux médecins occidentaux. Pour Soulié de Morant c'est le Chinois de Théophile Gautier qui l'avait initié à la Chine ; pour Albert Chamfrault, c'est grâce au Chinois rencontré au Tonkin qu'il commença à aborder les textes chinois ; et pour le docteur Niboyet, c'est un Chinois dont les traces sont

¹ Jarricot H., Wong M., *Connaissance et évolution de l'acupuncture Chinoise en France*, tome VIII, n° 17, Lyon méditerranée médical, juin 1972.



Dr Jean E. H. Niboyet

Revue Française d'Acupuncture, n° 174, avril-juin 1997, p. 100

difficiles à retrouver, qui le forme à l'acupuncture. Le Chinois devient ici une figure mythifiée, celle qui donne l'accès aux textes chinois et à « un savoir millénaire » - ou du moins reçu comme tel- qui, encore récemment, est hors de portée pour les européens.

Pour revenir au docteur Niboyet, la seule information dont nous disposons sur « son Chinois » nous a été donnée par un témoignage recueilli pendant notre travail de terrain.

Malheureusement nous ne pouvons pas reporter ici les détails des vicissitudes romanesques qui nous ont été racontées¹ et qui nous font penser que le Chinois rencontré par le docteur Niboyet était en réalité un Français. Il semble que cette personne, ayant été obligée de quitter la France pour échapper à des années de prison, avait séjourné longuement en Chine où, nous ne savons pas comment, il avait admirablement appris l'acupuncture. Revenu en France, probablement dans l'anonymat, il donnait des cours d'acupuncture à quelques médecins parisiens qui, un peu plus tard, deviendront des médecins affiliés auprès des principales sociétés d'acupuncture françaises.

Grâce à cette connaissance de la médecine chinoise, transmise directement de Chine - si l'on peut dire -, le docteur Niboyet s'intéresse sérieusement à l'acupuncture et à son fonctionnement. Il décide de travailler spécifiquement sur la localisation des points chinois et de préparer sur ce sujet un doctorat en sciences :

« Alors voilà, j'ai décidé, moi je voudrais faire des études sur les points chinois, je voudrais faire un doctorat en sciences, ça me manque. Comme ça j'aurais tous les doctorats ! » Il est mort avant d'avoir fait le cinquième, il voulait faire un doctorat sur les aphorismes d'Hippocrate....

(F-30)

Effectivement, en collaboration avec le docteur Borsarello² et l'ingénieur Dumontier il travaille aux laboratoires militaires de l'Ecole de l'air de Marseille pour préparer sa thèse qui portait le titre : *Etude sur la moindre résistance cutanée à l'électricité de certains points de la peau dits « points chinois »*.³

Le but de son travail était, tout d'abord, de montrer que certains points de la peau possèdent des caractéristiques électriques que ne possède pas la zone environnante, pour ensuite montrer que ces points particuliers correspondent aux points qui sont définis comme les points d'acupuncture.

¹ La personne interviewée nous a demandé de ne pas utiliser tous les détails de son témoignage.

² Médecin militaire et acupuncteur travaillant à l'Ecole de l'air de Marseille à l'époque.

³ Publié in: *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n°39, premier trimestre, 1961, p. 15-88.

L'acupuncture, partie de la médecine chinoise, utilise, dans un but thérapeutique, l'excitation, le plus souvent par aiguille, de certains points de la peau. Les résultats cliniques obtenus par l'excitation de ces points cutanés particuliers, habituellement appelés « points chinois », me convainquirent de la réalité de leur action.

Puisqu'ils agissent, il devait être possible de trouver d'autres propriétés qui permettaient de mettre leur existence en évidence, et aussi de faciliter leur localisation. Après divers tâtonnements, j'ai entrepris leur étude électrique. Entre 1946 et 1950, avec M. Pouret, j'ai présenté au Professeur Rimattei, Professeur de Physique Médicale à la Faculté de Médecine et au professeur Heckenroth, mes premiers résultats montrant que les « points chinois » avaient des propriétés électriques, différentes de celles des zones cutanées immédiatement voisines. Parmi celle-ci, la moindre résistance cutanée à leur niveau, parut la plus féconde.¹

En 1952 il construit un appareil qui utilisait un pont de courant alternatif permettant de détecter les différences de résistance cutanée (autrement dit la conductibilité ou résistivité de la peau) à l'électricité. Il montre ainsi que certains points cutanés ont une résistance remarquablement basse comparé avec la région en proximité. Plus tard il montre que :

Si ces points, ainsi caractérisés électroniquement, coïncident avec les points chinois, leur excitation a un retentissement sur l'organisme tout à fait différent qu'une piqûre faite en un point quelconque.²

Une série d'expériences, qu'il rendra publique dans la deuxième partie de son *Traité d'Acupuncture Chinoise*³, montrent que les points détectés sont effectivement les points chinois. Nous renvoyons aux textes de l'auteur même pour une connaissance détaillée des travaux du docteur Niboyet. Certainement sa contribution reste encore aujourd'hui très importante, au moins pour sa valeur historique, puisque à l'époque aucune recherche sérieuse sur le fonctionnement, ainsi que sur l'efficacité de l'acupuncture n'avait été encore mise en place.

¹ Niboyet J.E.H., « Introduction », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n°39, premier trimestre, 1961, p. 15.

² Jarricot H., Wong M., *Op. Cit.*, 1972.

³ Niboyet J.E.H., *Traité d'Acupuncture Chinoise*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1970.

Le docteur Niboyet est donc un personnage charnière entre les premiers médecins attirés par l'acupuncture et une successive génération de médecins dont nous nous occuperons plus loin. Il a connu George Soulié de Morant qui avait apprécié ses recherches comme le dit Thérèse Martiny :

Il apprécia l'homme, sa pensée claire, son travail inlassable..., ses premiers appareils sur les variations de l'impédance de la peau, lui firent sentir qu'un jour l'empirisme chinois serait une science exacte...¹

De plus il sera protagoniste, non seulement des tentatives d'expérimentation, mais aussi de l'enseignement² de l'acupuncture en France, ainsi que de la vie syndicale pour la reconnaissance de l'acupuncture. Nous verrons comment dans les années 1980, il est appelé par le ministère de la Santé à rédiger un rapport sur l'Acupuncture, l'homéopathie et la Médecine Manuelle pour mieux informer et définir ces thérapeutiques « ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national ».

Malgré le caractère scientifique des expériences menées par le docteur Niboyet, ses travaux mais aussi les positions en sa faveur prises par les médecins de la Société d'Acupuncture, sont source de critiques de la part de la Société Française d'Acupuncture, c'est-à-dire de la part du docteur de la Fūye. Dans un premier éditorial de la *Revue Internationale d'Acupuncture*, avril juin 1960, de la Fūye exprime ses perplexités par rapport aux acquisitions du docteur Niboyet et ses collègues. Il dit en effet :

Il ne faut pas oublier que les causes de variations de conductibilité de la peau humaine sont extrêmement nombreuses et sont fonction, non seulement des faits anatomiques (glandes sudoripares, glandes sébacées, pilosité, épaisseur, sécheresse ou humidité de la peau, etc.), mais encore des conditions neuropsychiques, en particulier sensorielles et émotionnelles. Ces dernières réactions sont tellement importantes qu'elles sont utilisées en neurophysiologie et en psychophysiologie comme moyen de mesure des réponses émotionnelles des sujets.

¹ Jarricot H., Wong M., *Op. Cit.*, 1972.

² Parmi les ouvrages de J.E.H. Niboyet concernant l'acupuncture nous rappelons ici: *Essai sur l'Acupuncture Chinoise pratique*, Paris, Walper, 1951 ; *Compléments d'Acupuncture*, Parsi, Walper, 1955 ; *Le traitement des Algies par l'Acupuncture et certains massages chinois*, Paris, Lafitte, 1959 ; *La moindre résistance à l'électricité de surfaces punctiformes et de trajets cutanés concordant avec « les points » et « méridiens », bases de l'acupuncture*, Gap, Louis Jean, 1963 ; *La pratique de la médecine manuelle*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1968 ; (avec Bourdiol R. et Regard P.G.) *Traité d'Acupuncture*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1970 ; *Cours d'Acupuncture première année*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1977.

[...] Les spécialistes de l'acupuncture que nous sommes ne sauraient négliger les acquisitions modernes de l'électrophysiologie et de la psychophysiologie, pour le seul plaisir de rechercher à *tout prix* une preuve *cutanée* de l'existence des points, méridiens et vaisseaux de l'acupuncture chinoise.

Un bref calcul fait comprendre en effet que, sur les deux millions de millimètres carrés de peau, susceptibles de recevoir l'implantation d'une aiguille, on peut trouver aisément les 787 points de la médecine chinoise, qui ne représentent qu'une proportion de 0,04 des points cutanés.

Rappelons enfin qu'aucun acupuncteur ne peut sérieusement prétendre connaître le trajet absolument *exact* des méridiens et des vaisseaux chinois, ni l'emplacement absolument *précis* de leurs points cutané constitutifs, ces données ayant varié très souvent et avec chaque auteur dans les descriptions chinoises et japonaises, qui sont venues jusqu'à nous depuis deux mille ans.

Lequel de nous peut se vanter de posséder la vérité à ce sujet ?¹

Malgré les critiques qu'il avance, de la Fūye se dit être intéressé à accepter une telle découverte. Néanmoins il considère important de demander « à des experts de l'électrologie, de la physiologie cutanée et de la neurophysiologie générale » leur avis sur ces recherches.

Dans le numéro suivant de la *Revue Internationale d'Acupuncture* il revient sur le même argument et il informe :

Les réponses me sont parvenues [de la part des experts auxquels il s'était adressé] et sont d'une telle ampleur qu'il m'est impossible de les placer dans un éditorial. En conséquence, elles feront l'objet d'un article qu'ils trouveront aux pages suivantes. L'acupuncture doit être protégée aussi bien contre les conceptions pré-médiévales des Chinois que contre les prétendues découvertes modernes des fausses sciences².

Comme il le dit dans son éditorial, en effet, il consacre un article de ce numéro de la revue pour exposer les réponses qu'il a reçu par les personnes interrogées. Remarquons que les résultats acquis par le docteur Niboyet, comme nous l'avons dit, ont eu une importance considérable en France pendant quelques années mais, qu'ensuite, ils sont tombés dans l'oubli pour ce qu'il en est des recherches plus récentes hors de la France. Un

¹ De la Fūye R., « Éditorial », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 52, avril - juin 1960, p. 54-55.

² De la Fūye R., « Éditorial », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 53, juillet - septembre 1960, p. 101.

des collègues du docteur Niboyet, encore récemment, nous déclarait, en parlant des ses résultats :

...il avait fait un appareil pour détecter les points chinois, qui n'était pas mal du tout, mais évidemment, c'était un appareil bidon. Parce que lorsque vous mesurez une résistance, vous envoyez un courant. Lorsque vous envoyez un courant, vous changez la perméabilité de la peau. Il fallait vraiment être très précis, diminuer le courant petit à petit...¹

8.e. Les liens entre l'acupuncture et d'autres disciplines, le cas de l'astrologie

Avant de conclure sur cette période de la Société d'Acupuncture, il faut encore signaler, en plus de la double orientation du travail dont nous venons de parler, la présence, à l'intérieur de l'ensemble des médecins membres de la Société, de certains médecins attirés par les aspects, disons, plus ésotériques de l'acupuncture. Le docteur Jacques Emile Emerit en est un bon exemple, qui dans un numéro du *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, en 1953, publie un article portant le titre de « Astrologie et acupuncture ». Dans son intervention, le docteur Emerit définit sa théorie astrologique :

Quelle définition – digne d'elle et de vous – allons-nous donc donner à cette astrologie, qui n'est pas davantage celle des « tireurs d'horoscopes » que celle de certains maîtres d'école professionnels ou amateurs, confits dans le vinaigre de leur obscurantisme ?

L'astrologie est, du point de vue élémentaire, l'astronomie interprétée analogiquement, et, du point de vue supérieur, la science des correspondances universelles.²

Mais surtout, une fois éclairci ce qu'il considère comme une astrologie digne d'être confrontée à l'acupuncture, il explicite l'analogie entre l'astrologie et l'acupuncture en affirmant :

¹ Nous préférons laisser dans l'anonymat cette affirmation.

² Emerit J.E., « Astrologie et acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 7, premier trimestre, 1953, p. 25.

Cette acupuncture, je voudrais la faire connaître, aimer et pratiquer. Ce pourrait être le mérite immense d'une équipe confraternelle de vérifier le bien-fondé de l'équation « acupuncture = astrologie », équation qui, pour le moment, n'est proposée que par un seul. Le jour où cette hypothèse de travail affirmerait son équilibre, une nouvelle voie de connaissance s'ouvrira devant les penseurs d'Occident, et les philosophes comprendraient ce qu'ils doivent aux médecins. Seule en effet une prise intime de contact avec la pensée chinoise en général et le génie de l'acupuncture en particulier permet d'apporter une démonstration éclatante des rapports théoriques et pratiques existant entre le microcosme et le macrocosme résumé – nous hâtons de le dire – par le système solaire, parcelle infime de l'univers, mais cependant le plus immédiatement considérable à l'égard humain. Pendant des années j'ai cherché une vérification constamment fidèle de l'astrologie : je ne l'ai découverte que par l'acupuncture.¹

Dans le même article il continue à exposer quelques principes de base de l'astrologie qui peuvent être utiles aux médecins acupuncteurs et il les introduit avec ces prémisses :

Cependant mon propos n'est pas de faire de vous des astrologues ; il est de mettre à votre disposition un minimum d'astrologie (extrêmement facile à posséder), afin de vous munir d'un nouveau moyen de diagnostic utilisable en acupuncture. Vous ne risquez donc pas de vous égarer dans les méandres de la symbolique, ni dans les subtilités de l'interprétation astrologique. Mon premier devoir est de vous inciter à vous prouver à vous-même que l'astrologie proprement dite existe.²

Nous ne rentrons pas dans le détail de sa théorisation, puisque dans un deuxième article, toujours paru dans le *Bulletin de la Société d'Acupuncture* il présente d'une façon bien argumentée (l'article comporte plus vingt pages et a pour titre « Acupuncture et astrologie ») comment confronter et intégrer la valeur symbolique de la théorie médicale chinoise avec l'astrologie. Il construit des schémas, il établit des correspondances, il construit un discours très dialectique et il puise dans des références du *Yijing* (Classique des mutations) pour justifier sa position.

Enfin, il conclut son deuxième article en disant :

¹ Emerit J. E., *Ibidem*, p. 28-29.

² Emerit J. E., *Ibidem*, p. 31.

Quel que soit le mode représentatif de la pensée chinoise que l'on essaie de traduire, on ne doit pas perdre de vue que tout idéogramme pose sa perpétuelle énigme à l'esprit de l'Occident. « En chinois, écrit Philastre (le plus averti peut-être des nos sinologues), le mot n'a presque jamais de sens absolument défini et limité ». Ce qui est vrai du mot l'est aussi du dessin symbolique. Tel est d'ailleurs le propre de chaque langue hiéroglyphique – égyptienne, chinoise, hébraïque, zodiacale – de laisser libre cours aux interprétations : *capiant qui possunt* ; ce qui rapproche singulièrement ces prestigieux idiomes du langage des chiffres, car n'est-ce pas Bertrand Russel (Prix Nobel de mathématiques et d'humour) qui affirme : « la mathématique est une science où l'on ignore de quoi on parle et où l'on ne sait pas si ce qu'on dit est vrai ? »

Nous terminerons sur cette constatation, consolante puisqu'elle est capable à elle seule de susciter une mutuelle estime et un définitif esprit de charité entre champions des sciences exactes, chinois et astrologues.¹

Bien évidemment une telle position suscite des contestations de la part du docteur Roger de la Fūye qui, immédiatement après la sortie du deuxième article sur l'acupuncture et l'astrologie, publie dans la rubrique « Variétés » de la *Revue Internationale d'Acupuncture* une lettre que nous allons presque entièrement reporter ci-dessous vu le caractère piquant et acéré de son contenu :

Le Docteur Jaques Emile Emerit inflige à nouveau aux lecteurs du Bulletin de la S.A. (n° 9 Septembre) un article de 23 pages sur 42 (plus de 50% du numéro), où il prétend démontrer que l'Acupuncture est égale à l'Astrologie.

[...] Au cours de ses 23 pages, le Dr Emerit s'en prend 17 fois par allusions transparentes à ma modeste personne, consacrant au total près de trois pages à « m'escagasser » et accompagnant ces gentilleses d'injures diverses et de plaisanteries à la manière du « Café Commerce » dont il a le secret.

Je me contenterai de recommander à ceux qui veulent « rire et faire rire en société » de lire **avant dîner** (à cause d'une congestion cérébrale toujours possible) les passages des textes dits scientifiques de ce pêcheur de lune, sans doute arrivé à pied de la Chine, pour notre amusement... et je lui conseillerai de se faire soigner au plus tôt.

Une seule remarque : dans son bulletin, Monsieur Emerit n'ose pas me nommer, et je le comprends, car j'ai eu avec lui une correspondance savoureuse dans laquelle il s'était engagé sur l'honneur à ne jamais polémiquer sur la question Astrologie-Acupuncture, sans m'avoir préalablement soumis ses textes dont il m'avait promis de « caviarder

¹ Emerit J. E., *Op. Cit.*, p. 40.

impitoyablement tout ce qui pourrait m’être désagréable ». L’original de cette lettre est à disposition des incrédules. C’est pourquoi je ne répondrai pas aux sarcasmes du Dr J. E. Emerit, infidèle à sa parole, et le simple bon sens relèguera ses vaticinations au royaume de l’Utopie.

[...]

P.S. - Je ne suis pas curieux, mais je voudrais bien savoir, ce que pensent des divagations de M. Emerit les médecins Acupuncteurs sérieux tel que les Docteurs Ferreyrolles, Flandin, Mériel, Duron, Labrousse, etc...¹

Cette lettre, en plus de l’explication entre les deux médecins acupuncteurs des deux Sociétés pour ce sujet précis, nous montre l’acuité des conflits qui existait et qui se sont perpétués jusqu’à nos jours entre différentes écoles de pensée ou différées associations, et ceci en France, comme en Italie. Bien évidemment le ton soutenu de cette lettre nous montre encore une fois l’esprit du docteur Roger de la Füye dont nous avons longuement parlé, mais le même genre des réflexions ne manqueront pas de se produire entre médecins, impatients de prendre une position dans le monde de l’acupuncture ou absolument motivés à ne pas perdre celle déjà acquise.

8.f. 1955 le tournant de la Société d’Acupuncture

L’année 1955 marque une étape importante pour la Société d’Acupuncture. Cette date correspond à la mort de trois personnages clés pour la SA- sinon pour l’acupuncture française même - George Soulié de Morant, le 10 mai, le docteur Paul Ferreyrolles le 8 juin et le docteur Charles Flandin (premier président de la Société d’Acupuncture) le 7 juillet toujours de l’année 1955.

Il est inutile de rappeler l’importance de George Soulié de Morant, ainsi que du docteur Ferreyrolles qui travailla longuement avec George Soulié de Morant. Le docteur Flandin, médecin des Hôpitaux de Paris, fut président de la Société de Dermatologie, de la Société de Médecine et de la Société d’Acupuncture. Quant à sa contribution à la Société d’Acupuncture, le docteur Khoubesserian l’évoque à occasion de sa mort :

Dès 1930 il a eu le courage d’appeler dans son service de l’Hôpital Bichat, Monsieur Soulié de Morant et le Docteur Paul Ferreyrolles pour y faire leurs premières

¹ De la Füye R., « Acupuncture et Astrologie ou ‘le diable porte pierre’ », *Revue Internationale d’Acupuncture*, n° 26, octobre - décembre 1953, p. 49.

applications des aiguilles chinoises. Depuis, il a tenu à annexer une grande consultation d'acupuncture à ses services hospitaliers successifs. Nous l'avons ainsi suivi à St. Louis et à Beaujon.

Il nous a aidés à fonder la Société d'Acupuncture dont il a bien voulu accepter la présidence.

Il a mis à notre disposition son prestige, ses titres, son grand savoir, son érudition, sa magnifique intelligence, son immense bon sens. Il a su nous imposer et nous défendre comme un lion, il nous a guidés avec autorité, il nous a aimés comme un père !...¹

La mort de ces personnages touchera fortement les membres de la Société d'Acupuncture, comme en témoignent trois numéros du *Bulletin de la société d'Acupuncture* sortis en 1955². À l'assemblée organisée pour la réélection du président de la Société d'Acupuncture, le docteur Thérèse Martiny conclut ainsi son allocution :

Ils nous ont montré l'exemple à suivre et nous n'oublierons jamais avec quel dévouement, quelle intelligence et quelle sagesse ils ont conduit notre Société. Nous leur devons de continuer leur œuvre avec toute notre volonté et notre conscience. Nous travaillerons.³

Cependant ces disparitions entraîneront des changements considérables pour la vie de cette Société. Tout d'abord pour ce qui en est des réunions de travail des médecins acupuncteurs membres de la Société d'Acupuncture, mais aussi pour ce qui en est de l'enseignement, l'organisation change en tendant vers une institutionnalisation et une nouvelle image de cette société à l'intérieur du monde médical.

Dans l'« avant propos » du *Bulletin de la société d'Acupuncture* de mai 1956 le docteur Khoubesseirian dit :

Au mois de mai dernier, avant la mort de notre grand Soulié de Morant, notre président le Dr Charles Flandin a prié le Dr P. Ferreyrolles et moi d'aller le voir à son chevet. Il nous a longuement entretenu de l'avenir de l'Acupuncture et de celui de notre Société qu'il présidait depuis dix ans avec tant d'autorité et d'affection ! Nous avons

¹ Khoubesserian H., « Le Docteur Charles Flandin », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 17, août 1955, p. 12.

² Les *Bulletin de la Société d'Acupuncture* n° 16, le n° 17 et le n° 18 de l'année 1955 contiennent plusieurs nécrologies de ces personnages écrites par les médecins adhérents à la Société d'Acupuncture.

³ Martiny T., « Allocution du Docteur Thérèse Martiny », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 18, novembre 1955, p. 5.

évoqué avec plaisir les travaux et l'enseignement des acupuncteurs de province, ceux de Marseille, de Lyon, d'Alger et du Sud-Ouest. Nous nous sommes trouvés d'accord pour leur demander de s'organiser en sociétés locales, filiales de la notre, afin de grouper les énergies et de stimuler les recherches pour le plus grand bien de l'Acupuncture.

Le Dr. Niboyet a le premier répondu à notre appel. Avec le concours du Dr Mauriès, il a fondé rapidement la « Société Méditerranéenne d'Acupuncture » qui, pour ses débuts a organisé avec éclat les « Journées de Février » qui feront date dans l'histoire de l'acupuncture.¹

Nous voyons dans ces passages comment la SA vivait sous l'égide de la personnalité de George Soulié de Morant, et nous verrons plus loin que ce charisme, d'une certaine façon, demeure encore aujourd'hui. C'est donc pour suivre la volonté de George Soulié de Morant, du moins en grande partie, que se créent des sociétés annexes à la Société d'Acupuncture, de la même façon qu'on l'a vu pour la SFA.

Après celle du docteur Niboyet d'autres sociétés sont créées, comme le Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales du docteur Nogier ou l'Organisation pour l'Etude et le Développement de l'Acupuncture du docteur Le Prestre.

8.g. Les Journées d'Acupuncture et l'enseignement

Certainement en 1956 la présence du docteur Niboyet à l'intérieur de la SA dynamise l'organisation des activités, en effet, grâce à lui, et à sa Société Méditerranéenne d'Acupuncture (dite aussi Société Méditerranéenne) sont organisées, pour la première fois, les « Journées d'Acupuncture Françaises » à Marseille (qui, comme l'on a vu, selon le docteur Khoubesseirian « feront date dans l'histoire de l'Acupuncture ») qui étaient dédiées à George Soulié de Morant.

Ces Journées d'Acupuncture sont ainsi présentées par l'organisateur, le docteur Niboyet :

Son but était d'une part de permettre aux congressistes de se réunir, de se connaître entre spécialistes d'une même discipline et de permettre à chacun de bénéficier de l'expérience des autres. Et d'autre part, avec l'aide de la presse médicale et de la grande presse, de familiariser le public médical et non médical avec l'acupuncture, d'essayer de

¹ Khoubesserian H., « Avant-propos », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 20, mai 1956, p. 5.

mettre en évidence que cette méthode extrême-orientale est devenue une partie de la médecine au même titre par exemple que la gastro-entérologie ou l'urologie.¹

Successivement seront organisées les deuxièmes Journées Internationales d'Acupuncture en octobre 1956, les troisièmes Journées Internationales d'Acupuncture à la Bourboule en septembre 1957, à la mémoire du docteur Paul Ferreyrolles, les quatrièmes Journées à Clermont-Ferrand en mai 1959. Les cinquièmes Journées Internationales d'Acupuncture et de Vertébrothérapie sont organisées à Vichy en juillet 1965 ; les sixièmes Journées Internationales d'Acupuncture, de Réflexothérapie auriculaire et de Médecine Manuelle sont organisées par le docteur Nogier et le docteur Niboyet et elles se tiennent à Lyon en septembre 1966 ; les septièmes Journées Internationales d'Acupuncture, de Réflexothérapie auriculaire et de Médecine Manuelle ont lieu à Besançon en septembre 1970.

À ces Journées Internationales d'Acupuncture participent presque tous les médecins français adhérents à la Société d'Acupuncture, avec des interventions internationales telles celles des docteurs Quaglia-Senta de Turin, Wei Ping Wu de Formose, Schmit de Genève.

Nous pouvons bien évidemment penser que, pour ce qui en est des Journées d'Acupuncture ainsi que pour toute autre manifestation, il existe une concurrence entre les deux sociétés d'acupuncture françaises de l'époque. C'est ainsi que nous devons interpréter cette affirmation dans un article où on présente les quatrièmes Journées Internationales d'Acupuncture :

Parfaitement réussies jusque dans son banquet et ses réceptions officielles par le Sénateur-Maire et la Municipalité de Clermont-Ferrand et par le Député-Maire de Lezoux, ces Journées remportèrent donc un succès inégalé, succès que certains articles fallacieux de la grande presse ne sont pas parvenus à ternir.²

Ces journées sont donc un moyen pour la SA de se donner une meilleure visibilité et pour commencer à instaurer, pour elle aussi, des relations fructueuses avec les collègues et collaborateurs étrangers.

Pour ce qui en est de l'enseignement, nous l'avons déjà rapidement mentionné, la SA organise des cours d'enseignement continuant ceux qui avaient été installés par George Soulié de Morant et le docteur Thérèse Martiny à l'hôpital Bichat et à l'hôpital Léopold-

¹ Niboyet J. E. H., « Introduction », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 20, mai 1956, p. 6.

² « IV Journées Internationales d'Acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 32, 1959, p. 10.

Bellan. Mais, différemment de la SFA qui crée en 1947 son Institut du Centre d'Acupuncture de France, la SA donne une organisation plus institutionnalisée à ses cours, qui étaient toujours tenus dans les hôpitaux (Léopold Bellan, Bichat et Hôtel-Dieu), à partir de 1957. En effet les cours avant cette date étaient des leçons libres, qui se tenaient tous les jeudis soir. Les cours qui démarrent en janvier 1957, et qui sont dispensés au Service central de Physiothérapie de l'Hôtel-Dieu, sont des cours de deuxième degré, auxquels apparemment sont admis aussi les étudiants qui n'avaient pas suivi les cours de premier degré¹.

Voici le programme pour la saison 1959 : La peau - Le point - Punctométrie² – Six leçons sur Anatomie topographie et Méridiens.

Généralités – Règles principales – Les Pouls – Dix leçons sur les grands syndromes classiques et leur traitement :

- 1° Douleurs aux M.S. (main, poignet, coude, épaule) ;
- 2° Douleurs aux M.I. (pied, talon, tibio-tarsienne, genoux, hanches) ;
- 3° Douleurs lombaires et sciatique ;
- 4° Douleurs du cou et de l'épaule (névralgie cervico-branchiale) ;
- 5° Les spasmes en général (quelques traitements de l'hémiplégie) ;
- 6° Des troubles cardio-vasculaires (tension artérielle, faux angor, troubles veineux, varices, hémorroïdes, artérites, syndrome de Raynaud) ;
- 7° Troubles du neuro-végétatif (dystonies, troubles caractériels, insomnies), tremblements ;
- 8° Acupuncture et syndrome prémenstruel ;
- 9° Appareil digestif (foie, pancréas, ulcères gastriques, ballonnements, borborygmes, constipation tonique ou atone, diarrhées) ;
- 10° Allergie (coryza spasmodique, eczéma, asthme), sinusites.

Si le programme le permet une onzième leçon sur quelques symptômes vus en clientèle (énurésie, paralysie et névralgie faciales, syndromes du système nerveux central améliorables) pourra être envisagée.

[...] Pour éviter l'aridité des cours, une démonstration pratique de punctométrie sera faite après chaque leçon, les auditeurs y participant.³

¹ « [...] Toutefois pour faciliter le travail des auditeurs qui n'assistaient pas à ceux du premier degré, la SA met à disposition quelques photocopies Anatomie et trajet des méridiens – Indications thérapeutiques des points. ». « Cours d'Acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 30, 1958, p. 49.

² Le terme « punctométrie » vient des travaux du docteur Brunet (Cf. : Brunet R., « Le Punctomètre du Dr Brunet et de L. Grenier », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 18, novembre 1956, p. 17-25) mais il ne sera employé que ponctuellement.

³ « Cours d'Acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 30, 1958, p. 49.

L'année suivante ces mêmes cours sont un peu différemment connotés puisque ils prennent le nom de « Conférences de médecine orientale et d'acupuncture ». Participeront à ces conférences le professeur Huard et le docteur M. Martiny.

Le programme est ainsi présenté :

Ces conférences auront lieu à 21 heures, sous la présidence du Dr R. Brunet, Professeur du Collège des Hôpitaux de Paris dans son service de l'Hotel-Dieu. Nous remercions vivement le Doyen Huard de sa précieuse participation.

24 novembre :

Introduction à l'étude de la Médecine chinoise, par le Professeur Huard, Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Hanoï.

1er décembre :

Conception chinoise de l'énergie, son application à la médecine. Pulsologie. Règles principales en acupuncture, par le Dr Cl. Perpère.

8 décembre :

Les méridiens, leurs trajets et leurs points d'acupuncture, par le Dr Jean-Joseph.

15 décembre :

Description topographique des points d'acupuncture des membres, par le Dr R. Dufour.

5 janvier :

Les trois étapes de la pensée devant l'acupuncture, par le Dr Marcel Martiny, Professeur à l'École d'Anthropologie.

12 janvier :

Description topographique des points d'acupuncture du tronc, par le Dr R. Dufour.

19 janvier :

Description topographique des points d'acupuncture de la tête et du cou par le Dr R. Dufour.

26 janvier :

Traitement des algies de la tête et des membres, des lombalgies et des sciatiques par l'acupuncture, par le Dr Alix Hervet-Nadaud.

9 février :

Les bases électrophysiologiques de l'acupuncture, par le Dr R. Brunet, Professeur au Collège des Hôpitaux.

16 février :

Traitement des troubles cardiaques et vasculaires, des troubles respiratoires et des manifestations allergiques par l'acupuncture, par le Dr Cl. Perpère.

23 février :

Traitement des troubles gynécologiques par l'acupuncture, par le Dr Jean-Joseph.

1 mars :

Traitement des troubles neurologiques et neuro-végétatifs, et des troubles digestifs par l'acupuncture, par le Dr Alox Hervet-Nadaud.¹

Nous voyons dans les deux listes de programmes que nous avons cité que ces cours informent les médecins inscrits des notions de base de la médecine chinoise (les points, les méridiens, les pouls...) et de la thérapeutique dans des cas pathologiques précis (les douleurs, les troubles gynécologiques, problèmes de digestion, problèmes cardio-vasculaires...). Notons aussi que les heures prévues pour une année de formation sont entre 25 et 30. La même année, d'autres cours sous forme de conférences, sont organisés à Lyon. Ces conférences se tiennent chez le docteur Nogier et, de la même façon qu'à Paris, elles se dérouleront à raison d'une rencontre par mois.

Nous verrons plus loin comment l'enseignement évolue dans les années, et nous remarquerons aussi avec quelle rapidité les changements seront menés.

Les années suivantes, les programmes des cours seront similaires jusqu'aux années 1970, quand le nombre des médecins qui se forment à l'acupuncture augmentera considérablement ; les cours seront alors organisés de façon différente².

8.h. Les différentes approches de l'acupuncture au sein de la Société d'Acupuncture

Dans un « éditorial » du *Bulletin de la Société d'Acupuncture* de 1960 le docteur Niboyet résume les succès connus et les étapes franchies par la SA depuis sa création :

Des nombreux sujets de satisfaction se présentent à nous. Ils sont dus au travail et à la foi de tous les acupuncteurs. Sans vouloir les énumérer en détail, il est agréable d'en souligner quelques-uns :

¹ Hervet-Nadaud A., « Conférences de médecine orientale et d'acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 34, 1959, p. 65.

² Alors que à ses débuts la SA comptait que 25-30 élèves par an, en 1975-1976 il y aura 300 élèves inscrits aux cours de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France. Cf. : Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 39-40, 1977, p. 8.

Sur le plan de la diffusion, l'année 1959 a vu en France comme à l'étranger un développement considérable de notre spécialité. [...]

Sur le plan officiel, les progrès sont tout autant encourageants. La Chine et la Russie considèrent la médecine des aiguilles comme une partie de la médecine tout court. [...] En France, les milieux scientifiques commencent à nous prendre au sérieux. Nous ne sommes plus considérés comme des psychothérapeutes déguisés ou des empiriques appliquant des recettes toutes faites. On veut bien nous reconnaître une activité raisonnée et efficace. Ceci s'est traduit dans les faits par trois séries d'événements :

a. Nos congrès se tiennent maintenant dans des locaux même de Universités qui nous accueillent largement. [...]

b. Dans les hôpitaux, les consultations d'acupuncture déjà existantes se développent ; des nouvelles ont été créées en 1959 et j'ai lieu de penser que d'autres verront le jour en 1960.

c. Enfin si, au début, la connaissance de l'acupuncture dépendait presque uniquement d'ouvrages doctrinaux, des cours théoriques privés avaient commencé à se faire jour. Cette année s'ouvre sur le premier enseignement officiel de l'acupuncture dispensé, sous les auspices de l'Administration Générale de l'Assistance Publique de Paris, par le Collège de Médecine et l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris.¹

Notons que, le docteur Niboyet nous parle de l'acupuncture comme d'une « spécialité médicale », nous verrons plus loin et plus en détail toute la problématique liée à la reconnaissance de l'acupuncture comme une spécialité. L'Université est aussi citée comme garante d'une certaine reconnaissance, bien que pour l'instant le seul rapport qu'elle détient avec la SA est de lui prêter les locaux pour les congrès d'acupuncture. Le travail dans les hôpitaux permet aussi de prouver l'efficacité de l'acupuncture et son importance croissante en ce moment - et nous le verrons aussi plus tard avec notre travail de terrain. Enfin l'enseignement est de mieux en mieux organisé.

Au début des années 1960, en effet, se préparent les changements qui se concrétiseront entre 1970 et 1980, années où l'acupuncture en France aura son apogée pour ce qui en est du nombre de médecins acupuncteurs (en formation et pratiquant), du travail associatif, des relations internationales et de la renommée de l'acupuncture française à l'étranger et aussi de l'évolution de la théorie médicale qui, dans les deux sociétés

¹ Niboyet J. E. H., « Éditorial », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 35, 1960, p. 14-15.

principales, divisera les acupuncteurs français en « traditionalistes » et « modernistes, ou scientifiques ».

C'est donc déjà après 1955 qu'à l'intérieur de la SA se trouvent les médecins qui défendront une acupuncture capable de fournir les justifications scientifiques de son fonctionnement :

Les idées de M. Niboyet font école depuis longtemps. Il a édifié une méthode claire et cohérente.

Il y a évidemment d'autres façons de concevoir et de pratiquer l'Acupuncture. Nous trouvons dans les vieux textes chinois et chez les Japonais, des théories variées métaphysico-religieuses pour expliquer l'action des aiguilles et des méthodes d'application qui découlent directement de ces conceptions.

S'il est présomptueux de notre part de balayer d'un revers de main dédaigneux toutes les croyances antiques de la vieille médecine chinoise, il est cependant ridicule de s'en contenter comme des vérités révélées.

[...] Déjà les appareils de Niboyet et Brunet-Grenier¹ nous permettent de détecter les points chinois avec une précision impressionnante. D'autres recherches sont en cours qui finiront par mettre d'accord tous les acupuncteurs de bonne volonté.²

Et à partir de la même date, toute une série d'articles, portant sur la définition correcte de l'acupuncture, sont publiés sur le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*.

Le docteur Mauries, par exemple, est l'auteur d'un article intitulé « Variations sur le mot 'acupuncture' », dans lequel il met en garde le public sur les fausses interprétations et sur les différentes acceptions de cette pratique. Il distingue deux mauvaises acceptions :

Les traductions rassemblées en « digest » sous le nom de « Traités d'Acupuncture »

Certains ont ignoré, ou encore mal compris (comme certains Européens) les œuvres de Soulié de Morant. N'ayant aucune lueur sur ce que peut être l'Acupuncture, ils pensent que les ouvrages chinois traitant de cette science (en mettant sur le même plan ceux antérieurs de dix siècles avant J.C. et ceux postérieurs de dix siècles) peuvent être assimilés ou comparés à des traités de médecine de l'Occident. C'est une erreur à proprement parler

¹ Presque au même temps que le docteur Niboyet, deux médecins le docteur R. Brunet et le docteur L. Grenier avaient eux aussi créé un appareil pour détecter les points d'acupuncture. Voir : Brunet R., *Op. Cit.*, 1956, p. 17-25.

² Khoubesserian H., *Op. Cit.*, 1956, p. 5.

« colossale » et l'on peut se demander comment des auteurs intelligents ont pu la commettre. [...]

Même s'il s'agissait d'ouvrages chinois didactiques et cohérents (et ce n'est pas le cas), la simple traduction par des amateurs, c'est-à-dire non Acupuncteurs de métier, serait loin d'être toujours valable. En effet, certains caractères chinois n'ont pas toujours la même signification du point de vue médical. Soulié de Morant précise bien qu'il a été obligé de se « fabriquer », sous la direction d'Acupuncteurs de métier, un lexique, un dictionnaire (car il n'en existe pas en Chine) donnant la traduction médicale des caractères, le plus souvent très différents du sens littéral. [...]

Le corps humain est parsemé de points, différents du tégument environnant, dont le traumatisme, à l'aide d'aiguilles, produit ou permet d'obtenir des résultats thérapeutiques. Ceci connu, il est possible de les utiliser d'une manière tout à fait différente que celle de la véritable Acupuncture. C'est légitime et tentant pour ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'apprendre la véritable méthode et il est fort probable que l'on obtienne ainsi des résultats thérapeutiques. Mais il est aussi abusif d'appeler ces manières de faire de l'Acupuncture.¹

Le même médecin conclut ainsi son exposé :

Il est beau de s'intéresser à l'ancienne philosophie chinoise si complexe et même à des conceptions de médecine préhistorique entourées d'un certain ésotérisme. Ceux qui, dans ce sens, accomplissent un véritable « travail de bénédictins », absolument désintéressé et d'autant plus beau qu'il est inutile, doivent être admirés et encouragés. Mais il ne faut pas appeler cela de l'Acupuncture, car les esprits occidentaux et surtout français sont cartésiens et ne peuvent pas admettre de nos jours de telles élucubrations si ce n'est à titre de « Curiosités Historiques ». [...] Il est aussi légitime d'avoir, peut-être volontairement, simplifié à outrance la thérapeutique par les aiguilles et l'avoir ramenée à une pure, simple et empirique réflexo-thérapie. [...] C'est pourquoi, sans lui donner un sens péjoratif, il faut appeler cette méthode un peu enfantine de l'aiguillothérapie pour bien la distinguer de l'Acupuncture.

Tout commentaire, disent les Bouddhistes, doit être juste, nécessaire et bienveillant, Nous espérons qu'il sera également constructif et permettra une fois les termes qu'on emploie bien précisés, de faire progresser la véritable Acupuncture.²

¹ Mauries, « Variations sur le mot Acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 21, août 1956, p. 12-15.

² Mauries, *Ibidem*, p. 16.

Cette intervention ouvre plusieurs questions - que nous avons déjà abordées pour certaines mais qui restent toujours ouvertes - : la difficulté de la traduction des textes chinois, la modalité d'interprétation de ces textes par les médecins acupuncteurs, la possibilité d'emploi des aiguilles sans se référer à une théorie médicale appropriée, la définition d'une « véritable Acupuncture » en accord avec l'« esprit cartésien » des occidentaux (« surtout français »...).

À l'article du docteur Mauries répond, dans le numéro suivant, celui du docteur Malpert intitulé « Réflexions sur l'acupuncture ». Dans ce texte il attaque la position de Mauries en montrant sa propre conception de l'acupuncture :

L'acupuncture consiste à exciter mécaniquement (par piqûre, moxiation ou massage) certains points de la peau. Cette excitation a un effet thérapeutique, soit local, soit général, sur certains symptômes ou maladies, chaque point ayant une indication précise dans un ou plusieurs symptômes morbides. Ces indications nous sont connues par la tradition chinoise orale ou écrite et par notre expérience occidentale beaucoup plus récente.

Nous ne nions pas systématiquement l'intérêt pratique de la manipulation de l'énergie et du diagnostic par les pouls, mais pensons que rien jusqu'alors ne permet d'en affirmer la réalité et l'utilité, et estimons que l'on peut faire une acupuncture aussi efficace en se basant sur la simple utilisation des points d'après leurs propriétés thérapeutiques symptomatiques.¹

Nous trouvons ici la position d'un médecin reflexo-thérapeute qui affirme la valeur d'une pratique « empirique », telle qu'est l'acupuncture, mise par lui-même en face de la médecine officielle.

Pour se faire une opinion sur la valeur d'une méthode ou d'une théorie, il existe deux sortes de critères : empiriques et scientifiques. [...]

Une thérapeutique nouvelle s'imposera d'autant plus facilement qu'elle est basée sur des expériences concluantes et irréfutables. Ce n'est malheureusement pas le cas de l'acupuncture quelle que soit la façon de la concevoir. Elle est encore purement empirique comme la plus grande partie de la médecine. Pour que ce qualificatif perde son sens péjoratif, il faut qu'il évoque un ensemble d'observations cliniques nombreuses, étudiées avec une rigoureuse objectivité et un sens critique très poussé. L'on sait en particulier la fragilité du seul argument thérapeutique pour construire une théorie médicale : influence du

¹ Malapert B., « Réflexions sur l'acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 22, novembre 1956, p. 5.

psychisme sur l'évolution des maladies les plus variées et sa modification si facile par le thérapeute ; incidence du traitement avec une amélioration spontanée, etc.... Cela est particulièrement vrai pour les affections douloureuses ou fonctionnelles qui sont justement le champ d'action de l'acupuncture. Il est donc souvent plus sage de dire : « je pense que » plutôt que « j'affirme ».

Précisément, sur quels arguments scientifiques s'appuie la théorie chinoise de l'acupuncture ? A notre connaissance, sur aucun qui puisse résister à la critique. [...]

Au total, la théorie chinoise paraît reposer sur des bases bien fragiles pour faire admettre des idées si révolutionnaires. De plus, elle ne semble pas utile pour pratiquer une acupuncture meilleure.

Nous préférons, jusqu'à preuve du contraire, avouer ne pas savoir expliquer comment nous agissons plutôt que d'avancer une théorie incertaine, pour séduisante qu'elle soit.¹

Nous avons pris ces deux exemples d'interventions de médecins membres de la SA pour montrer, d'une part la différence des approches à l'acupuncture qui coexistent au sein de la même société, et d'autre part la richesse des débats de l'époque. Ces débats nous montrent qu'une définition de la validité de l'acupuncture, l'élaboration de données scientifiquement acceptables ou du moins de résultats empiriques qui fournissent une crédibilité à cette thérapeutique deviennent une véritable nécessité pour ces médecins acupuncteurs.

Afin de montrer encore une autre approche de la conception de l'acupuncture auprès de cette Société, citons ici un texte du docteur Niboyet, dont nous avons précédemment parlé. Il s'agit de la conclusion d'un article, « Nouvelles constatations sur les propriétés électriques des points chinois », publié en 1958 :

Jusqu'à maintenant et le plus souvent nous étions habitués à utiliser l'Acupuncture en fonction du symbolisme chinois et nous y avons tous éprouvé de grandes joies. Mais ainsi nous étions soupçonnés de pratiquer une médecine peu orthodoxe car elle ne s'expliquait pas. Elle était réservée à un petit nombre d'initiés et ne donnait pas des résultats reproductibles par quiconque.

A chaque époque son langage : les Chinois utilisent les symboles, nous employons les chiffres. Pour que l'Acupuncture puisse être pratiquée par le plus grand nombre et admise parce que comprise il fallait transformer les symboles en chiffres. C'est ce que j'ai

¹ Malapert B., *Op. Cit.*, 1956, p. 8-9.

essayé de faire. Au lieu de dire d'après la règle mère-fils : lorsqu'on tonifie l'enfant on tonifie la mère, nous dirons : la modification de l'impédance de certains points d'un méridien entraîne une modification de l'impédance dans le même sens du méridien qui le suit ; et plus tard on remplacera le mot méridien par un autre, peut-être celui de vecteur énergétique... et l'évolution sera pratiquement complète.

Les mots auront changés, mais j'espère que le fond restera le même pour le plus grand bénéfice des malades dont le soulagement doit être notre unique but.¹

La position du docteur Niboyet se place donc entre une position de respect pour la pensée chinoise qui devrait être à la base de l'acupuncture et un discours contemporain et occidental concernant l'acupuncture. Peter Eckman parle ainsi du docteur Niboyet : « Niboyet approach was a combination of energetic regulation and symptomatic treatment, but based on a Yin/Yang rather than Five Element paradigm »²

Pour conclure nous nous référons au docteur Marcel Martiny, personnage clé de la Société d'Acupuncture, qui nous montre bien les différentes approches de cette thérapeutique :

On peut dire qu'une grande part des acupuncteurs porte en eux le goût de la pensée symbolique analogique [...], et c'est ainsi que cette famille spirituelle relie souvent, dans la même discipline, acupuncture et homéopathie.

Sans s'élever toujours aux grandes spéculations d'un Emerit ou d'un Choin, ils ont le goût pour le traditionnel, ils essaient de se mettre dans la peau de l'ancien praticien chinois prenant les pouls et étudiant les diverses théories traditionnelles.

Honnêtes, ils ont malgré eux souvent l'illuminisme rémunérateur et d'autant plus rémunérateur qu'ils croient à l'universalité de la méthode et en ignorent non les possibilités, mais les limites.

Les acupuncteurs rationalistes sont de deux sortes. Convaincus et épris de rigueur scientifique, ils veulent savoir pourquoi et comment agit l'acupuncture. Les travaux de Niboyet, de Brunet, à juste raison, les passionnent.

D'autres sont moins certains de la méthode. Ils y voient une réflexo-thérapie souvent valable, mais l'illogisme des faits les incite à penser que l'acupuncture gagnerait à se débarrasser d'un certain fatras. Les pouls ne leur paraissent pas indispensables pour

¹ Niboyet J. E. H., « Nouvelles constatations sur les propriétés électriques des points chinois », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 30, 1958, p. 14.

² Eckman P., *In the Footsteps of the Yellow Emperor*, San Francisco, Cypress Book Company, 1996, p. 141. Nous rappelons ce que nous avons dit à propos du docteur Chamfrault qui introduit la théorie des Cinq Mouvements. Niboyet est en revanche défini comme un élève de G. Soulié de Morant.

apprécier la circulation de l'énergie. Quelques bonnes recettes, quelques bons points, pour quelques affections précises leur suffisent. [...]

En conclusion, nous dirons que pour faire un bon acupuncteur, nous devons, d'une part, avoir des ouvertures de pensée, ne pas négliger ce que représente, à travers l'effort des siècles, l'observation empirique. Mais il faut aussi savoir qu'aussi rigoureuse que peut être l'observation des divers auteurs, ils l'ont vue avec une pensée protoscientifique dont nous n'avons plus l'habitude. [...]

Dans la pratique, le médecin acupuncteur doit savoir qu'il est pris entre deux dangers. S'il est trop symboliste, la barque de son esprit risque de sombrer dans le gouffre de la crédulité ; s'il est trop rationaliste, elle risque de se briser sur le récif du scepticisme.

Entre les deux, il doit savoir naviguer dialectiquement sur l'onde amère et mouvante du doute scientifique.¹

Pour les membres de la SA, l'acupuncture se diffusera en Occident grâce à les preuves de l'efficacité et de la « réalité » de son fonctionnement, de manière à élargir l'adhésion de la communauté scientifique et médicale.

Si pour la SFA la simplification de l'acupuncture était nécessaire pour une incorporation dans la médecine officielle, pour la SA la démarche est inverse : c'est par les travaux scientifiques les plus avancés que les mystères de l'acupuncture, qui ne doit pas être réduite ou détournée de sa richesse théorique et pratique, arriveront à être acceptés.

Nous verrons comment la SA, qui dans les années changera son nom, laissera la place aux médecins qui défendent ce type d'approche et de conception de l'acupuncture jusqu'à nos jours. Ce sera donc l'aile des modernistes ou des scientifiques, comme nous les avons précédemment définis.

Au contraire la SFA qui, après la mort du docteur de la Fūye, changera sa perspective de travail, se construira comme Association Française d'Acupuncture (AFA) avec une direction beaucoup plus traditionaliste. Mais avant de voir de près cette transformation il faut premièrement aborder la tentative de fusion de ces deux sociétés.

¹ Martiny M., « Les trois étapes de l'Acupuncture », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 36, 1960, p. 51-52.

CHAPITRE II – L’acupuncture en France (de 1960 à nos jours)

1. La tentative de fusion

Jusqu’ici, nous avons montré la naissance des deux sociétés Françaises d’acupuncture et nous avons tracé les parcours de leurs évolutions distinctes jusqu’aux années 1960. Comme nous l’avons vu, ces parcours les ont opposées et ont même parfois donné lieu à des rivalités féroces.

Pour ce qui en est de la SA, nous avons vu que l’année 1955 correspond à un changement important dans les membres de la direction, et, par conséquent, dans l’activité de la société elle-même.

En 1961, une situation analogue apparaît à la SFA, où tout le pouvoir organisationnel était dans les mains du docteur Roger de la Füyé. L’année 1961 correspond, en effet, à la mort - définie comme « brutale » par ses collègues - du docteur de la Füyé, juste après son soixantième anniversaire. Cet événement si soudain est l’occasion d’un changement important à l’intérieur de la SFA ainsi que pour la Société Internationale et pour les activités du SNMAF. Juste avant la mort de la Füyé, en février 1961, le docteur Jean Gillet devient Président, à l’occasion d’une « Assemblée Générale statutaire des deux Sociétés, Française et Internationale, d’Acupuncture ainsi que du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France ».

Le passage d’une gestion que nous pourrions qualifier de « dictatoriale » à une division collégiale des pouvoirs au sein de la SFA et des autres organismes qui lui sont liés favorisera le changement de l’organisation des sociétés d’acupuncture en France et le regroupement des acupuncteurs en une seule société. Mais nous verrons aussi, un peu plus tard, que ce changement provoquera une mutation de tendance de la pensée et des sociétés d’acupuncture françaises.

Après la mort de Roger de la Füyé, le docteur Gillet reste trois ans (jusqu’en avril 1964) Président de la SFA, ainsi que de la SIA et du SNMAF de France. Le docteur Gillet est aussi Directeur de la *Revue Internationale d’Acupuncture*, qui continue ses publications trimestrielles comme c’était déjà le cas sous la direction de Roger de la Füyé.

Pendant trois ans, l’activité de ces sociétés reste constante. En mai 1961, la SIA organise le XI^{ème} Congrès International à Munich, et, en mai 1963, se tient le XII^{ème} Congrès International à Paris. En revanche, en mai 1962, c’est sous l’égide de la SFA que le IV^{ème} Congrès National d’Acupuncture se tient à Paris. Les cours d’enseignement se

poursuivent aussi, avec la même organisation que celle qui avait été mise en place par le docteur de la Fÿye.

En 1964, lors de l'Assemblée Générale annuelle, le docteur Gillet propose une division des présidences pour les deux sociétés, et c'est ainsi que le docteur J.-L. Labrousse est élu Président de la SFA, tandis que le docteur Gillet demeure Président de la SIA « dont l'importance augmente chaque jour », ce qui accroît la charge du Président.

Après presque dix ans de forte compétition, voire de rivalité en matière d'organisation d'événements (les congrès, les publications, l'enseignement, les activités syndicales...), les deux sociétés d'acupuncture Françaises décident de s'unir à la fin de l'année 1964 et de constituer une seule association appelée l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF). Pendant cette décennie, elles ont souvent pris des positions opposées en ce qui concerne la théorie et la pratique de l'acupuncture (nous avons montré plus haut ces différentes tendances).

Les deux sociétés avaient pour but commun de développer la pratique de l'acupuncture et d'augmenter le nombre des médecins acupuncteurs. Ce projet pouvait mieux se réaliser si les acupuncteurs français étaient tous réunis en une seule organisation et, bien évidemment, s'ils étaient d'accord entre eux.

La disparition de Roger de la Fÿye a certainement contribué à aplanir les hostilités entre la SFA et la SA. Ces mêmes hostilités avaient jusqu'alors empêché tout rapprochement entre les deux sociétés. Pourtant, la SFA semble avoir tenté une première réconciliation dès 1953. C'est ce qui apparaît à la lecture d'un éditorial de la *Revue Internationale d'Acupuncture* qui, chose rarissime, n'a pas été rédigé par le docteur de la Fÿye mais par le Comité Directeur de la SFA (formé par les docteurs Guillaume, Prunier, Gillet, Graffe, Thoret, Coze et Guigon).

À l'occasion du X^{ème} anniversaire de la fondation de notre Société, et en raison du VII^{ème} Congrès International d'Acupuncture qui aura lieu à Munich du 22 au 25 août 1953, le Comité Directeur des Sociétés Française et Internationale d'Acupuncture, sur la demande de son Président, le docteur de la Fÿye :

Considérant que la mésentente et les dissentiments ne sont pas constructifs et nuisent à l'expansion de l'Acupuncture dans le Monde ;

Considérant que les attaques personnelles dirigées depuis plusieurs années contre le Dr de la Fÿye ont toutes fait l'objet d'un jugement prouvant l'inexistence des dites accusations ;

Considérant que, si le véritable initiateur de l'Acupuncture en France est le Consul Dabry, en 1863, un hommage spécial doit être rendu aux travaux de traduction de M. Soulié de Morant, comme l'a fait maintes fois son Président le Dr de la Füyé ;

Considérant qu'un hommage spécial doit aussi être rendu, au Dr Ferreyrolles pour ses travaux et au Dr de la Füyé pour l'enseignement qu'il donne depuis plus de 15 ans ;

Considérant que la diffusion de l'Acupuncture dans le monde est le fait, non seulement des Sociétés qui étudient l'Acupuncture en France, mais aussi de la Société Internationale d'Acupuncture et de la Revue Internationale d'Acupuncture, dont les 25 numéros déjà parus touchent actuellement près d'un millier de membres répartis en 19 Nations affiliées à la Société Internationale ;

[Le comité de direction] a proposé à la Société d'Acupuncture, une réconciliation générale dans l'intérêt de la cause commune pour laquelle ils travaillent : la diffusion de l'Acupuncture dans le Monde ;

A invité cordialement et sans aucune arrière-pensée tous les Acupuncteurs de France et plus spécialement ceux de la Société d'Acupuncture à participer aux travaux du prochain Congrès, soit en présentant eux-mêmes leurs communications, soit en les envoyant au Secrétariat du Congrès ;

Présente un plan constructif de travail en commun qui laissera à chacune de nos Sociétés son indépendance totale, mais permettra une coopération scientifique, un échange de points de vue, tant dans la Revue Internationale d'Acupuncture, que dans le Bulletin de la Société d'Acupuncture, permettant ainsi à chacun d'exprimer son opinion ou de discuter courtoisement celle des autres, dans une seule intention scientifique de faire progresser l'étude et la compréhension de la médecine orientale.¹

Dans le numéro suivant de la *Revue Internationale d'Acupuncture* nous trouvons un avis adressé aux lecteurs qui dit :

Nos lecteurs ont présent à la mémoire l'appel à la concorde lancé par notre Comité de Direction dans l'éditorial du dernier numéro de notre Revue, invitant à un travail commun tous les Acupuncteurs de France pour l'étude sérieuse et la diffusion de notre belle thérapeutique.

J'ai le regret de constater que, en réponse à cette offre amicale, notre Président vient d'être à nouveau l'objet de deux attaques : l'une de M. Soulié de Morant [...] ; l'autre par le Dr Emerit [...]

¹ Comité Directeur de la SFA, « Editorial », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 25, juillet - septembre 1953, p. 1-2.

Le Comité Directeur déplore ces manifestations, dont notre Société n'est nullement responsable et qui nuisent au bon renom de l'Acupuncture.

Travaillons et souhaitons que les excités se taisent !¹

Il est donc évident que la tentative de pacification promue par la SFA, n'a pas eu de suite positive, mais qu'elle a, au contraire, induit une intensification des hostilités entre certaines personnes (qui étaient les personnages-clés) des deux sociétés².

De plus, les combats pour une affirmation de l'acupuncture dans le monde médical français du SNMAF de France d'un côté, et du Syndicat Médical des Acupuncteurs de France et de l'Union Française (syndicat rattaché à la SA) de l'autre, a très probablement favorisé l'unification des deux sociétés en une seule organisation. Les deux sociétés étaient conscientes que la réunion d'un plus important nombre de médecins acupuncteurs dans un seul syndicat donnerait certainement plus de pouvoir à un organisme unifié de défense des droits de ces médecins.

Comme nous l'avons montré³, le SNMAF de France, est né, en 1947, sous l'impulsion du docteur de la Fûye. Il avait obtenu un certain nombre de résultats : il était reconnu par la Confédération des Syndicats Médicaux Français ; il avait réussi à faire entrer la consultation d'acupuncture dans la nomenclature des tarifs des remboursements des actes médicaux au titre d'acte chirurgical ; il avait restauré l'image des médecins acupuncteurs contre les attaques des autres médecins qui mettaient en cause le sérieux et la scientificité de l'acupuncture et des praticiens. Mais il est également juste de dire que ces premiers résultats, obtenus assez rapidement, resteront sans suite à court terme. En 1960, le docteur Henri Eraud, qui restera longtemps Secrétaire avant de devenir Président du SNMAF de France, signale aux membres du Syndicat que :

La signature de conventions⁴ dans plusieurs départements crée une situation très grave pour les acupuncteurs. En effet, malgré les promesses qui avaient été faites, la

¹ Craffé M., « À nos lecteurs », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 26, octobre décembre 1953, p. 2.

² Pour ce qui en est des contrastes entre Gorge Soulié de Morant et Roger de la Fûye, voir aussi : « Éditorial », *Revue internationale d'Acupuncture*, n° 36, avril - juin 1956, p. 43-44.

³ Cf. : Chapitre I, p. 65-69.

⁴ En effet, jusqu'en 1960, les conventions étaient départementales, c'est-à-dire que la possibilité de devenir médecin conventionné était liée à un accord entre les Caisses Régionales de la Sécurité Sociale et les Syndicats Médicaux de chaque département. Il y avait donc des départements conventionnés et des départements non conventionnés. En 1960, le Gouvernement institue la possibilité des « conventions », c'est-à-dire l'adhésion individuelle des médecins au système conventionné, afin d'étendre la couverture des soins médicaux au plus grand nombre. Le régime conventionnel, en échange de certains avantages fiscaux et sociaux, demande aux médecins de renoncer aux prix fixés par entente directe avec le patient et de

Confédération des Syndicats Médicaux a abandonné la classe prévoyant des « médecines dérogatoires », clause destinée précisément à sauvegarder les intérêts des médecins pratiquant une discipline non encore officiellement reconnue comme spécialité, ainsi que ceux des malades qui s'adressent à eux. En dépit donc des conditions toutes particulières de notre exercice, nous sommes soumis au régime général ! [...]

Confrères, si nous voulons tenter de survivre, si nous refusons d'abandonner nos cabinets dont le fonctionnement ne sera plus rentable et de priver aussi nos malades d'une thérapeutique irremplaçable, il faut que nous soyons capables d'un effort d'union que nous n'avons pas su réaliser jusqu'ici. C'est dans cette union seule que nous pouvons espérer une issue aux menaces actuelles.¹

Cet appel, « un effort d'union », adressé par le docteur Eraud aux médecins acupuncteurs, sera renouvelé plusieurs fois.

En 1958 le Syndicat Médical des Acupuncteurs de France et l'Union Française est créé par le docteur Nogier de Lyon. Ce deuxième syndicat fait référence à la SA et il débute ses activités indépendamment du travail du SNMAF de France.

Entre les deux syndicats, bien évidemment, se produisent des contrastes et des oppositions. Pourtant, elles sont moins importantes qu'auparavant entre les deux sociétés d'acupuncture qui représentent les syndicats (la SFA et la Société d'Acupuncture). Rappelons que c'est à l'occasion de la disparition du docteur de la Fûye en 1961 que les premières critiques contre le travail du docteur Nogier perdent de leur mordant.

Néanmoins, en 1959, le docteur Eraud dénonce à plusieurs reprises la dangerosité de l'existence d'un deuxième syndicat pour la défense des médecins acupuncteurs auprès du pouvoir public et des institutions. En s'adressant aux autres acupuncteurs, il leur dit :

Nous attirons votre attention sur le fait que *seul* notre syndicat est officiellement affilié à la Confédération. Il est de ce fait le *seul* habilité à vous représenter et à défendre vos intérêts devant la Commission de Nomenclature et auprès du ministère du Travail. D'ailleurs, le Président du Syndicat Lyonnais le sait fort bien puisque, dans sa circulaire n°1 (fin novembre 1958), il précise : « les demandes de révision ne peuvent être présentées

respecter les tarifs négociés entre les Syndicats Médicaux et la Sécurité Sociale. Bien évidemment, la diffusion du régime conventionnel obligeait les médecins acupuncteurs à respecter des tarifs décidés par la Commission de Nomenclature (le K2 dont nous parlons plus haut) alors que nous avons vu à quel point ceux-ci étaient peu rémunérateurs pour les médecins acupuncteurs comparativement aux tarifs qu'ils pratiquaient auparavant avec un statut de profession libérale et, donc, des honoraires libres.

¹ Eraud H., « Informations », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 54, octobre - décembre 1960, p. 183-184.

que par la Confédération des Syndicats Médicaux Français à laquelle il ne nous a pas été possible de nous affilier, un autre Syndicat d'Acupuncteurs ayant déjà pris cette place ». Ce syndicat, c'est le nôtre.¹

Quelques mois auparavant, il avait aussi expliqué que :

Actuellement, une demande de relèvement du coefficient de l'acte d'acupuncture à K6² a été déposée par notre Syndicat devant cette Commission de la Nomenclature. [...]

Seule cette demande de K6 est recevable et susceptible de servir de base de discussion. La demande de K10 ou même de K15, ainsi que le propose le docteur Nogier, ne peut qu'entraîner un classement pur et simple du dossier et, en conséquence, le maintien de notre chiffre-clé au taux actuel, c'est-à-dire à K2.³

D'autre part, à la fin de l'année 1959, quand la décision de la Commission responsable de la nouvelle nomenclature est rendue publique, le docteur Nogier s'adresse ainsi à ses lecteurs, dans une circulaire destinée aux membres du Syndicat Médical des Acupuncteurs de France et de l'Union Française :

Elle [la Commission de la Nomenclature] rejette purement et simplement toute augmentation du K, ce qui veut dire que nous restons au chiffre-clé de K2.

Cette décision confirme les appréhensions que j'avais manifestées dans ma circulaire et je crois utile de tirer devant vous les leçons de cet échec, que j'avais, hélas, prévu.

Demander K6 c'était trop ou pas assez.

C'était trop demander en ne faisant état d'aucune preuve expérimentale et en s'appuyant seulement sur la tradition chinoise. Ce n'était pas assez dans le cas contraire.

La connaissance de toutes les observations six fois millénaires de la Chine nous sont nécessaires, indispensables, je l'ai déjà dit. Nous pensons cependant que dans l'état actuel de notre civilisation occidentale, cette condition nécessaire n'est pas suffisante pour que nous implantions d'une manière solide et durable l'acupuncture.[...]

Ce sont certains de nos confrères médecins et non les organisations d'Etat qui sont pour nous l'obstacle principal à la reconnaissance d'un K suffisant. [...]

¹ De la Fūye R., « Informations », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 49, juillet - septembre 1959, p. 136.

² K indique la valeur de la cotation de remboursement, de la part de la Sécurité sociale aux patients, pour chaque acte médicale.

³ Eraud H., « Informations », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 48, avril - juin 1959, p. 85.

Nos confrères sont fidèles à l'enseignement qu'ils ont reçu. Ils exigent comme on le leur a enseigné, certaines preuves. En rejetant des demandes insuffisamment étayées sur le plan scientifique, ils font leur métier.

Nous faisons le nôtre.

Notre premier devoir est d'être unis. Vous ne pouvez savoir l'effet désastreux que peut avoir, aux yeux d'étrangers, une polémique entre acupuncteurs. [...]

Tous ces confrères syndiqués [les acupuncteurs inscrits aux deux syndicats des acupuncteurs] doivent, tôt ou tard, se ranger sous un même drapeau. Nos rangs leur sont toujours largement ouverts. Pour nous, aucun acupuncteur ne peut être un adversaire et nous ne voulons rejeter aucun des efforts passés ou plus récents, même s'ils n'ont pas abouti.

Notre deuxième devoir est de continuer à apporter et à compléter les preuves scientifiques de notre méthode.[...]

Comme corollaire de ces travaux et dans le plus parfait esprit de la tradition Chinoise, notre Syndicat s'est préoccupé d'un enseignement sérieux de l'acupuncture qui doit aboutir à la formation de compétences.¹

Pour ce qui en est de la demande d'une augmentation du coefficient dans la nomenclature, les témoignages du docteur Eraud et celui du docteur Nogier que nous avons cités, sont contradictoires. Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour savoir si le Syndicat présidé par le docteur Nogier a réellement proposé à la Commission de Nomenclature l'augmentation du remboursement des consultations d'acupuncture à K10 ou K15 comme l'affirme le docteur Eraud, ou bien s'il a gardé la même attitude que le SNMAF de France en demandant une augmentation plus raisonnable.

Il est important, en revanche, de souligner ce qui suit, dans la confrontation des citations de ces deux médecins. Encore une fois, il est nécessaire de fournir des preuves concrètes de la validité de l'acupuncture comme acte thérapeutique et, en l'occurrence, de pouvoir démontrer scientifiquement le fonctionnement de cette thérapie. Tout cela est important, sinon fondamental, pour convaincre les « confrères » médecins allopathes avant même de se confronter aux institutions.

Ce que le docteur Paul Nogier affirme dans sa circulaire du décembre 1959 reviendra ailleurs dans notre recherche, bien que dans une perspective un peu différente. Jusqu'à présent, nous avons vu des volontés individuelles à l'œuvre pour faire évoluer les

¹ Nogier P., « Lettre circulaire du docteur Nogier », *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, n° 34, 1959, p. 63.

conditions d'exercice de l'acupuncture. Nous verrons plus tard comment des *a priori* et des doutes à l'égard de la validité de l'acupuncture ont pu conduire des responsables d'institutions à la formulation d'avis ambigus par rapport à la place de l'acupuncture dans le système médical conventionnel¹.

L'union des acupuncteurs était très vivement souhaitée, ce qui s'exprime dans les affirmations des deux médecins responsables des syndicats : « se ranger sous un même drapeau » afin de prouver leur force et d'affirmer une cohésion face aux difficultés à s'affirmer et à prendre position dans le contexte médical français de l'époque.

C'est très probablement parce que les responsables des deux syndicats en avaient la volonté que cette union entre les acupuncteurs Français a pu paraître envisageable à ce moment.

À la fin de l'année 1964, la SA officialisait sa dissolution lors de son Assemblée Générale. En février 1965, les membres des directions des deux sociétés d'acupuncture se réunissaient en Assemblée à la Maison du Médecin, 60, bd Latour-Maubourg, pour rendre exécutive la dissolution des deux sociétés et pour constituer une nouvelle organisation : l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF) qui réunissait, enfin, les deux groupes d'acupuncteurs Français.

Dans le compte rendu de cette Assemblée constituante, il est dit :

Les membres de la Société d'Acupuncture et de la Société Française d'Acupuncture, dissoutes ce jour même, se sont réunis en Assemblée constituante sous la présidence du Dr Khoubessérien, pour voter les statuts de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France et en élire le Conseil d'Administration.

Dans une courte allocution, le Président a dit son émotion et sa joie de voir enfin se réaliser la fusion des deux grands groupements de médecins acupuncteurs et, au nom de tous les assistants, a félicité et remercié le Professeur Brunet, le docteur Gillet, le Médecin-Général Labrousse, le docteur Martiny, et tous ceux qui, par leurs efforts, leur dévouement et leur abnégation, ont rendu possible cette fusion.²

Le docteur Mériel est Président d'Honneur de l'ASMAF ; le docteur Brunet, ancien Président de la SA, le docteur Thérèse Martiny et le docteur Khoubessérien font partie du Comité d'Honneur. Le Bureau est présidé par le docteur Marcel Martiny, les docteurs Benichou et Monnier sont vice-présidents tandis que les docteurs Lacombe et Darras sont

¹ Cf. : Chapitre V, p. 533.

² « Compte-rendu de l'Assemblée Constituante », *Revue d'Acupuncture*, n° 1, 1965, p. 15.

secrétaires. La liste des membres du Conseil d'Administration confirme la fusion des deux Conseils d'Administration des ex-sociétés : les docteurs Martiny, Eraud et Khoubessérien pour la SA ; le docteur Gillet pour la SFA. Des nouveaux venus font également leur apparition : il s'agit des docteurs Chamfrault, Darras, Guillaume et Schatz qui, comme nous le verrons, apporteront leurs contributions notables au monde de l'acupuncture française.

L'organe de publication de l'ASMAF est la *Revue d'Acupuncture*, revue trimestrielle qui remplace et résume la *Revue Internationale d'Acupuncture* ainsi que le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*. La *Revue d'Acupuncture* est dirigée par deux co-directeurs : l'ex-Président de la SFA, le docteur Gillet et l'ex-Président de la SA, le docteur Martiny.

Si la fusion des deux sociétés françaises entraîne leur disparition, par contre, la SIA demeure active avec le docteur Gillet comme président.

Le SNMAF reste le seul syndicat qui représente les acupuncteurs Français. Le docteur Gillet en est Président, les docteurs Eraud et Cabannes en sont Vice-Présidents et le docteur Booth en est Secrétaire Général. Comme nous l'avons dit, la réunion des sociétés en une seule association vise à conférer plus de puissance aux acupuncteurs vis-à-vis des institutions, et, en premier lieu, vis-à-vis de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, par l'effet d'une plus grande représentativité. Le Syndicat des Acupuncteurs affirme, à l'occasion de la première sortie de la *Revue d'Acupuncture* :

Le Syndicat reste fidèle à la politique de l'U.S.M.F. [Union des Syndicats Médicaux Français, autrement dite C.S.M.F. – Confédération des Syndicats Médicaux Français] qui est la plus proche de la sienne.

Notre Syndicat représente une minorité qui ne peut intéresser la confédération.

La fusion des deux Sociétés d'Acupuncture va néanmoins renforcer notre position au sein de l'U.S.M.F.

Actuellement, on ne voit guère de solution à nos problèmes vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

Deux possibilités s'offrent à nous en cas de convention obligatoire :

1° Soit, demander la revalorisation du nombre de K, c'est-à-dire passer de K2 à K4 ou plus mais, cette demande qui avait été faite il y a quelques années avait été rejetée ;

2° Soit, la possibilité de rester hors convention, possibilité qui semble la plus logique mais qui peut être difficile pour les jeunes confrères débutant une clientèle d'Acupuncture.¹

L'ASMAF, comme son nom l'indique, a pour but de veiller à la scientificité de l'Acupuncture comme le dit son président dans l'éditorial du premier numéro de la *Revue d'Acupuncture* :

Quant à notre Association non organisatrice mais scientifique, elle va avoir à veiller à la qualité de ses membres et à celle de leurs travaux et des publications.

La recherche, l'enseignement théorique et pratique de l'Acupuncture doivent être une préoccupation essentielle. Ce qui est fait déjà dans certains centres hospitaliers, dans certaines écoles ou à titre privé, est à considérer, à respecter, à aider, à étoffer dans certains cas.

Une aide officielle dans le vent de l'histoire est, par la suite, fort probable. D'ores et déjà, l'Acupuncture le mérite.

Durant le passage d'une présidence, nous nous efforcerons, avec notre Bureau, d'être largement ouverts aux efforts valables et strictement fermés aux délires imaginatifs.

La Tradition n'est pas la Scolastique, mais la nouveauté qui méconnaît est aussi une erreur.²

Cependant, bon nombre de ces propositions resteront à l'état de suggestion faute de temps suffisant et de stabilité pour les rendre effectives. En effet, cette tentative d'union ne disposera que d'un peu plus d'une année, entre février 1965 et la moitié de l'année 1966. Il n'en demeure pas moins que l'ASMAF aura favorisé l'expression de toutes les pensées et toutes les approches d'alors concernant l'acupuncture Française.

L'ASMAF organise néanmoins un Congrès International à Vienne en mai 1965 et un Congrès National en mai 1966. Mais ces activités ne suffisent pas pour créer une véritable union qui s'avère encore trop superficielle : l'absence de référence faite à l'unification des deux sociétés dans les derniers numéros de la *Revue Internationale d'Acupuncture* ainsi que dans le *Bulletin de la Société d'Acupuncture*, corrobore notre observation. L'accord semble le fruit d'une décision subite et insuffisamment préparée. De

¹ « Résumé du compte-rendu du Secrétaire du Syndicat des Médecins Acupuncteurs de France, lors de l'Assemblée Générale de la Société Française d'Acupuncture », *Revue d'Acupuncture*, n° 1, 1965, p. 60.

² Martiny M., « Éditorial », *Revue d'Acupuncture*, n° 1, 1965, p. 10.

plus, les rancœurs entre les élèves de Soulié de Morant et les médecins proches de Roger de la Fuye étaient probablement encore trop proches dans les esprits. C'est ainsi que, à la fin de l'année 1966, les médecins faisant partie de la SA gardent le nom de l'ASMAF dont le docteur Martiny est Président. En revanche, l'ex-SFA devient l'Association Française d'Acupuncture (AFA) et le docteur Albert Chamfrault est élu Président, tandis que la SIA reste sous la présidence du docteur Gillet.

2. L'approche « traditionaliste » de l'acupuncture

2.a. L'Association Française d'Acupuncture jusqu'en 1980

Une fois la société recomposée avec un nouveau nom (Association Française d'Acupuncture, AFA¹) et un nouveau statut, les activités reprennent d'une façon assez semblable à celle d'avant la fusion. Cependant, le président n'est plus le même : la place du docteur J.-L. Labrousse est prise par le docteur Albert Chamfrault, dont nous avons déjà parlé précédemment à propos de ses ouvrages sur la médecine traditionnelle Chinoise et de ses élaborations de la théorie des « cinq éléments ». Comme nous l'avons déjà dit, le docteur Chamfrault n'avait pris position pour aucune des deux Sociétés jusqu'à la séparation et la création de l'AFA. C'est la naissance de cette dernière qui marquera encore plus la différence entre une véritable acupuncture traditionaliste française et une approche plus scientifique défendue par l'ASMAF dont le docteur Chamfrault est l'un des initiateurs.

En 1966, Le Bureau de l'AFA est constitué par le docteur Chamfrault, Président ; les docteurs Eraud et Monnier, Vice-Présidents ; le docteur Darras, Secrétaire et le docteur Roustan, Trésorier.

L'association organise des réunions mensuelles qui s'avèrent très fructueuses pour la vie de l'association. Les médecins qui y participent sont nombreux (souvent plus qu'une centaine) c'est, pour eux, l'occasion d'échanger leurs avis et d'approfondir leurs connaissances sur des sujets précis. Le docteur Chamfrault décrit ainsi la première réunion après la naissance de l'AFA :

Ce soir-là, dès 20 heures, des médecins venaient pour bavarder un instant avant l'ouverture de la séance. À 21 heures, la grande salle de la Domus Medica se remplissait. Nous étions une bonne centaine dont beaucoup de médecins venus de fort loin. Le D^r Gillet, Président de la Société Internationale, présenta un exposé sur l'intérêt et les buts de l'Acupuncture. Je déclarais ensuite ouverte la première réunion de notre association. Après avoir transmis les excuses de nos confrères absents, nous entendions successivement les exposés des conférenciers. Les débats ouverts après chaque exposé furent animés. Je me suis efforcé de favoriser au maximum cette discussion entre confrères. Je crois, personnellement, que c'est au cours de ces débats que les auditeurs peuvent approfondir

¹ Une nouvelle loi empêchait de fonder des sociétés sans but lucratif, c'est donc pour cela que toutes les nouvelles recompositions des médecins acupuncteurs seront des associations.

complètement un problème technique. De nombreux confrères contactés après la séance ont été tous d'accord pour reconnaître que cette forme de réunion très animée et vivante était beaucoup préférable.¹

Ces réunions des membres de l'AFA qui débutent en 1966, se poursuivront presque tous les mois jusqu'à nos jours. Bien que quelques changements interviennent dans l'organisation de ces réunions, les médecins de cette association ne manqueront pas d'échanger leurs idées, de mettre en commun le fruit de leurs études dans ces moments de rencontre.

Comme c'était déjà le cas pour la SFA, la SIA et l'Institut du Centre d'Acupuncture de France dépendent de l'AFA, et ils sont présidés par le docteur Chamfrault jusqu'en 1969. Le SNMAF de France reste également lié à l'AFA dont le Président est le docteur Eraud. Dans les années qui suivent, les présidents de l'AFA qui se succéderont, auront tous, plus ou moins, les mêmes compétences. Le docteur Chamfrault sera remplacé en 1969 par le docteur Monnier, et celui-ci, en 1976, par le docteur Roustan.

La période entre 1969 et la moitié des années 1980 correspond à une époque incroyablement riche pour la prolifération d'associations et d'initiatives liées à la médecine chinoise. Et comme nous allons le voir, les années 1970 seront marquées par une véritable expansion de l'acupuncture en France. Les congrès deviennent de plus en plus nombreux et surtout de plus en plus suivis. Le nombre d'études et de publications sur l'acupuncture s'accroît, donnant lieu à des styles de pratique différents : on peut même aller jusqu'à parler de véritables « écoles de pensée ».

L'intérêt du public augmente et la demande de praticiens d'acupuncture aussi.

La presse publie articles qui parlent de cette expansion. Nous lisons, et ce n'est que un article parmi les très nombreux, dans *Le Parisien* :

Les médecins français vont s'initier à la médecine chinoise.

La Chine est décidément « dans le vent ». Et la médecine occidentale elle-même, si scientifique depuis une quarantaine d'années, se tourne désormais vers elle pour tenter d'y découvrir des thérapeutiques inconnues dont nous pourrions tirer profit.²

¹ Chamfrault A., « Éditorial », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 2, octobre 1966, p. 2.

² Dauzats C., *Le Parisien*, vendredi 24 octobre 1980, p. 24.

Pour les associations, cette expansion soudaine de l'acupuncture cause d'importantes difficultés dans l'organisation quotidienne de leurs Sièges. Les dirigeants des associations s'expriment à ce propos, à plusieurs reprises :

Un problème aigu se pose [...] ; c'est la saturation du secrétariat de l'association.

Certains jours, 140 communications téléphoniques ont été enregistrées par Mademoiselle Bayoud à qui je rends hommage pour son dévouement inlassable, son sang-froid et son amabilité souriante malgré l'afflux du courrier et des communications téléphoniques.¹

Une année plus tard ils répètent :

Les demandes des malades à la recherche d'un médecin acupuncteur ont été innombrables : plus de 50 lettres par jour, à certaines périodes, qui ont nécessité le recours à un secrétariat intérimaire : nous espérons que les malades donnent suite à nos indications.²

De plus, la presse et la télévision distribuent des informations et des images sur l'acupuncture. Evidemment, l'AFA et la SFA sont les lieux de référence pour toutes les informations qui concernent cette pratique médicale. L'intérêt pour l'acupuncture augmente si rapidement que les acupuncteurs eux-mêmes ont du mal à réagir efficacement à ce changement. Ainsi, le Président répond à toutes les demandes reçues à l'AFA :

Le Siège Social de l'Association qui était déjà très fréquenté avant septembre à été pris d'assaut depuis cette date.

En septembre, en effet, paraît un film sur l'anesthésie par l'Acupuncture. A cette époque la France entière prend conscience de l'Acupuncture. Les communications à la radio et la presse se multiplient, les émissions ou les articles de nombreux acupuncteurs de notre société ou d'autres sociétés d'Acupuncture, envahissent la 1^{re} page de l'actualité, presse, radio ou télévision.

L'AFA est alors submergée sous un courrier volumineux ou une multitude de coups de téléphone [...]

¹ Monnier R., « Compte rendu de l'Assemblée générale ordinaire de l'Association Française d'Acupuncture pour l'année 1971 », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1972, p. 25.

² Eraud H., *Op. Cit.*, 1973, p. 53.

De nombreuses demandes de renseignements, de conférences sont reçues à notre Siège Social. [...]

Ces diverses manifestations entraînent évidemment un afflux considérable de courrier et d'appels téléphoniques d'où la saturation de notre secrétariat.¹

Ce mouvement important est aussi confirmé par la considérable augmentation des médecins acupuncteurs pendant cette décennie (voir la table 1 qui reporte le nombre d'inscrits à l'AFA pendant quelques années).

Tableau n° 1.

Nombre d'inscrits par année à l'AFA²

| <i>Année</i> | <i>Inscrits</i> |
|--------------|-----------------|
| 1970 | 343 |
| 1971 | 473 |
| 1972 | 845 |
| 1973 | 1217 |
| 1977 | 2260 |

Cette pléthore est également prouvée par les chiffres des étudiants inscrits dans les écoles d'acupuncture à cette époque. Il est certain que le commencement de la crise de la profession médicale en France autour des années 1970 contribue à pousser les jeunes médecins à se former à l'acupuncture pour trouver de nouveaux débouchés à leurs études³ bien que d'autres raisons peuvent contribuer à cette expansion de la pratique de l'acupuncture. Il faudra mieux les approfondir.

La présidence de l'AFA par le docteur Chamfrault, est de courte durée mais apporte un changement important en ce qui concerne les connaissances théoriques de la médecine chinoise ainsi que l'enseignement de l'acupuncture. Nous avons déjà vu la personnalité de Chamfrault et son approche de l'acupuncture : l'importance qu'il donnait à l'étude des textes médicaux Chinois et à tout apport venant de lieux d'origine de l'acupuncture, l'avaient conduite à produire des textes médicaux qui avaient été perçus comme un nouvel apport fondamental à la théorie médicale Chinoise connue jusqu'aux années 1950. Plus

¹ Monnier R., *Op. Cit.*, 1972, p. 25-26.

² Le nombre d'inscrits par année publié par la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*.

³ Cf. : Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, CNRS, INSERM, MIRE, Paris, 1987, p. 39-40.

tard, dans son rôle de Président de l'AFA, il reste cohérent avec cette vision de la médecine chinoise.

Il rentre en contact avec le docteur Nguyen Van Nghi qui, à son tour, deviendra l'un des personnages-clé de l'acupuncture française et apportera une nouvelle vision de la clinique en acupuncture. À ce moment-là, à travers le docteur Nguyen Van Nghi, l'AFA peut acquérir des « notions entièrement nouvelles » provenant de l'Institut Extrême-oriental de Hanoi. Ces données apportent du matériel nouveau sur lequel travailleront les médecins pendant plusieurs années avec, par conséquent, une évolution dans leur pratique médicale.

Ainsi Chamfrault en parlant des « méridiens tendino-musculaires » dit :

J'ai insisté sur l'importance de ces notions entièrement nouvelles. Cette étude [...] a été rendue possible grâce à l'apport de documents provenant de l'Institut de Médecine Extrême-orientale d'Hanoi. Non seulement ces notions, nouvelles pour nous, sont très importantes sur le plan de la connaissance des bases fondamentales de l'acupuncture traditionnelle, mais elles doivent surtout nous permettre d'orienter efficacement nos recherches expérimentales. Nous retrouvons dans l'étude de ces nouveaux documents la confirmation éclatante que l'Acupuncture n'est pas partie d'un empirisme stérile, mais bien au contraire d'une base solide et immuable : la valeur de l'expression symptomatique du malade.¹

Les apports venant du Vietnam grâce à Nguyen Van Nghi et les changements qu'ils comportent sont ainsi décrits par un des médecins que nous avons interviewé :

... avec Chamfrault est arrivé Nguyen Van Nghi, c'est parce que Nguyen Van Nghi avait entendu parler de Chamfrault qu'il s'est mis à enseigner...Nguyen Van Nghi par Chamfrault...

Il faut savoir que Chamfrault avait été initié au Vietnam. Il avait vécu 15 ans au Vietnam, et il avait travaillé à la traduction des textes avec un médecin Vietnamien. Il y avait donc cette liaison qui passait par le Vietnam. Je pense qu'au Vietnam, Van Nghi a entendu parler de Chamfrault et quand Van Nghi a cherché de diffuser son enseignement il s'est adressé à Chamfrault. Ils avaient beaucoup d'estime et d'affection l'un pour l'autre.

Pour moi ce n'est pas dissociable, Chamfrault et Van Ghi ce n'est pas dissociable. En plus Chamfrault meurt assez vite et il ne reste plus que Van Nghi, et le groupe

¹ Chamfrault A., « Comptes rendus des réunions », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, Janvier - février mars 1968, p.7-8.

Lacretelle. Ce groupe naît à la mort de Chamfrault pour aider à apprendre et à diffuser les idées de Van Nghi.

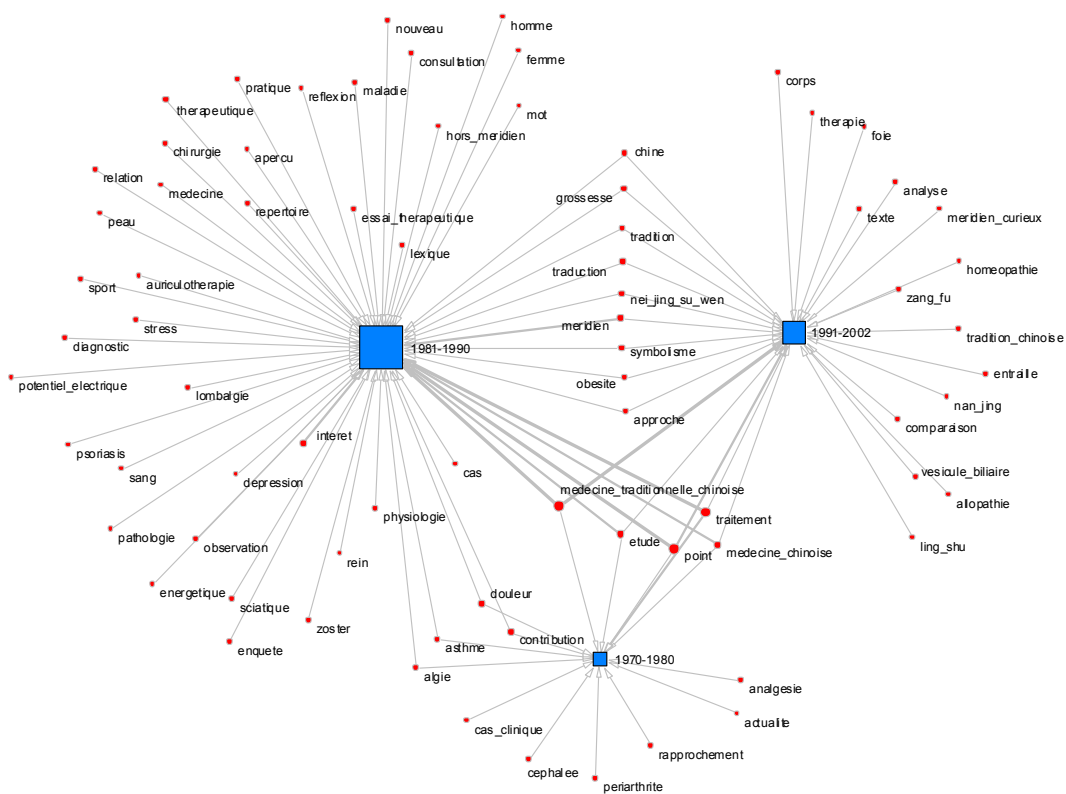
Donc au départ, dans les années 70, Van Ghi c'est l'AFA, avec Chamfrault, il est l'AFA sans Chamfrault et puis c'est le groupe Lacretelle qui devait diffuser ses idées.

(F-27)

La nouvelle vie de l'AFA (ex-SFA) est résumée par ce médecin qui, après le docteur Chamfrault et le docteur Nguyen Van Nghi, deviendra à son tour l'un des protagonistes des activités de l'association.

La personnalité du docteur Nguyen Van Nghi et son parcours dans le domaine de l'acupuncture méritent plus d'attention que celle que nous pouvons lui consacrer en suivant l'évolution de l'AFA. Nous lui consacrerons une partie juste avant de nous occuper de la situation italienne. Il faut néanmoins noter que, dès le début des années 1970, l'intérêt des médecins acupuncteurs - du moins ceux qui appartiennent à l'AFA - va se focaliser sur une connaissance plus clinique et en même temps plus proche de l'interprétation des textes médicaux classiques venant d'Orient. Dans les années qui suivent la constitution des premières sociétés d'acupuncture, l'attention était principalement portée sur la démonstration de la validité de l'acupuncture comme thérapeutique. Mais, après 1970, les articles de la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture* sont pour la plupart axés sur des essais thérapeutiques, sur des résultats cliniques qui deviennent de plus en plus élaborés et sur la divulgation des nouvelles conceptions théoriques apportées par les contacts avec le Vietnam (et surtout par le docteur Nguyen). Pour ce qui est de la clinique, une importance centrale est accordée à l'utilisation de l'acupuncture dans sa fonction analgésique. Comme nous pouvons le voir dans la Carte n° 1, les mots-clés qui se réfèrent à la décennie 1970-1980 sont douleur, analgésie, algie, périarthrite, céphalée.¹

¹ Notons aussi qu'en Italie, à la même époque, les mots-clés sont pratiquement les mêmes, ce qui prouve, entre autres, que l'acupuncture italienne était liée aux travaux français. Cf. : Annexe n° 1, carte n° 4.



Carte n° 1

L'analyse de l'évolution par périodes de co-occurrence des mots clés élaborés à partir des titres des mémoires de fin de diplôme de l'école de l'AFA et du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture de Nimes-Montpellier (logiciel Réseau-Lu).

2.b. Le Groupe Lacretelle

Pour ce qui est de la théorie et de la recherche, ainsi qu'il a été dit par le médecin que nous venons de citer, il est créé, à l'intérieur de l'AFA, le Groupe Lacretelle. Ce groupe naît en 1970, après la mort du docteur Chamfrault et par décision du Président de l'association, le docteur Monnier qui affirme :

Vous savez que dans le cadre de l'AFA, j'ai demandé au docteur Darras de former un groupe de recherches sur l'Acupuncture en s'adjoignant une équipe de jeunes médecins acupuncteurs, dynamiques, pleins d'enthousiasme, afin d'effectuer des expérimentations et des recherches dans le cadre des directives, laissées par le docteur Chamfrault avant sa disparition, hélas, beaucoup trop rapide. [...]

Pour défendre la constitution de ce groupe j'aimerais par un bref historique de l'Association depuis le moment où elle fut reprise par le docteur Chamfrault d'abord et très vite, hélas, après le décès de notre ami, par moi-même.

L'Association à ce moment se composait de 57 membres ; l'enseignement était presque inexistant. Les cours oraux avaient lieu devant 3 ou 4 élèves et les professeurs ne voulaient plus se déranger pour une aussi faible assistance. La publicité pour l'Association effectuée selon les normes habituelles qui nous ont amenés par la suite des dizaines et dizaines d'élèves était inefficace. L'AFA s'enlisait. Il fallait donc changer complètement les méthodes et transfuser un sang neuf à notre vieille Association.

Les cours magistraux furent supprimés. Les anciens cours furent refondus, réimprimés après une nouvelle rédaction inspirée par les travaux des docteurs Chamfrault et Nguyen Van Nghi. La direction de l'enseignement fût donnée à une nouvelle équipe choisie par le docteur Chamfrault et qui reçut par la suite mon entière approbation devant les résultats obtenus. Le docteur Darras et ses collaborateurs travaillent selon l'esprit d'équipe, en faveur actuellement à l'université, obtiennent auprès des étudiants un réel succès, démontré par le recrutement d'adhérents de plus en plus important.

Avec des étudiants recrutés par lui, le docteur Darras, avec mon accord et mes encouragements, constitue bientôt une équipe de recherche qui prend le nom de groupe LACRETELLE et qui par ses travaux acquiert une renommée qui déborde le cadre de l'hexagone et qui lui vaut des demandes de conférences de la part des Sociétés d'Acupuncture Européennes.

Ce groupe travaille d'une façon désintéressée, assurant ses subsides par la contribution volontaire de ses membres du fait de la défaillance des finances de notre Société, constitue à mon avis une des meilleures propagandes en notre faveur et je n'en

veux pour preuve que les nombreux « Scientifiques » de l'Acupuncture qui s'intéressent à ses travaux ; loin de regretter la création de ce groupe, je m'en réjouis, car grâce à lui nous avons pu secouer l'inertie des membres de notre Association, assurer une marche en avant fulgurante, qui nous assure une position en flèche au sein de l'Acupuncture française pour ne pas dire mondiale.¹

Citons aussi le témoignage d'un des médecins faisant partie de ce groupe :

Ce groupe s'appelait Lacretelle parce qu'il a pris le nom de la rue où nous nous réunissions dans un appartement de l'un d'entre nous qui était rue Lacretelle²...

Le Président après Chamfrault c'était Monnier, et Monnier a dit qu'il fallait créer un groupe, et il a réuni Darras, et il y avait Mussat, il y avait Roustan, il y avait Riche, et moi-même au départ. Nous n'étions que des élèves de Van Nghi.

Nous nous réunissions et nous travaillions sur un bouquin de Van Nghi et souvent on faisait le cours sur le bouquin un mois après l'avoir appris. En plus Van Nghi venait aux consultations à St Jacques. C'est ainsi que nous nous sommes mis à diffuser.

Et puis Van Ghi a eu un enseignement à Marseille, puis il s'est mis à diffuser partout, il a commencé par l'Italie.

Pendant longtemps nous avons eu un lien privilégié avec Van Nghi, et il a été Vice-Président d'honneur de l'AFA pendant très longtemps. Et à tous les congrès où nous diffusions ses idées, Van Ghi était là tout le temps.

(F-27)

Le médecin interviewé évoque les « bouquins de Van Nghi » ; il faut savoir que les premières publications de ce médecin vietnamien portent sur une approche « classique » de l'acupuncture. Ses travaux sont des traductions des textes de médecine chinoise du vietnamien au français ou des interprétations de ces mêmes textes complétées par des essais cliniques³. Le travail du groupe Lacretelle, en s'appuyant sur les ouvrages de Nguyen Van Nghi, permet de poser les bases de l'approche « traditionaliste » de l'acupuncture dont la France sera le creuset. Cette approche caractérisera le travail d'une

¹ Monnier R., *Op. Cit.*, 1972, p. 27-28.

² À Paris dans le 15^{ème} arrondissement.

³ Chamfrault A. et Nguyen V. N., *Traité de Médecine Chinoise*, Tome VI, Angoulême, Imprimerie de la Charente, 1969 ; Nguyen V.G., Picou E., *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971 ; Nguyen V. N., *Hoang ti nei king so ouen, part 1*, Marseille, éditions NVN, 1973; *Hoang ti nei king so ouen, part 2*, Marseille, éditions N.V.N., 1975. Pour une bibliographie plus complète du docteur Nguyen Van Nghi voir : Nguyen J., « Bibliographie de Nguyen Van Nghi », *Méridiens*, n° 113, 1999, p. 13-60.

partie importante des acupuncteurs français et les fera connaître non seulement en France, mais en Europe, et au-delà des confins de l'Ancien Continent. Ainsi, ce groupe joue-t-il un rôle important dans la diffusion de l'acupuncture tout d'abord en France, mais aussi à l'étranger. Dans un compte rendu de 1973¹, nous trouvons la liste des interventions du groupe Lacretelle : aux Etats-Unis, au Canada, en Islande, en Allemagne, plusieurs interventions aux réunions de la Società Italiana d'Agopuntura (à Milan, à Parme, à Florence), en Australie, à Monaco, plus une mission en Chine.

Plusieurs articles de la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture* ainsi que des publications sont signés par le Groupe Lacretelle². Il se dissout quelques années plus tard (à la fin des années 1970) à cause d'incompréhensions personnelles entre les médecins qui en faisaient partie.

2.c. L'Association Française d'Acupuncture de 1980 à nos jours

À partir de 1980 commence une nouvelle période pour l'AFA. La présidence de l'association est confiée au docteur Jean-Marc Kespi qui prend la place du docteur Claude Roustan.

Comme il le raconte lui-même dans son livre *L'homme et ses symboles en médecine traditionnelle chinoise*, le docteur Kespi fait ses études à la Faculté de Médecine d'Alger pour devenir médecin comme son père.

Ma première rencontre avec l'acupuncture date de 1954. Un livre de philosophie à la main, j'allai demander, comme souvent, un conseil à Yves Augusti, biologiste, de dix ans mon aîné. Il s'exclama : « Toi qui as deux passions, la philosophie et la médecine, fais de l'acupuncture, tu allieras les deux. » J'entendais le mot pour la première fois. Le lendemain, externe en chirurgie, le patron m'envoya au sous-sol chercher des attelles. Dans les couloir, je vis une plaque sur une porte : ACUPUNCTURE. J'avais peu de temps devant moi, mais j'entrai. Un homme affable implantait des aiguilles sur une femme. Je lui racontai la réflexion d'Yves Augusti. Il m'expliqua brièvement ce qu'il faisait et m'invita à revenir quand je le souhaitais. Je lui demandai son nom. « Il est facile à retenir, me répondit-il : c'est Grall. »³ [...] Je poursuivis mes études de médecine, préparai les

¹ Cf. : « Compte rendu d'activité du groupe Lacretelle pour l'année 1973 », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1973, p. 50-51.

² Voir les photocopies du Groupe Lacretelle : « Cliniques d'acupuncture » de n° 1 à n° 30 ; et le fascicule « Trajets », Maloine.

³ Le docteur Grall est le premier représentant de la SIA à Alger.



Dr Jean Marc Kespi.

Revue française d'acupuncture, n° 90, avril – juin 1990, p. 50

Dr Gilles Andrés.

Revue française d'acupuncture, n° 90, avril – juin 1990, p. 50



concours, fis mes vingt-huit mois de service militaire, oubliai cette rencontre, et m'installai en France en 1962. Alors que j'allais m'inscrire à l'Ordre des Médecins, à la Domus Medica, boulevard de Latour-Maubourg, je vis une affiche qui annonçait un cours d'acupuncture une heure après, à l'amphithéâtre. Augusti et Grall furent soudain là, présents. Je décidai d'y assister. Le cours était sur le Yin-Yang. J'écoutai ; de toute évidence, j'étais chez moi. Tout en exerçant avec un immense plaisir la médecine générale, j'entrepris des études d'acupuncture. [...]

J'admis assez vite que je ne serais jamais un médecin traditionnel chinois. Je n'avais pas « bu » la langue, les rites, la mythologie, la philosophie de la Chine avec « le lait de ma mère ». Mais parce que étranger, je posais des questions que seul un étranger pose, et, par ces réflexions venues de l'extérieur, j'approfondis cette médecine en m'imprégnant sans cesse de la tradition et de la civilisation chinoises.

Aujourd'hui, après trente-neuf ans de pratique, je sais que l'acupuncture m'a considérablement enrichi, tant en médecine que dans la vie.¹

Le récit de la rencontre du docteur Jean-Marc Kespi avec l'acupuncture se termine par l'affirmation de sa propre origine occidentale. Il est convenu (et, comme lui, plusieurs médecins de l'AFA – voir la dernière citation du docteur Gilles Andrès dans cette même partie, p 139) que le regard d'un médecin français sur la tradition chinoise lui permet d'avoir une approche de l'acupuncture que les Chinois eux-mêmes ne peuvent pas avoir. Et ceci par sa propre capacité critique et de questionnement par rapport à la médecine chinoise et à l'acupuncture.

Sous sa présidence, le docteur Jean-Marc Kespi et l'équipe de médecins qui l'entourent (les docteurs Gérard Guillaume, Gilles Andrès, Yvonne Mollard-brusini, Gil Berger, Bernard Cygler) travaillent à la conservation de la dynamique des activités de l'AFA tournées tant vers une réflexion théorique que vers l'enseignement.

C'est certainement sous la présidence du docteur Jean-Marc Kespi que l'approche « traditionaliste » de l'acupuncture de l'AFA se définit et se consolide. La conviction que la vraie acupuncture fonde tout son savoir sur la « tradition chinoise » et qu'il est fondamental de se référer toujours aux textes anciens motivent les travaux de traduction et d'exégèse des classiques de la médecine chinoise. Cette attitude caractéristique de l'AFA est très bien exprimée en 1981 dans un des nombreux éditoriaux du docteur Jean-Marc Kespi de la *Revue française d'acupuncture* :

¹ Kespi J.-M., *L'homme et ses symboles*, Paris, Albin Michel, 2002, p. 12-14.

Le plus important en acupuncture est, aujourd'hui, l'exégèse des textes. Car comment confronter acupuncture et médecine occidentale tant que nous n'aurons complètement décrypté les ouvrages chinois, tant que nous n'aurons pas totalement compris ce que voulaient dire ceux qui les ont écrits ? Or, nous sommes loin d'avoir perçu les approches de la réalité, les mécanismes physiologiques et les structures qui nous sont ainsi signifiés. Car ce langage « archaïque, ésotérique », une fois dépoussiéré, nous montre un autre regard sur l'homme, une autre physiologie, une autre médecine. Ces textes « poétiques et non scientifiques » nous donnent accès à la science traditionnelle et aux médecines traditionnelles. Il y a là retournement de la pensée et du regard.

Car le but de ces médecines n'est pas d'analyser l'infinité des phénomènes de la vie, mais d'en comprendre les principes et les lois générales. [...]

Les médecines traditionnelles nous apprennent que toute vie est l'incarnation d'archétypes, d'une mosaïque d'archétypes dans laquelle chacun a sa fonction et son rôle, complémentaires aux autres. Elles nous permettent de comprendre que si telle structure ou tel organe a telle forme, telle constitution et telle situation, c'est parce qu'elle est l'incarnation de telle fonction, elle-même reflet de tel archétype de la mosaïque.

Ces médecines nous conduiront dans vingt, cinquante ou cent ans, aux sources de la vie, à l'arché, à l'archaïque, à l'archétypal. C'est par là même qu'elles nous permettront de rejoindre les recherches les plus évoluées et de les enrichir d'un autre regard, du regard de celui qui sait ou qui sent que le monde est principiel.¹

Il est donc important de « dépoussiérer » le langage des textes anciens pour les libérer de tout archaïsme, apercevoir et pouvoir apprécier le contenu de la médecine chinoise (ainsi que d'autres médecines traditionnelles probablement pour le docteur Kespi).

D'ailleurs, le docteur Gillaume aborde ainsi le même sujet dans un éditorial de 1981 :

La fidélité à la tradition reste le grand dénominateur commun de toutes les recherches modernes. Malgré le polymorphisme de la pratique de l'acupuncture en Chine, la considération et le respect sont réservés à sa forme traditionnelle. [...]

Après une phase « d'occidentalisation aveugle » le retour aux sources est le fil directeur de tout le secteur de la recherche, et nous pensons avec les Chinois, que seule une

¹ Kespi J.-M., « Éditorial », *Revue française d'acupuncture*, n° 27, juillet - septembre 1981, p. 5.

connaissance authentique des textes traditionnels peut orienter et éviter que celle-ci ne s'égaré dans les méandres du scientisme.¹

Il n'est pas certain que par la suite « les Chinois » dont parle le docteur Guillaume ont continué d'avoir la même attitude envers l'acupuncture et consacré la même l'importance aux textes anciens que les médecins de l'AFA. Mais ce que ce fragment de texte affirme c'est la claire orientation poursuivie par l'AFA Le respect et la fidélité à la « tradition » chinoise resteront toujours présents, jusqu'à nos jours, dans le discours et dans le travail de ces médecins.

Dans l'éditorial précédemment cité, le docteur Kespi affirme que la lecture et la compréhension des textes anciens, au-delà des archaïsmes, « nous montrent un autre regard sur l'homme, une autre physiologie, une autre médecine ». Il parle aussi de « retournement de la pensée et du regard », en nous mettant face au cœur du discours et de l'orientation de ces médecins. En fait, est ici mis en évidence le basculement entre une approche de l'homme et de sa maladie de type « scientifique », qui est propre aux médecins « scientifiques », et une approche inspirée par la tradition. La vie humaine y est décrite comme une incarnation d'archétypes, mais aussi, et peut-être cela nous parle plus clairement, elle est présentée comme l'expression d'un ensemble de fonctions. Chaque organe est vu dans une perspective d'échange et de relation avec les autres, et son existence, sa forme et la situation dans laquelle il se trouve sont conçues dans une optique fonctionnelle de complémentarité. La vie est donc l'ensemble des fonctions organiques qui se complètent mutuellement. Cette conception de l'homme et de sa vie sous-tend le travail des médecins de l'AFA, et de ce que nous avons appelé l'approche « traditionaliste » de l'acupuncture.

Notons aussi que cette dimension de la médecine soutenue par le docteur Kespi et ses collègues provient du message diffusé, quelques années auparavant, par le docteur Nguyen Van Nghi – dont, nous l'avons vu, la présence s'avère fondamentale à l'intérieur de l'AFA.

En 1974, le docteur Nguyen dit :

...l'Acupuncture utilise un support symbolique et traditionaliste qui lui donne une dimension bien supérieure à celle d'une connaissance purement médicale. L'Acupuncture

¹ Guillaume G., « Éditorial », *Revue française d'acupuncture*, n° 25, janvier - mars 1981, p. 5.

est, pour le médecin qui l'étudie, un tremplin, une ouverture vers un domaine de l'esprit dont les limites sont infinies, et qui couvre l'héritage culturel de l'Humanité toute entière.

L'Acupuncture est alors, pour les médecins, l'entrée la plus naturellement accessible d'un labyrinthe qui s'enfonce dans les trames de la tradition, et dont l'aboutissement est une certaine compréhension de la vie de l'Homme, être pensant. [...]

Or, la force de l'Acupuncture réside principalement dans le fait qu'elle étudie le malade, à travers une connaissance de l'Homme (terme qui prend alors un sens symbolique dans l'analogie cosmologique chinoise). L'Acupuncture acquiert donc un pouvoir d'éclairage sur la globalité de l'être humain, et sur la pathogénie ; et elle livre, à celui qui sait entendre son enseignement, l'être humain dans toutes ses dimensions, et plus encore, les lois de la vie qu'il porte en lui. La spécialisation devient alors une aberration fondamentale.¹

Traitant quelques mois plus tard, cette même année, de la relation possible entre « la médecine traditionnelle chinoise et la médecine moderne » il affirme :

Le médecine traditionnelle chinoise, par son symbolisme syncrétique, rend compte de l'évolution qualitative de la nature à travers la discontinuité des stades, et permet ainsi d'étudier l'un d'entre eux, sans jamais perdre de vue ses relations dynamiques avec celui qui précède et celui qui suit.

Par contre elle ne rend pas compte avec autant de précision des caractères propres à chacun d'entre eux, et ne possède pas les éléments quantitatifs que donne la médecine occidentale pour chaque fonction de l'organisme. [...]

La médecine traditionnelle chinoise a pu aborder, par ses méthodes non scientifiques au sens strict du terme, des domaines de la réalité humaine, que la science, jusqu'à présent, n'a pas su découvrir. Elle donne de l'homme une conception et une approche qui n'est pas celle de la science dans sa formation, et qui peut fort bien la rejoindre quant au fond du problème.²

L'importance du symbolisme, des analogies à la cosmologie chinoise et la dimension qualitative de l'acupuncture sont fondamentales dans la pensée médicale des médecins de l'AFA. Pensée qui est, si l'on peut dire, héritée du docteur Nguyen Van Nghi.

Ainsi est résumé l'apport du docteur Jean-Marc Kespi aux activités de l'AFA par les mots du docteur Gilles Andrès :

¹ Nguyen V. N., « Éditorial », *Mensuel du Médecin Acupuncteur*, n° 8, février 1974, p. 2.

² Nguyen V. N., « Le Symbolisme et la réalité », *Mensuel du Médecin Acupuncteur*, n° 10, avril 1974, p. 3.

En proposant des interprétations nouvelles avec « les trois structures », « les portes », « les points barrières », le docteur Kespi ouvre une perspective un peu différente de l'énergétique de Nguyen Van Nghi. [...].

Sans renier on quitte le monde du *qi* (souffle) pour aborder celui du *shen* (l'esprit). Les cinq mouvements : bois, feu, terre, métal, eau, sont ainsi remplacés par les noms des *shen* : *hun*, *shen*, *yi*, *po*, *zhi*, et tout est mis en rapport dialectique. Cette tentative de compréhension de la médecine chinoise élargit le domaine de l'homme, fait quitter une énergétique réduite à un système de tuyauterie pour lui préférer un système de résonance et supporter ainsi trois éléments essentiels qui marquent encore les travaux de l'AFA aujourd'hui. Tout d'abord on ne s'attache pas seulement à guérir les symptômes des patients, mais à savoir comment ils s'intègrent dans la personne elle-même, quel sens ils peuvent avoir et comment on peut, grâce à une action sur le souffle et en soulageant, aider chaque patient à cheminer sur sa propre voie. Ceci se traduit cliniquement par un interrogatoire approfondi et les médecins qui ont appris l'acupuncture à l'AFA sont en effet réputés pour la qualité de leur interrogatoire. [...]

Le deuxième élément est d'avoir largement contribué à mettre en exergue l'étude des points d'acupuncture et en particulier le fait que leurs symptômes et leurs noms sont les marques d'une ou plusieurs fonctions qui fondent chacun d'entre eux. Enfin, l'autorisation est donnée à chacun d'essayer de comprendre, voire de théoriser les données de la médecine chinoise et de le confronter à la clinique. L'acupuncture devient ainsi pour certains l'exercice d'une foi personnelle. Pour d'autres, elle est sujette à des théorisations universelles auxquelles il manquait alors, pour pas dévier du sens universel contenu dans la tradition chinoise, de s'enraciner dans cette tradition.¹

Cette longue citation éclaire d'une lumière vive l'esprit de l'AFA des années 1980 jusqu'à nos jours². Y est évident le caractère dialectique de cette approche de la médecine chinoise comprise comme un système de résonances. Ceci implique vis-à-vis du patient une attitude attentive à la signification des symptômes qui se traduit, dans le travail clinique des médecins de l'AFA, par un interrogatoire très approfondi. De plus, les symptômes sont interprétés en vue d'une compréhension du sens qu'ils peuvent avoir pour la personne et ceci afin d'« aider chaque patient à cheminer sur sa propre voie ». Le docteur Andrès affirme que :

¹ Andrès G., « 50 ans d'enseignement et d'évolution des idées », *Revue française d'acupuncture*, n° 90, avril - juin 1997, p. 40-41.

² Nous rappelons que le docteur Gilles Andrès est l'actuel président de l'AFA, tandis que le docteur Jean-Marc Kespi en est le président honoraire.

L'homme se retrouve placé dans un univers où il doit évoluer spirituellement et où les maladies manifestent extérieurement un trouble dans sa relation avec le sacré.¹

Dans la Préface à la dernière édition de son ouvrage *Principes de la médecine selon la tradition* il souligne encore l'importance des médecines traditionnelles dans la confrontation avec la médecine scientifique.

L'étude constante de la médecine chinoise et la pratique régulière de l'acupuncture depuis plus de vingt ans, nous ont confirmé la validité du point de vue traditionnel – les principes ne changent pas [...] mais leur connaissance demande un approfondissement permanent qui permet de percevoir l'homme non comme une entité composée d'éléments disparates, mais comme une unité du vivant où sont reliés entre eux les plans spirituel, psychique et physique. Quand elle ne trouve pas de raison organique à un trouble pathologique, la médecine moderne déclare : c'est psychique ! Avec une certaine nuance de mépris, sur la réalité d'un tel trouble, ne pouvant saisir les interactions étroites qui existent entre le physique et le psychique. Quant au domaine spirituel, il n'est jamais envisagé par celle-ci et elle ne peut donc pas apporter de réponse à la souffrance, la maladie et la mort. La médecine traditionnelle en n'oubliant pas cet aspect essentiel de l'homme permet de le restituer par rapport à sa finalité propre et de dépasser son individualité pour l'enraciner dans ce qu'il y a d'universel en lui. [...] Le champ investi par la médecine traditionnelle est total et complet, alors que la science moderne ne considère qu'un champ très limité de la réalité : celui qui tombe sous les sens et que l'on peut mesurer. [...]

À l'heure actuelle où la médecine s'enfonce de plus en plus dans le domaine quantitatif [...] les médecines traditionnelles par la pensée et la conception de l'univers et de l'homme qu'elles apportent, peuvent être une réponse à une médecine qui a perdu son sens et ses repères.²

Nous l'avons vu affirmer sous différentes formes, par les docteurs Kespi, Guillaume, Nguyen et enfin Andrès : l'acupuncture est une médecine autre que la médecine scientifique. Son but « n'est pas d'analyser l'infinité des phénomènes de la vie, mais d'en comprendre les principes et les lois générales », l'acupuncture « ... livre, à celui qui sait entendre son enseignement, l'être humain dans toutes ses dimensions, et plus

¹ Andrès G., *Op. Cit.*, 1997, p. 40.

² Andrès G., *Principes de la médecine selon la tradition*, Paris, Éditions Devry, 1999, p. 5-6.

encore, les lois de la vie qu'il porte en lui. La spécialisation [médicale] devient alors une aberration fondamentale », de plus « le champ investi par la médecine traditionnelle est total et complet, alors que la science moderne ne considère qu'un champ très limité de la réalité : celui qui tombe sous les sens et que l'on peut mesurer », enfin « seule une connaissance authentique des textes traditionnels peut orienter et éviter que celle-ci [la connaissance en acupuncture] ne s'égaré dans les méandres du scientisme ».

Cette approche de l'acupuncture, qui porte les médecins de l'AFA à considérer leur travail comme essentiellement différent de la médecine scientifique, s'est perpétuée jusqu'à maintenant. Nous lisons ainsi dans un éditorial du docteur Jean-Marc Kespi de 1996 :

Si l'on considère les rapports de la médecine traditionnelle chinoise (dont l'acupuncture) et de la médecine occidentale, on ne peut manquer de remarquer la contradiction de leurs relations.

En continuité avec la médecine occidentale, l'acupuncture nous ramène à une médecine clinique où l'on écoute, palpe, regarde et sent : être acupuncteur, c'est souvent rester fidèle à cette « vieille » clinique. De même on retrouve mis en exergue dans les textes chinois ce qui caractérisait nos grands cliniciens, à savoir la vertu d'Humanité (*Ren*) qui fait que l'on regarde avec bienveillance tout être vivant, et a fortiori tout homme, quel qu'il soit et quoi qu'il ait fait, malade ou non.

En rupture avec la médecine occidentale, l'acupuncture fait appel à des sources chinoises théoriques et pratiques qui sont totalement étrangères à notre université et surtout implique, en tant que médecine traditionnelle, la conscience d'une dimension verticale – transcendante pourrait-on dire - de la vie et de la médecine.

Cette contradiction peut expliquer la difficulté que nous éprouvons à nous situer par rapport aux organisations socio-politiques. [...]

Alors que faire et comment faire ?

Deux éléments me paraissent clairs, le reste n'étant que questionnement.

- Permettre aux médecins acupuncteurs, qui adhèrent au caractère clinique de l'acupuncture et à la nécessité de recourir aux sources chinoises, de se regrouper, de se rencontrer et de travailler ensemble dans leur diversité, cette diversité étant, sur un consensus minimal, une source d'enrichissement.

- Créer une FMC des acupuncteurs, de façon à ce que les médecins acupuncteurs français bénéficient d'une formation continue, à la fois en acupuncture et en médecine interne et par eux définie.¹

C'est à ce moment et pour répondre à ces questions que, en 1997, est créée la F.A.FOR.ME.C., afin de trouver un point de rencontre entre les médecins pratiquant l'acupuncture avec des approches différentes, mais malgré tout unis vis-à-vis des « organisations socio-politiques par la même technique de soin ».

À partir des années 1980 encore, l'importance et la renommée de l'AFA se mettent à croître de manière considérable. Grâce aux activités de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France (l'organisme d'enseignement de l'AFA), l'AFA peut acheter un petit immeuble à Paris, au 1 bis cité des Fleurs dans le 17^{ème} arrondissement. Il devient le siège de l'association jusqu'en 1994, où il sera vendu, le siège de l'AFA étant alors déplacé dans un bureau en location de la Tour C.I.T. à Montparnasse. C'est grâce aux fonds récupérés par cette vente immobilière que l'AFA continue ses activités culturelles (la publication trimestrielle de la *Revue française d'acupuncture*, le congrès annuel) et sa formation continue.

De plus, les traductions et les nouvelles acquisitions apportées par les médecins travaillant autour de l'AFA justifient la création, en 1987 d'une maison d'édition propre à l'association, La Tisserande. La Tisserande ferme en 1995, mais les responsables de l'AFA arrivent à continuer leurs publications en transformant leur maison d'édition en une collection chez l'éditeur Trédaniel.

La Tisserande édite successivement :

- le *Shang han lun* (Traité des coups de froid), traduction de Catherine Despeux ;
- le *Binhu Maixue* (Traité des pouls), traduction de l'AFA ;
- **La Tête et le Cou**, de Bernard Cygler ;
- **Cliniques**, de Jean-Marc Kespi ;
- **Rhumatologie**, collaboration de Gérard Guillaume et Mach Chieu ;
- **La pratique de l'acupuncture en obstetrique**, collaboration de Christian Rempp et Annick Bigler.

En 1995, Gilles Andrès et Gérard Guillaume obtiendront de l'éditeur Guy Trédaniel la poursuite de la collection La Tisserande et la diffusion de ses livres, l'édition du **Dictionnaire des**

¹ Kespi J.-M., « Éditorial », *Revue française d'acupuncture*, n° 87, juillet – août 1996, p. 4-5.

points d'acupuncture, collaboration de Gérard Guillaume et Mach Chieu, puis **Méridiens extraordinaires**, travail collectif de l'AFA ; enfin l'édition de la traduction du *Zhen jiu jia yi ying*, par Gilles Andrès et Constantin Milsky.¹

En 1994 est élu Président de l'AFA le docteur Gilles Andrès qui en occupe aujourd'hui encore la fonction. Les années 1990 ne seront pas si glorieuses que les deux décennies précédentes pour l'AFA - comme pour l'acupuncture française en général-. La mise en place de l'enseignement universitaire oblige l'association à réduire ses cours à de simples rencontres de formation continue. De toute manière, on remarque que la baisse du nombre d'inscrits commence à partir de la moitié des années 1980, comme le montrent les tableaux présentés au Chapitre IV². De plus, les difficultés d'installation pour les médecins voulant pratiquer l'acupuncture³ contribuent à rendre l'acupuncture un exercice moins intéressant pour les praticiens. Le docteur Andrès, après son élection, présente ainsi le travail à venir pour l'AFA :

Une période de doute s'en est suivie et d'aucuns regrettent les années fastes de la décennie 80. Ne nous plaignons pas car, moins attirés par les manifestations extérieures, l'approfondissement de l'acupuncture a tout à y gagner. Mieux vaut, pour l'acupuncture, quelques médecins réellement engagés, qu'une multitude qui en édulcore la nature.

Les acupuncteurs doivent maintenant relever plusieurs défis :

- maintenir les acquis et tout le travail accompli en Occident ces trente dernières années ;
 - garder l'axe fondamental constitué par la tradition chinoise. Les quatre mille ans de méditation, de réflexion, d'expérimentation et d'utilisation de l'acupuncture, représentent plus que quelques statistiques limitées ;
 - assurer l'actualisation de la médecine chinoise en Occident, en se basant sur notre culture et notre tradition. Il ne s'agit pas d'imiter les Chinois, mais, tout en ne cessant pas de comprendre ce qu'ils transmettent, il est nécessaire d'adapter la médecine chinoise à notre propre génie occidental.
- [...]

¹ Kespi J.-M., « Les 50 ans de l'Association française d'acupuncture », *Revue française d'acupuncture*, n° 90, avril - juin 1997, p. 24.

² Bien que les données que nous avons recueillies ne soient probablement pas exhaustives, puisque après 1980 les sièges décentralisés de l'AFA ont certainement contribué à la baisse du nombre des élèves inscrits à Paris. Cf. : Chapitre IV, p. 413.

³ Cf. : Chapitre IV, p. 400-406.

- Continuer à la faire vivre et à la transmettre [l'acupuncture]¹

Effectivement l'AFA compte à l'heure actuelle entre cent et cent cinquante inscrits chaque année, un nombre cinq fois plus bas que dix ans auparavant. Malgré cela des activités d'enseignement, des publications et un congrès annuel continuent à exister au sein de cette association.

2.d. L'enseignement

Avant la création du groupe Lacretelle qui, comme nous l'avons vu dans le mot du médecin que nous venons de citer, jouera un rôle important aussi pour l'enseignement, en 1967, le docteur Chamfrault, Président de l'AFA, considère qu'un changement est nécessaire dans l'organisation de l'enseignement de l'acupuncture. Pour la première fois la formation durera trois ans, et Chamfrault justifie ainsi cette décision :

Deux obligations nous ont poussés à effectuer ce changement.

La première est que nous avons pu obtenir, grâce à l'Institut de Médecine Extrême-Orientale d'Hanoi, et particulièrement grâce au docteur Nguyen Van Ngi qui en est notre correspondant direct, des documents extrêmement importants. Ces documents font partie du Cours d'enseignement de la faculté de Hanoi.

Ils éclairent d'un jour nouveau les notions, parfois décousues, que nous avions jusqu'ici sur la circulation de l'Energie de défense de l'organisme. Cette énergie Oé est la première atteinte en cas de troubles morbides. Il était donc très important de savoir exactement quelle était sa circulation.

Celle-ci s'effectue dans douze méridiens superficiels, les méridiens tendino-musculaires et dans douze autres méridiens, les méridiens distincts.

Nous avons eu également des éclaircissements sur le rôle joué par ces méridiens curieux, que nous avons pu, jusqu'à maintenant, taxer d'être des méridiens distincts.

Nous en connaissons maintenant le rôle et les troubles, nous avons donc, actuellement, une conception claire et étendue de la pathologie chinoise. Nous sommes donc du même coup, connaissant les notions fondamentales sur la circulation de l'Energie telles que les concevaient les chinois, en mesure d'effectuer les travaux scientifiques sur une base de départ solide.

¹ Andrés G., « Éditorial », *Revue française d'acupuncture*, n° 80, octobre – décembre 1994, p. 4-5.

Comment pourrait-on, en effet, essayer de faire un rapprochement entre la médecine traditionnelle et la médecine expérimentale si nous ne connaissons pas exactement le fond de la doctrine ? Il ne peut en résulter que des erreurs.

La seconde de ces obligations est que nous ne pouvons rien espérer des Pouvoirs Publics sans nous présenter avec un programme d'instruction solide. Nous estimons que, comme l'homéopathie l'a déjà fait, nous avons besoin d'un programme de trois années.

Et, au fur et à mesure des études et des travaux entrepris, nous aurons de plus en plus de mal à répartir notre enseignement sur ces trois années. Nous n'oublierons pas, en effet, que ce n'est pas une spécialité que nous devons enseigner mais une médecine totale, celle d'un tiers du globe, la Médecine Extrême-Orientale.¹

La formation de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France prévoit des cours gratuits un soir par semaine plus quatre réunions de fin de semaine (le samedi après-midi). Les médecins qui y participent doivent payer leur cotisation à l'AFA. Les cours sont réservés aux médecins et aux étudiants en médecine. À la fin de chaque année, des examens sont prévus. À la fin des trois années, ces cours sont sanctionnés par la délivrance d'un diplôme de Médecin Acupuncteur, suite à la discussion d'un mémoire de fin de diplôme. Des cours pratiques ont lieu à l'Hôpital Saint-Jacques deux fois par semaine. De plus, des cas cliniques sont présentés une fois par mois aux soirées de la réunion de l'association.

Peu de temps après la mise en place de la nouvelle organisation de l'enseignement, les cours hebdomadaires sont supprimés pour ne pas pénaliser les élèves qui n'habitent pas à Paris, et qui ne pourraient pas être présents à chaque séance. Les cours théoriques sont donc regroupés en un week-end par mois, et des photocopiés sont envoyés à chaque inscrit.

Plus haut, dans la citation du docteur Chamfrault, nous trouvons les raisons qui l'ont poussé à une révision de l'enseignement. Nous pouvons aussi affirmer que tous les ajustements qui suivront sont motivés, entre autres, par l'augmentation du nombre d'inscriptions aux cours d'acupuncture. En effet, l'augmentation du nombre des médecins en formation est décidément exponentielle à partir de 1970, comme nous pouvons le voir dans la table 2, qui recueille les données du nombre d'étudiants par année et qui est publiée par la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*.

¹ Chamfrault A., « Comptes rendus d'assemblées », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, octobre - décembre 1967, p. 11-12.

Tableau n° 2.

Nombre d'élèves par année

| Années | Première année | Deuxième année | Troisième année | Total |
|--------|----------------|----------------|-----------------|---------|
| 1968 | 70 | 53 | - | 123 |
| 1969 | 51 | 34 | 35 | 119 |
| 1970 | 50 | 22 | 22 | 94 |
| 1971 | 164 | 22 | 121 (?) | 186 (?) |
| 1972 | 280 | 85 | 20 | 385 |
| 1973 | 292 | 157 | 47 | 496 |
| 1974 | 301 | 140 | 97 | 538 |
| | | | | |
| 1976 | | | | 620 |

Une telle augmentation qui n'était pas prévue par l'organisation de l'Institut du Centre d'Acupuncture de France semble créer des problèmes, notamment pour l'accueil des élèves. En 1972, par exemple, la salle d'examen était trop petite pour contenir tous les inscrits à l'épreuve écrite de l'examen de la première année. Et en 1973 dans un compte-rendu de l'Assemblée Générale, il est dit :

L'an prochain, il faudra tabler sur plus de 250 candidats aux épreuves et le problème des locaux va à nouveau se poser de façon angoissante.¹

Face à ce grand nombre d'inscriptions, à partir de 1973-1974, l'Institut du Centre d'Acupuncture de France commence un travail de décentralisation de l'enseignement. Deux Sièges naissent à Marseille (dont le responsable est le docteur Nguyen Van Nghi) et à Strasbourg (dont le responsable est le docteur Schrodi). En 1975, deux nouveaux centres apparaissent à Toulouse (responsable : le docteur Sabatie) et à Bordeaux (responsable : le docteur Paluteau). En 1976, encore deux centres d'enseignement sont créés, à Limoges (responsable : le docteur Frédéric) et à Nice (responsable : le docteur Bouille).

Les programmes des cours sont communs à tous les sièges. Si on les confronte avec ceux que nous avons cités auparavant, il nous apparaît évident qu'il s'enrichissent des

¹ « Compte rendu de l'assemblée générale ordinaire », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, Janvier - mars 1973, p. 4

nouveaux acquis fruits des recherches et du travail sur les textes¹. Le nombre d'heures d'enseignement augmente aussi : pendant l'enseignement de de la Fūye, on comptait une trentaine d'heures de cours sur l'ensemble des deux années alors que, maintenant, on compte à peu près 300 heures de cours théoriques pour le cursus complet, plus une heure de travaux pratiques une fois par semaine.

En 1976, le docteur Roustan étant le Président de l'association, institue une quatrième année de formation. L'enseignement est ouvert aux acupuncteurs et aux étudiants qui ont terminé leur cursus d'étude sur trois ans et ont obtenu le diplôme. Il s'agit d'une conférence qui se tient tous les samedis après-midi et qui présente des sujets théoriques ou pratiques. Elle est éventuellement suivie d'une discussion. Une année plus tard cette quatrième année se transforme, ce ne sera plus une conférence par semaine, mais elle sera organisée en week-end : un par mois environ. De plus, elle s'intitulera Centre Chamfrault, en honneur de l'ancien président de l'AFA. Le Centre Chamfrault accueille dans ses cours tous les étudiants de quatrième année ainsi que les étudiants de troisième année. En 1979, le Centre Chamfrault gagne encore plus d'importance : il devient un cycle d'étude à part entière qui dure trois ans et qui est destiné à approfondir : « certains éléments diagnostiques spécifiques, la thérapeutique de quelques syndromes fondamentaux de la médecine chinoise, l'étude pathogénique de différents symptômes »².

Après 1980, le nombre des élèves inscrits aux cours de l'AFA ne diminue pas (comme nous pouvons le voir dans les tableaux n° 1 et 2). De plus, l'enseignement se réorganise et l'attention consacrée aux textes anciens influence aussi les programmes de l'enseignement dispensé par l'Institut du Centre d'Acupuncture de France :

Cet apport sinologique sans précédent à la médecine va donc constituer la base de l'enseignement de la première année d'acupuncture, où l'on ne peut avancer sans connaître les caractéristiques et les noms chinois des différents souffles, du sang, des liquides organiques ainsi que ceux des viscères et des méridiens. La deuxième année s'oriente, pour sa part, vers l'étude de la physiopathologie et du diagnostic avec l'étude des symptômes, des méridiens et des viscères, les causes des maladies d'origine externe (*wai guan*) et interne (*qi qing*), les quatre examens avec palpation des pouls, les huit règles diagnostiques et thérapeutiques, etc.

La troisième année est consacrée à l'étude des pathologies étudiées à partir de symptômes : les dyspnées, les précordialgies, les troubles vasculaires, les algies etc.

¹ Cf. : *Revue française d'acupuncture* à partir de sa création en janvier 1975.

² « Centre Chamfrault », *Revue française d'acupuncture*, n° 18, avril - juin 1979, p. 89

Pourtant cette approche finit par être insatisfaisante et à la fin des années 1980 l'enseignement de la 2^e et 3^e années se transforme en un seul cycle de deux ans où, pour chaque thème traité – tel les maladies du sang -, on passe simultanément de la physiopathologie au diagnostic, puis au traitement de ses troubles.¹

L'enseignement se divise en cours théoriques et en cours pratiques, ils sont dispensés dans les amphithéâtres du C.H.U. Necker, le samedi après midi, deux fois par mois. Les élèves doivent aussi suivre les consultations qui ont lieu au dispensaire de l'AFA deux fois par semaine pour obtenir la validation de leur année d'études.

Dans les années 1980, grâce à Nicole Savigny-Kespi, un effort important est fait pour améliorer la pédagogie. Les cours ne sont plus des simples exposés magistraux.²

Des photocopies et une bibliographie sont fournis aux étudiants, qui ont aussi à disposition une bibliothèque auprès du siège de l'AFA.

Cette organisation des cours d'acupuncture, nous le verrons plus loin, servira de base pour la structuration et la mise en place de l'enseignement universitaire de l'acupuncture (le Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture) qui sera opérationnel à partir de 1989.

En 1990, l'Institut du Centre d'Acupuncture de France ferme ses portes puisque aucun diplôme délivré par une école privée n'a de validité, le seul diplôme universitaire étant désormais reconnu.

Après la création du D.I.U., L'AFA continue cependant son activité d'enseignement. Le Centre Chamfrault reste actif pour quelques années assurant des séminaires de formation continue. Mais, dès 1990, les rencontres que l'AFA organise s'appelleront « Séminaires de perfectionnement » et portent sur l'utilisation des points :

Étude approfondie des points d'acupuncture à partir du ou des noms du point, de sa localisation, de ses symptômes et de la typologie du méridien sur lequel il se trouve. Cette étude permet de pouvoir utiliser au mieux un point d'acupuncture seul ou en association, en toute connaissance de cause.³

¹ Andrès G., *Op. Cit.*, p. 41-42.

² Andrès G., *Ibidem*, p. 42.

³ Site Internet de l'AFA: http://www.acupuncture-france.com/site/page_8.php

Ces séminaires existent encore aujourd'hui, ils se tiennent à peu près quatre fois par an (un week-end par saison). Le nombre des médecins les fréquentant est assez restreint (rarement plus de quinze auditeurs). Ces médecins ayant plusieurs années de travail d'acupuncture derrière eux, les séminaires constituent des occasions de rencontre et de confrontation entre l'expérience des médecins intervenant et celle des médecins constituant le public.

3. Vers une reconnaissance formelle et institutionnelle de l'acupuncture

3.a. Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France et la Confédération Nationale des Associations Médicales d'Acupuncture de France.

Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs (SNMAF) de France naît en 1947 par la volonté de Roger de la Fuye. Vingt ans plus tard, ce syndicat est encore confronté aux mêmes problèmes dont la résolution, à cause de l'augmentation du nombre de médecins acupuncteurs, devient de plus en plus pressante.

Deux problèmes sont en effet toujours d'actualité à la moitié des années 1960 et ils le demeurent encore aujourd'hui : la position de l'acupuncture dans la nomenclature de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) - donc le statut de remboursement de l'acupuncture en tant qu'acte médical -, et le statut du médecin acupuncteur dans les Conventions proposées par la Sécurité Sociale et auprès du Conseil de l'Ordre des médecins.

3.b. La position de l'acupuncture dans la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

En 1949 le syndicat avait obtenu que la séance d'acupuncture soit remboursée comme K2. Jusqu'en 1968, pour ce qui est de l'acupuncture dans la nomenclature nationale des actes médicaux, tout reste pratiquement inchangé. En janvier 1968, le docteur Henri Eraud, Président du SNMAF, et le Conseil d'Administration du syndicat décident de relancer une nouvelle demande de relèvement de l'acte d'Acupuncture auprès de la Commission Permanente de la Nomenclature. Ensuite, « une abondante correspondance jalonne les années 72-73-74, sans aucun résultat tangible »¹. En octobre 1974, enfin, l'acte médical K5 est attribué à la consultation d'acupuncture.

À la suite de cette publication le Président du syndicat écrit ainsi :

Je sais bien que K5 ne représente qu'une satisfaction partielle de nos revendications, puisque nous demandions K7. Cependant, partant de K2, cela constitue une augmentation de 150% qui, dans l'esprit des représentants des Caisses, est un maximum ; c'est déjà une étape, un point de départ ultérieur pour une revendication fondée sur de

¹ « Assemblée ordinaire et extraordinaire du syndicat national des acupuncteurs », *Revue française d'acupuncture*, janvier - mars 1975, p. VI.

nouveaux développements de l'Acupuncture. En outre, cela nous différencie du généraliste, K5 étant supérieur à C. Enfin, j'ai accepté cette proposition de K5 en vue de sauvegarder les intérêts des acupuncteurs au cas où la prochaine Convention serait plus contraignante et ne permettrait plus de se déconventionner.¹

Dans ces phrases, nous percevons que le travail pour parvenir à se faire reconnaître par les institutions fut long et difficile. De plus, ce qu'ils obtiennent ne gratifie pas complètement les médecins acupuncteurs. Avec l'aspiration à la reconnaissance de l'acupuncture dans le monde institutionnel de la médecine, ces médecins voudraient aussi une forte réévaluation de la part de la Sécurité Sociale de leur acte médical. Dans une note du SNMAF de France il est dit :

La sous cotation du K5 qui définit l'acte d'acupuncture à la nomenclature des actes professionnels par rapport au C pénalise l'exercice des médecins acupuncteurs, sachant que l'acte d'acupuncture est à la fois diagnostique et thérapeutique, voire préventif. Il devrait en découler en toute logique une cotation C + K5 ou une lettre correspondante propre à l'acupuncture.²

Une dizaine d'années plus tard une nouvelle acquisition est proposée aux médecins acupuncteurs. Dans le *Journal Officiel* de décembre 1982 il est dit :

Traitement d'acupuncture comportant l'ensemble des recherches diagnostiques et la thérapeutique par l'application des aiguilles et/ou de tout autre procédé de stimulation des points d'acupuncture,

Par séance :

Pour les cinq premières7

Pour les suivantes.....5³

¹ « Assemblée ordinaire et extraordinaire du syndicat national des acupuncteurs », *Revue française d'acupuncture*, janvier février mars 1975, p. VI-VII.

² Fresnet P., « Note », 1975 ou 1976, texte manuscrit sans date ni lieu de publication. Remarquons que, en 1977, les tarifs de la nomenclature sont équivalentes à : Actes en K 7,20 fr. ; C omnipraticien 32 fr. ; C Spécialiste 48 fr. Ces tarifs seront légèrement augmentés pendant de l'année pour devenir : Actes en K 7,60 fr. ; C Omnipraticien 34 fr. ; C Spécialiste 51 fr.

³ *Journal Officiel de la République Française*, n.c. 11563, 29 décembre 1982.

La nouvelle décision de la Commission de la Nomenclature veut dire que les cinq premières séances d'acupuncture sont remboursées par la Sécurité Sociale comme K7, pour les séances suivantes comme K5.

Malgré cela, les litiges se multiplient entre les médecins acupuncteurs et la Sécurité Sociale qui doit approuver les dossiers de remboursement, et le syndicat des médecins acupuncteurs qui aide et conseille les médecins lorsqu'ils sont en difficulté dans l'affirmation de leurs droits d'exercice ; le syndicat soutient également les malades dans leurs droits au remboursement¹.

Les remises à jour de la Convention Nationale - que le gouvernement avait mis en place en 1960 - comportent toujours des difficultés, sinon des dangers, pour la position des médecins. De plus, en 1971, une nouvelle convention est signée. Elle prévoit que seulement les Fédérations ou les syndicats nationaux auront les qualités pour engager le corps médical (et non plus les organisations départementales)². Cela veut dire que toutes les conventions nationales naissent d'un accord entre les syndicats et la Sécurité Sociale.

Un peu plus tard, en 1980, naît le secteur II, c'est-à-dire le secteur des médecins conventionnés avec dépassement d'honoraires. Par conséquent, les médecins appliquant le tarif pour lequel le patient est remboursé au maximum deviennent les médecins conventionnés, secteur I (tandis que les patients des médecins du secteur II ne sont remboursés que partiellement). Enfin, certains médecins demeurent non-conventionnés, ils ne profitent donc pas des avantages fiscaux et sociaux qui sont garantis pour les médecins conventionnés, mais n'ont aucune limite ni aucun contrôle de leurs tarifs.

Pour les médecins acupuncteurs, le problème de se conventionner ou non reste difficile à résoudre. Si, d'un côté, être conventionné procure des avantages, de l'autre, l'obligation de respecter les tarifs imposés par la convention et la nomenclature rend la pratique de l'acupuncture contraignante puisqu'elle n'est pas souvent suffisamment rentable pour les praticiens. Bien sûr, la création du secteur II rend l'installation des jeunes médecins acupuncteurs plus facile. Puisque les consultations d'acupuncture des médecins acupuncteurs français demandent des temps bien plus longs que celles d'un médecin généraliste conventionnel, le fait de pouvoir dépasser l'honoraire fixé par la Sécurité Sociale permet aux médecins acupuncteurs de pouvoir travailler avec des tarifs plus élevés

¹ Cf. : Eraud H., « La page du Syndicat », *Revue française d'acupuncture*, juillet - septembre 1977, p. 105-106.

² Cf. : Le Faou L., *L'économie de la santé en question*, Paris, Ellipses, 2000.

que s'ils étaient conventionnés en secteur I et au même temps de recevoir moins de patients.

Malgré cela, des problèmes persistent puisque se déconventionner ou passer d'un secteur à l'autre n'est pas toujours possible. Cette limitation fait que certains médecins décident de ne pas se conventionner, pratiquant donc la profession de manière libérale. Dans ce dernier cas de figure, bien évidemment, le coefficient de la nomenclature reste un élément très important pour motiver la pratique de l'acupuncture.

Dans cette période de ferveur des activités du SNMAF de France une démarche intéressante est mise en place par le président, le docteur Fresnet en 1979, qui est reprise d'une manière plus approfondie en 1981. Il s'agit d'une enquête questionnaire sur les modalités d'exercice de l'acupuncture. Les résultats de cette enquête sont reportés d'une façon détaillée dans « la page du syndicat » de la *Revue française d'acupuncture*. Ces résultats montrent que sur les 206 médecins qui ont répondu au premier questionnaire, en 1979,

$\frac{3}{4}$ des médecins acupuncteurs sont conventionnés, que parmi ceux-ci comme parmi les non conventionnés un quart pratique l'acupuncture exclusivement, que plus de 6 médecins conventionnés sur 10 et près de 8 médecins non conventionnés sur 10 font moins de 20 actes par jour.

En matière d'honoraires, l'analyse est plus difficile, car le champ des exercices est étendu et diversifié. Selon l'association ou non d'autres thérapeutiques à l'acupuncture, selon le droit à dépassement permanent, selon les conditions particulières de certains médecins non conventionnés. Mais les pourcentages relatifs des sous-groupes dans les fourchettes d'honoraires donnent une image modulée et raisonnable dans le respect du tact et de la mesure.¹

L'enquête menée en 1981, qui est plus précise que la précédente, vise à comprendre quel est : le pourcentage des médecins conventionnés - et en quel secteur - par rapport aux non conventionnés (les résultats sont repartis en trois groupes différents), le dépassement du nombre d'actes par jours, le dépassement des honoraires et la répartition géographique. Les 249 médecins qui ont répondu au questionnaire sont divisés en 3 groupes : le groupe 1 comprend les médecins conventionnés en secteur I, le groupe 2 les médecins

¹ Fresnet P., « La page du syndicat », *Revue Française d'Acupuncture*, n° 21, janvier-mars 1980, p. 85-86.

conventionnés en secteur II, le groupe 3 les médecins non conventionnés. Les résultats de l'enquête sont ainsi résumés par le docteur Pierre Fresnet :

Au total, il ressort de cette enquête les grandes lignes suivantes :

La moitié des médecins acupuncteurs exercent dans le secteur 2, à honoraires libres.

Un tiers des médecins acupuncteurs exercent l'acupuncture exclusivement. Parmi les 2/3 non exclusifs 61% exercent simultanément l'homéopathie, 31% la médecine générale, 18% l'ostéopathie.

Pratiquement, 70% ont répondu sans se réfugier dans l'anonymat et leurs réponses ont été corroborées par celles de ceux qui ont répondu de façon anonyme (1/3).

Peu de droit à dépassement : 4% et peu de changement souhaité : 5%. Donc stabilité dans le choix conventionnel de départ. [...]

Les dépassements en pourcentage d'actes par jour suivent une augmentation croissante mais logique du groupe 1 au groupe 3.

Les dépassements en pourcentage d'honoraires suivent la même progression, mais restent pour chacun des groupes dans les limites raisonnables, y compris dans les groupes non conventionnés.

La cotation fait apparaître une grande diversité, mais elle est le reflet à la fois de conditions d'exercice différentes, des possibilités de la nomenclature dans sa forme actuelle et de la sous-évaluation du K 5 (au moment de l'enquête C = 50fr., K = 9,50fr, K5 = 48fr). Une revalorisation du K5 à K7 ferait vraisemblablement disparaître un certain nombre de ces variables.

La répartition géographique révèle que les médecins acupuncteurs exercent dans 51 départements, le Sud-Est, le Sud-Ouest, et la Région parisienne venant en tête pour les médecins conventionnés, régions auxquelles s'ajoutent l'Est, l'Ouest et Paris pour les médecins à honoraires libres. Pour les médecins non conventionnés, Paris regroupe le plus fort pourcentage, suivi du Sud-Est et de l'Ouest, devançant la Région parisienne, le Centre et le Sud-Ouest.¹

Les résultats de ces enquêtes sont des données importantes qui permettent d'avancer des demandes ou de répondre, avec les résultats à la main, aux insinuations des responsables administratifs, aux politiques ou aux médias. C'est grâce à ces résultats que le SNMAF, en 1982 à l'occasion d'une remise à jour des actes cliniques de la nomenclature,

¹ Fresnet P., *Op. Cit.*, 1982, p. 78-79.

arrive à obtenir l'augmentation de la valeur de la cotisation de K5 à K7 auprès de la Sécurité Sociale.

Nous voyons que, lentement, les acupuncteurs arrivent à faire progresser leur position de médecins à l'intérieur du système sanitaire français, mais le chemin n'est pas facile. En effet, plusieurs démarches doivent encore être entreprises dans le but d'une reconnaissance institutionnelle.

3.c. Le statut du médecin acupuncteur auprès du Conseil de l'Ordre des médecins

Le deuxième problème fondamental à affronter par le syndicat se pose au début des années 1970, quand le nombre de médecins orientés vers l'acupuncture augmente d'une façon inattendue, et que la reconnaissance des médecins acupuncteurs par l'Ordre des médecins devient de plus en plus important. L'argument le plus fort sur lequel les médecins acupuncteurs s'appuient, c'est la reconnaissance de l'enseignement dans les facultés de médecine. Cette reconnaissance demandera plusieurs étapes, un certain nombre d'années et beaucoup de négociations.

Dans cette perspective, naît la Confédération Nationale des Associations Médicales d'Acupuncture de France suite à la proposition du docteur Chamfrault, et grâce à l'initiative des médecins représentant quatre associations françaises d'acupuncture : l'Association Française d'Acupuncture, l'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture, le Groupe Lyonnais d'Études Médicales et la Société Méditerranéenne d'Acupuncture. L'idée remonte à 1968, comme le dit le docteur Monnier :

Le projet de cette confédération est étudié au cours d'un repas en juin 1968, à la Closerie des Lilas. À cette réunion sont représentés l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France, l'Association Française d'Acupuncture, le Groupe Lyonnais d'Etude Médicale, l'Organisation pour l'Etude et le Développement de l'Acupuncture et la Société Méditerranéenne d'Acupuncture.

[...] Cette confédération est officiellement créée en février 1969, les sociétés de fondation de la Confédération sont : l'AFA, GLEM, OEDA, SMA. L'ASMAF s'est récusée.

En hommage à son idée créatrice, le premier poste de Délégué Général est confié au docteur Chamfrault.¹

¹ Monnier R., « Historique », *Revue française d'acupuncture*, octobre - décembre 1977, p. XXIV-XXV.

C'est toujours le docteur Monnier qui expose le but de cette Confédération en ouverture du Congrès Mondial, en mai 1969 :

Grâce à leur parfaite compréhension et leur esprit de collaboration, l'idée de Confédération permet aux Sociétés Française d'Acupuncture d'établir des liens qui, tant sur le plan de la confraternelle amitié que de l'étude scientifique, faciliteront la mise en œuvre des ressources matérielles et intellectuelles des Acupuncteurs Français pour une œuvre commune, l'essor et l'organisation de l'Acupuncture en France.¹

Concrètement, le rôle de la Confédération est de préparer un programme d'enseignement de base commun à toutes les écoles membres. Cette démarche est considérée comme fondamentale vis-à-vis de l'Ordre des Médecins, dans la tentative de faire reconnaître l'acupuncture comme une véritable spécialité médicale. Autour des années 1980, la Confédération - avec le syndicat qui complète les données des sociétés qui ne sont pas inscrites à la Confédération, voire à l'ASMAF - crée un annuaire des médecins acupuncteurs de France. En 1978, il comptait 5385 médecins exerçant l'acupuncture et 3522 élèves ; en 1979, il comptait déjà 5835 médecins acupuncteurs² et, en 1981, 8265 médecins en exercice et 5093 médecins en formation³. En 1983, 9676 médecins acupuncteurs sont recensés par l'ensemble des Sociétés et Associations d'Acupuncture sur le territoire Français.⁴

Notons que dans la Confédération l'ASMAF n'est pas présente. Les contrastes et l'éloignement entre l'AFA et l'association des élèves de Soulié de Morant resteront encore d'actualité pendant plusieurs années, voire des décennies⁵.

En 1972 le Secrétaire du SNMAF au III^{ème} congrès de la Confédération des Associations Médicales d'Acupuncture s'exprime ainsi :

En effet, il ne peut être question de reconnaissance par l'Ordre des Médecins sans un enseignement officiel en Faculté. Il n'est pas exclu que de différents côtés et pour des

¹ Monnier R., « Séance solennelle », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier-février-mars 1970, p. 12.

² Cf. : Fresnet P., « La page du Syndicat », *Revue française d'acupuncture*, octobre - décembre 1979, p. 79.

³ Cf. : Fresnet P., « Indices socioéconomiques de l'acupuncture », texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

⁴ Cf. : Fresnet P., « Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France », p. 5, texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

⁵ Ce n'est qu'en 1997 - au moment de la fondation de la F.A.FOR.ME.C. - que toutes les sociétés et associations françaises d'acupuncture ou de médecine chinoise seront réunies dans une seule Fédération.

motifs divers un tel enseignement démarre dans des temps relativement brefs. Il serait dans l'intérêt de tous qu'un programme minimum commun soit élaboré et pour cela qu'une base commune soit définie afin d'assurer une certaine homogénéité qui rende fiable cette thérapeutique.¹

Effectivement, la Confédération s'occupe de préparer un plan d'étude commun à toutes les écoles qu'elle rassemble, peu après sa création qui date de 1969. Les médecins qui terminent leur cursus d'études reçoivent un Diplôme Confédéral d'Acupuncture. Ce diplôme répond à plusieurs exigences, comme le montre le docteur Fresnet dans une lettre qu'il adresse au docteur Carlotti qui était le rapporteur du dossier « Droit aux titres en acupuncture de l'Ordre des Médecins » :

Vis-à-vis du public qui désire s'informer et des malades qui se font traiter, il est la garantie de la qualité du niveau du doctorat en médecine occidentale et de l'acquisition de connaissances en acupuncture sanctionnée après un cycle de 3 années d'étude par ce diplôme.

Vis-à-vis des autres médecins Français et Européens, il rappelle que l'obtention de ce diplôme correspond à une formation analogue à celle des autres spécialités. Bien que se rapportant à une médecine différente ce diplôme confirme donc un niveau de compétence théorique et pratique rappelant celui des autres spécialisations occidentales. A ce titre, il est un élément essentiel dans la recherche d'une reconnaissance par l'Ordre des Médecins, sinon *de jure*, au moins *de facto*, quant aux conditions de rigueur et de sérieux. [...]

Vis-à-vis des autres acupuncteurs, ce diplôme permet une identification bien sûr par rapport aux autodidactes, à plus forte raison par rapport aux acupuncteurs improvisés, fussent-ils des médecins.²

Selon le SNMAF de France, il serait donc envisageable de pouvoir être au moins partiellement reconnus par le Conseil de l'Ordre des Médecins. Cela pourrait comporter, par exemple, la possibilité de se définir comme médecin acupuncteur sur les plaques professionnelles et sur les en-têtes des ordonnances. Mais, comme le témoigne le rapport

¹ Fresnet P., « Communication III congrès de la Confédération des Association Médicales d'Acupuncture », texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

² Fresnet P., « Lettre au docteur Carlotti, rapporteur du dossier droit aux titres en acupuncture, 3^{ème} section », jeudi 27 janvier 1973. Texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

moral de l'Assemblée Ordinaire du SNMAF de France qui se tient en décembre 1972¹, les médecins acupuncteurs n'obtiendront pas de réponse avant juin 1974. En effet, le Bulletin de l'Ordre National publie le rapport du docteur Carlotti du 26 juin 1974, où il est dit :

Certains médecins pratiquent volontiers certains actes ou emploient des méthodes particulières de traitement. Il est licite de les autoriser à en avertir les malades. [...] C'est ainsi qu'un médecin peut prévenir ses patients de son orientation qui l'amène à pratiquer l'acupuncture ou l'homéopathie.²

À ce propos, le docteur Fresnet, qui en 1977 est le Président du SNMAF, répond à l'Ordre National par le biais de l'Ordre des Médecins de son département (les Yvelines) avec une proposition « pour les critères de formation minimale permettant de faire état du 'titre' d'acupuncteur ». Dans la proposition nous trouvons l'argumentation suivante :

Le Conseil Départemental des Yvelines se demande selon quels éléments il est possible d'accorder ou de refuser cette autorisation d'informer les malades de ces orientations.

Il semble qu'il faille définir des critères correspondants à l'acquisition des connaissances minimales dans ces disciplines.

Or le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs et la Confédération des Associations Médicales d'Acupuncture imposent précisément une sélection aux médecins désireux d'entrer dans leurs groupements, pour avoir accès à leur formation médicale continue et pour figurer dans leur annuaire.

Il faut en effet être titulaire du diplôme confédéral de médecin acupuncteur, décerné après 3 ans d'études sanctionnées chacune par un examen et par la remise d'un mémoire en fin de cycle. [...]

Il nous apparaît sous cet éclairage, que la formation à laquelle se soumettent les médecins acupuncteurs, ressort du même esprit de perfectionnement dans une orientation

¹ « Un certain nombre de nos correspondants soulèvent le problème de l'indication de l'acupuncture sur les plaques professionnelles et les en-têtes d'ordonnances. Il est exact, en effet, que le titre d'acupuncteur ou homéopathe' ayant trait à une spécialité non encore reconnue ne peut, conformément au Code de déontologie, figurer ni sur une liste officielle, ni dans un annuaire, ni sur une plaque professionnelle. Par contre, les Conseils départementaux admettent généralement une tolérance sur les feuilles d'ordonnance, en se basant sur le fait que l'article 12 du Code Déontologique stipule que peuvent être mentionnées sur les feuilles d'ordonnance les indications 'qui facilitent les relations du médecin avec ses patients'. En dernier ressort, il reste la possibilité de porter la mention 'Membre du Syndicat des Médecins Acupuncteurs' ». Eraud H., « Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, Assemblée Générale du 16 décembre 1972 », *Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1973, p. 53.

² Cité in: « Assemblée ordinaire et extraordinaire du Syndicat National des Acupuncteurs », *Revue française d'acupuncture*, janvier février mars 1975, p. VII.

plus particulière d'un certain mode d'exercice médical, selon des critères sérieux et un contrôle dont ils assurent la charge.

Il semble que ce devrait être le rôle des Conseils départementaux de l'Ordre d'assurer au moment de leur installation ce contrôle effectif de l'acquisition des connaissances des praticiens voulant orienter les malades vers leur mode d'exercice particulier.¹

Cette proposition trouve certainement une bonne écoute puisque dans le rapport de l'Assemblée Générale de l'Ordre National des Médecins de juin 1982 il est dit :

Pour ce qui concerne l'homéopathie et l'acupuncture, le Conseil National a déjà jugé et il semble que de plus en plus, pour éviter les marginalités, les incompétences, il faudra tendre à un contrôle de formation qui ne peut s'opérer qu'avec l'Université et les Syndicats professionnels qui sont à même de définir les critères de formation et les modalités d'exercice et envisager la reconnaissance d'une compétence officielle.²

À partir de ce moment ce sera le SNMAF qui donnera l'accord pour l'inscription des médecins au titre d'acupuncteur. En effet, l'Ordre National des Médecins, suite à l'augmentation du nombre des médecins pratiquant l'acupuncture, avait reconnu cette pratique comme un « état de fait de compétence ». Déjà en 1979, sur la liste des qualifications et des titres reconnus par l'Ordre, elle était classée comme « orientation » médicale puisque l'acupuncture ne relève pas d'une formation universitaire : elle manquait donc d'une reconnaissance officielle³. Dans le même document de 1981, l'attitude vis-à-vis de l'acupuncture (aussi bien que de l'homéopathie) semble plutôt ouverte et bien prédisposée à reconnaître le sérieux de cette pratique médicale (ainsi que l'homéopathie qui, dans les documents formels, est souvent associée à l'acupuncture) :

En effet, l'acquisition de connaissances approfondies indispensables à l'application de ces méthodes oblige à plusieurs années d'études spéciales ; le point de départ et le cadre

¹ Ordre de Médecins, Conseil départemental des Yvelines, « Exercice de l'Acupuncture », 12 octobre 1977, texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

² Ordre National des Médecins, « Assemblée Générale, Travaux de la Commission Nationale Permanente », 12 juin 1982, p. 8.

³ Cf. : Conseil National, *Liste des qualifications, titres et orientations reconnus par le Conseil National*, 20 janvier 1979, p.3. Dans l'entrée « modes d'exercice » les orientations dont un médecin peut faire état sont l'acupuncture et l'homéopathie.

de leur enseignement différent de façon notable des études médicales classiques, cet enseignement commence à se faire dans certaines facultés.

Par ailleurs le mode d'exercice de ces deux orientations suppose une réelle compétence et fait l'objet d'un exercice exclusif pour le tiers des médecins qui les exercent. [...]

Or, bien que ce ne soit pas un critère absolu, le fait d'un exercice exclusif tend à accréditer la notion d'une spécialisation et par voie de conséquence d'une qualification.¹

À cette lecture, nous comprenons que l'acupuncture gagne un certain prestige et que des critères de compétences lui sont reconnus, qui peuvent aussi lui valoir une qualification. Nous n'assistons pas à l'institutionnalisation de l'acupuncture en tant que spécialité médicale : elle sera cantonnée jusqu'à nos jours à une « orientation » médicale. Néanmoins, le moment de l'apparition de l'enseignement d'acupuncture dans les universités approche.

3.d. La Formation Médicale Continue et l'organisation du travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France

Toujours pour assurer une position de plus en plus stable et reconnue aux médecins acupuncteurs, le SNMAF de France met également en place, en mai 1975, la Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France qui a le statut d'association et qui est composée des mêmes associations adhérentes au SNMAF de France.

Sa création est la réponse du SNMAF aux décrets nationaux de juillet et décembre 1971, relatifs à la formation continue et aux fonds d'assurance-formation.

Nous lisons dans son statut les buts de la nouvelle association :

Cette Association a pour but exclusif l'application de la Loi du 16 juillet 1971. Elle fournira aux associations, ainsi qu'aux médecins isolés, les moyens matériels pour une formation médicale continue. Ses moyens d'action sont des conférences, tables-rondes, travaux de groupe et éventuellement la publication d'un bulletin.

Elle se propose, dans la mesure de ses moyens, de coordonner les activités de formation médicale continue des Associations d'acupuncture.²

¹ Ordre National des Médecins, « Assemblée Générale, Travaux de la Commission Nationale Permanente », 12 juin 1982, p. 13.

² Statuts de l'Association: Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France, p. 1.

En collaboration avec la Confédération Nationale des Associations d'Acupuncture elle établit les crédits d'heures pour les séminaires, les cours de perfectionnement, les congrès. En outre une commission comprenant les représentants du syndicat et des différentes sociétés d'acupuncture, détermine les équivalences en crédits d'heures et accorde la délivrance des attestations pour chaque module de 20 heures de formation. Les critères qui donnent accès à la formation continue sont les mêmes que ceux qui conditionnent l'appartenance à la Confédération et au syndicat et l'inscription à l'Annuaire des Médecins acupuncteurs. En effet, il faut être titulaire du diplôme fédéral lequel est décerné après trois années d'étude et la remise d'un mémoire en fin de cycle. Ou bien il faut appartenir régulièrement à une société ou association médicale d'acupuncture depuis 1967 et attester d'exercer l'acupuncture depuis cette date.

En 1978, la Formation Médicale Continue des Médecins Acupuncteurs de France est admise à l'U.N.A.FOR.ME.C.¹. Cela permet le versement d'aides de la part de l'État sous forme de financements pour l'organisation de séminaires et de congrès organisés par les Associations membres de la Confédération et du SNMAF de France (puisqu'il s'agit des mêmes associations rassemblées sous la houlette de la Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France).

Enfin, pour mieux gérer l'important travail que le syndicat se trouve à avoir à coordonner, les responsables, en 1979, ont proposé la création de trois groupes de travail.

Un premier groupe qui s'occupe d'études techniques sur l'exercice de l'acupuncture (modalités d'exercice de l'acupuncture : nombre de séances, association avec d'autres actes, utilisation du laser, etc.) ; un deuxième groupe axé sur les relations avec l'Ordre et les pouvoirs publics (modalités de reconnaissance de l'exercice de l'acupuncture, modes d'actions auprès du ministère de la Santé, des Caisses d'Assurance Maladie, politique vis-à-vis des illégaux, reconnaissances des équivalences, etc.) ; et un troisième qui entretient les relations avec les intermédiaires chargé de l'information du public (la presse, la radio, la télévision, les associations des consommateurs, etc.). Les médecins membres de chacun de ces groupes sont appelés participer avec leurs contributions.

¹ L'U.N.A.FOR.ME.C. (Union Nationale des Associations de FORMation MEDicale Continue) est une association savante qui rassemble aujourd'hui 1400 associations locales regroupant plus de 37.000 médecins. L'U.N.A.FOR.ME.C. est aussi l'organisme devenu officiel pour l'intermédiation entre les pouvoirs publics et les associations de formation médicale continue.

De plus des centres régionaux sont mis en place en 1978 par le président du syndicat, le docteur Fresnet qui demande aux médecins plus actifs dans les villes de Provence de se rendre disponibles comme références pour les autres médecins de leur région. En 1980 il y avait six divisions régionales avec une trentaine de représentants.

3.e. La lutte contre le illégaux, le cas Laville-Mery

Dans les passages que nous avons cités précédemment, nous trouvons plusieurs allusions à l'importance d'un niveau de formation certifiée. En effet, la seule possibilité pour gagner une position institutionnelle, comme nous l'avons déjà vu, c'est de garantir aux médecins acupuncteurs une formation équivalente aux spécialités déjà reconnues, pour ce qui est du sérieux, du nombre d'années et d'heures d'étude. Il est donc fondamental, pour ces médecins acupuncteurs, de se distinguer de tous ceux qui ont acquis quelques compétences en acupuncture sans avoir suivi de cursus complet et des non médecins qui pratiquent l'acupuncture illégalement.

Le syndicat fait plusieurs efforts afin de reconnaître la compétence en acupuncture aux seuls médecins ayant acquis un véritable diplôme. Un des nombreux cas de dénonciation contre un non médecin pratiquant l'acupuncture commence en 1972.¹ Il s'agit de « l'affaire Laville-Méry » qui restera longtemps l'exemple même de l'efficacité du SNMAF de France dans la lutte contre les illégaux.

La dénonciation par le SNMAF de Charles Laville donne suite à un premier procès duquel l'accusé ressort innocent. Il semble qu'à la suite de ce procès

...ont été publiés quantité d'articles erronés montrant la confusion des journalistes et des magistrats, concernant l'exercice de l'acupuncture.²

Le syndicat ne laisse pas l'affaire se conclure sur ces « confusions » et porte un recours auprès de la Cour d'Appel. Il revendique l'acupuncture comme un acte médical et affirme qu'elle ne doit être pratiquée que par des médecins. De plus, le syndicat et la Confédération Nationale des Médecins Acupuncteurs de France :

¹ Entre 1972 et les années 1980 dans presque toutes « les pages du Syndicat » de la *Revue française d'acupuncture* il y a un paragraphe « la lutte contre les illégaux » ou, du moins, quelques lignes sur les procès aux praticiens hors loi.

² Eraud H., *Op. Cit.*, 1973 -1^o, p. 54.

...attirent l'attention des Pouvoirs Publics sur les conséquences dangereuses pour la santé publique qu'aurait le maintien de telles conclusions, en ouvrant une brèche dans le domaine médical, où s'engouffrerait toute la cohorte des illégaux, guérisseurs, magnétiseurs, herboristes, chiropracteurs, etc., qui, entrant dans la définition d'exercice telle qu'elle ressort des attendus, pourrait faire courir des risques sérieux à la population, de nombreux masseurs se croyant d'ores et déjà habilités à pratiquer l'acupuncture.¹

En 1973 l'affaire Laville semble se terminer : le syndicat réunit une importante documentation sur l'acupuncture afin d'informer le Président de la Cour d'Appel, et deux membres du syndicat (les docteurs Darras et Niboyet) fournissent toutes les informations nécessaires pour montrer la valeur très discutable de l'Institut et du Diplôme délivré à Hong Kong, dont l'accusé réclame l'obtention pour justifier sa compétence. Ensuite, le 21 juin 1973, monsieur Charles Laville est déclaré coupable et condamné à payer 4000 francs d'amende.

Quelques années plus tard, il change son nom en Laville-Méry² et revient à l'exercice de l'acupuncture. Le syndicat prend vraiment la chose à cœur et ne permet pas à monsieur Laville-Méry de continuer à pratiquer l'acupuncture librement.

Le 9 mai 1978, la Cour du Tribunal de Versailles émet son jugement et monsieur Laville-Méry est condamné :

Suite à une plainte de l'Ordre des Médecins pour exercice illégal de la médecine, M. Laville-Méry – qui en premier jugement avait été condamné à une somme symbolique - se voit infliger une amende de 2000 F ferme et 2000 F de dommages et intérêts au profit du syndicat des médecins et médecins acupuncteurs, et la révocation de la dispense d'inscription au casier judiciaire.³

Ce procès est exemplaire parmi ceux que le SNMAF de France intente. Il permet d'affirmer le pouvoir médical de l'acupuncture :

Il ne fait aucun doute que cet arrêt fera jurisprudence et contribuera à une meilleure connaissance de l'acupuncture dans les milieux juridiques. C'est une évolution qui

¹ Eraud H., *Ibidem*, p. 55.

² Cette information nous a été donnée par l'ex-président du Syndicat des Médecins Acupuncteurs qui a suivi de près l'affaire Laville-Méry. La femme d'un médecin interviewée nous a dit : « Méry c'est son nom de résistance qu'il a eu l'autorisation de garder.. ».

³ « Au procès de l'acupuncture. Condamnation sévère pour le Sangermanois Charles Laville-Mery », *Courrier Républicain*, 17 mai 1978.

correspond à l'intérêt que porte les patients et les médecins à l'acupuncture et à une meilleure compréhension de sa place dans la médecine d'aujourd'hui par les pouvoirs publics.¹

Mais qui est donc ce monsieur Laville-Méry ? Un médecin qui l'a connu personnellement nous en parle :

La première fois que je l'ai rencontré il avait un béret basque, c'était un gros bonhomme très gentil, genre Jacquou le Croquant, voyez...

Laville-Méry était cuisinier. Il était cuisinier sur un cargo. Et un jour il a eu un lumbago. Il s'arrête à Taiwan, on le débarque sur un brancard, et il y avait un Chinois du bord qui était cuisinier aussi, qui dit : « Moi je connais un monsieur ..., un vieux monsieur, on va le faire soigner. » On le transporte, une heure après il était dehors : plus de lumbago. Voilà Laville-Méry qui tombe amoureux de l'acupuncture. Au prochain voyage il reste là, il quitte le cargo et s'installe à Hong Kong, comme jeune chez un cuisinier Chinois. Comme il n'était pas idiot, qu'il connaissait bien la cuisine, il a fait une petite partie française et le restaurant attirait beaucoup de monde. Il n'était pas très bien payé, alors il disait que, pour gagner sa vie, le soir, après le restaurant, il avait gardé des estomacs de lapins et des vessies de lapins, remplis de sang avec un petit peu d'anticoagulant dedans, et il organisait des combats de Chinois pour les touristes. Alors il regroupait des Chinois, des copains cuisiniers, ils se mettaient tout de suite dans une ruelle, des couteaux à la main, et ils attendaient le coup de sifflet. Alors Laville-Méry faisait visiter le quartier de Hong-Kong. Il disait aux touristes « mais vous savez dans ce quartier, il y a des bagarres de Chinois, si vous voulez le voir, je vous dis où il faut aller. » Alors qu'ils étaient à un carrefour, au coup de sifflet tous les types sortaient, ils faisaient semblant de se battre, ils avaient des vestes remplies de vessies de lapins avec du sang partout...

Il faisait de l'argent comme ça ! Bien sûr il connaissait le Docteur Chang de Hong-Kong. Il était d'ailleurs, si l'on peut dire, son élève. Il l'avait rencontré, il avait pris des leçons, et puis de temps en temps il allait voir le vieux Chang. Plus tard il est rentré en France, il s'est installé à Saint Germain en Laye...

(F-30)

La formation à l'acupuncture de ce personnage relève du roman et ne représente probablement qu'une partie très modeste de la formation à l'acupuncture des

¹ Fresnet P., « Affaire Laville-Mery », texte manuscrit dont nous ne connaissons pas le lieu de publication ni la date précise.

praticiens non médecins de l'époque. Cependant, dans les années 1970, le nombre des acupuncteurs non médecins augmente. Ils se regroupent et cherchent à défendre la qualité de leur travail et de leurs compétences.

L'opposition des médecins des deux associations en conflit (L'AFA - par le biais du syndicat - et l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France) nous intéresse également dans cette « affaire Laville-Méry ». Ainsi, certains médecins de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France ne considèrent pas que l'exercice de l'acupuncture par des non-médecins soit répréhensible. Nous pensons par exemple au docteur Borsarello¹ qui dans l'affaire Laville-Méry prend ouvertement partie pour l'accusé et le défend au cours du premier procès en 1972. Voici ce qu'il déclare :

Alors le jour [du procès] arrive, j'y vais en tenue de colonel. Damien [l'avocat de Laville-Méry] dit « Voyez, il y a un médecin colonel de l'armée de l'air qui est venu, je lui laisse la parole. » Moi je vais à la barre, je parlais en public depuis toujours, ça ne me gênait pas du tout. J'ai dit « Ecoutez monsieur Laville-Méry il fait de l'exercice illégal de la médecine, c'est certain. » ...

Alors le président me dit : « Est-ce que l'acupuncture est un geste médical ? ». Je commence à parler, il me dit : « Répondez-moi par oui ou par non. » Et moi : « je ne peux pas. Je vais répondre non, mais laissez-moi dire juste une phrase : un geste médical, ça s'apprend à la faculté de médecine. Et l'acupuncture ne s'apprend pas à la faculté de médecine. Donc ce n'est pas un geste médical. »

Un cri dans la salle, tous les journalistes : « ...c'est un scandale ! » Bref, il est acquitté. Ce n'est pas un geste médical. C'était la première fois qu'on faisait un grand tralala comme ça avec l'acupuncture. Cette affaire a fait connaître l'acupuncture. Mais oui !²

(docteur Jean Borsarello)

Dans les cas de Laville-Méry - ainsi que dans toutes les défenses des accusés -, au moment des procès pour acte illicite de la profession médicale, l'argument de la défense est d'affirmer « l'acupuncture comme un acte non-médical », puisque les illégaux affirment qu'ils ne forment pas de véritable diagnostic, ou alors, comme dans le cas de la réponse de Borsarello, parce que l'acupuncture manque d'un statut officiel du point de vue institutionnel.

¹ Cf. : Borsarello J., *Mes combats pour l'acupuncture*, Paris, Albin Michel, 1994.

² Cf. : Borsarello J., *Op. Cit.*, 1994, p. 109-111.

Cependant, le problème que le syndicat doit affronter est celui de la place des non médecins dans la pratique de l'acupuncture qui dépasse la simple « lutte contre les illégaux » en utilisant l'accusation d'exercice illégal de la médecine.

Effectivement, des non médecins sont formés à l'étranger : à Hong-Kong, en Chine ou en Thaïlande dans des cours rapides pour Occidentaux, qui délivrent des diplômes payants de médecin acupuncteur. Mais ils sont également formés en France, par des médecins qui acceptent d'enseigner l'acupuncture à des non-diplômés en médecine tout en faisant partie du personnel paramédical¹. Ces personnes intéressées à la pratique de l'acupuncture se réuniront rapidement de manière à lutter pour leur propre reconnaissance en tant qu'acupuncteurs. En novembre 1978, la question de donner un statut d'acupuncteur aux non médecins est posée à l'Assemblée Nationale. Le Ministre de la Santé, Simone Veil, répond de la façon suivante :

L'acte d'acupuncture est un acte médical en ce qu'il a une finalité thérapeutique. Son exécution présuppose un diagnostic que seul un médecin est apte, par sa formation, à poser. Étant donné, par ailleurs, les conséquences qu'il peut avoir, cet acte médical ne doit être appliqué que par des docteurs en médecine. Il ne paraît pas opportun d'envisager d'en déléguer l'exécution à un auxiliaire médical.²

La prise de position du Ministre de la Santé en faveur des médecins acupuncteurs résonne comme une conquête importante pour le syndicat – nous la trouvons citée dans plusieurs numéros de la *Revue française d'acupuncture* –. Cette affirmation renforce ce qui avait été décidé dès 1953 par l'Académie de Médecine et le ministère de la Santé : le droit de pratiquer l'acupuncture est réservé aux seuls médecins (et dentistes).

3.f. Les Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France après 1980

Nous avons vu les démarches mises en place par le SNMAF de France dès sa naissance jusqu'à la fin des années 1970. Les premiers pas accomplis par cette association affrontent les problèmes concernant l'acupuncture et son organisation vis-à-vis des institutions gouvernementales, la défense de la professionnalisation des médecins acupuncteurs et de leurs conditions de travail. Ces problèmes restent dans les grandes lignes les mêmes

¹ La plupart des acupuncteurs non médecins formés en France à cette époque étaient des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des infirmiers, des ostéopathes.

² Veil S., « Page du Syndicat », *Revue française d'acupuncture*, janvier - mars 1979, p. 80.

jusqu'à nos jours, avec des changements qui s'avèrent sensibles à partir de 1985 et après la création du Diplôme Inter Universitaire (en 1987).

Au début des années 1980, après l'obtention de l'augmentation de la cotisation auprès de la Sécurité Sociale de K5 à K7, qui, comme nous l'avons vu, devient effective en 1982, une question qui reste toujours d'actualité est la lutte contre les illégaux et le respect des critères de formation à l'acupuncture établis par la Confédération Nationale des Associations Médicales d'Acupuncture de France et par le SNMAF de France.

3.g. Les médecins acupuncteurs confrontés aux praticiens non médecins

La condition qui est propre à la pratique de l'acupuncture française, celle d'être réservée uniquement aux médecins ayant obtenu leurs titres de médecins conventionnels, est continuellement remise en question. Ces problèmes de réglementation et de respect de la position acquise par les médecins acupuncteurs viennent, non seulement des associations de praticiens non médecins qui se créent sans cesse en France et qui s'organisent entre elles pour la défense de leurs droits, mais aussi de l'évolution au niveau international des médecines non conventionnelles, dont l'acupuncture fait partie.

Citons comme exemple les démarches de la *European University of Traditional Chinese Medicine* en 1983 qui affirme avoir négocié avec une commission de la Communauté Européenne le statut européen de l'acupuncture. Cette même *European University of Traditional Chinese Medicine* prétend aussi avoir le droit de délivrer un diplôme européen d'acupuncture sous l'égide du Parlement européen¹. En réalité il ne s'agit pas d'une reconnaissance au niveau européen de l'acupuncture comme technique de soin qui pourrait être pratiquée par les non médecins, les affirmations de l'*European University of Traditional Chinese Medicine* étant fallacieuses. Néanmoins cela montre une pression importante, qui commence dans les années 1980, de la part d'autres pays européens auprès du Parlement pour la reconnaissance d'un statut pour les praticiens de l'acupuncture là où elle n'est pas réservée aux médecins (tel qu'elle est en France et en Italie) statut identique à celui d'autres thérapies non conventionnelles.

En 1991, le député au Parlement Européen et président du groupe des Verts, Paul Lannoye, prend partie pour la médecine non conventionnelle et il se bat pour la formulation d'une « résolution sur le statut des médecines non conventionnelles » qui est

¹ Cf. : « La page du Syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 36, octobre - décembre 1983, p. 71-72.

rendu formel en mai 1997. Pendant ces années les médecins acupuncteurs français semblent rester un peu exclus des mouvements au niveau européen concernant les médecines non conventionnelles, comme il apparaît dans les déclarations du président du SNMAF de France, le docteur Hubert Rich qui, en 1993, assiste à une réunion au Conseil Européen à Strasbourg :

Reste, plus spécifiquement pour nous le grand problème de ce qui se manigance pour tenter de reconnaître, si je peux le dire, l'illégalité.

Par le biais de l'Europe. Le principe est simple : tenter de faire voter par le Conseil de l'Europe une résolution qui officialiserait, moyennant certaines conditions de diplômes à mettre en place, l'exercice par des non médecins de certaines disciplines telles que la nôtre, l'homéopathie, les différentes formes de chiropraxie, la phytothérapie, etc. J'ai assisté pour vous à une réunion préparatoire de deux jours à Strasbourg le mois dernier, mais nous étions, Paul Lauwers, Christian Rempp et moi tout à fait noyés au milieu d'une cinquantaine d'illégaux et leurs juristes, tous plus arrogants les uns que les autres.

Le jeu est mené par un Belge, Paul Lannoye, député européen. Il s'agit d'un personnage très au fait des choses, profondément impliqué dans leur bonne fin et remarquable coordonnateur. Nous avons pu nous exprimer librement, mais, comme de bien entendu, nous étions les seuls de notre avis. [...] La partie n'est ni perdue ni gagnée, mais elle impose la plus grande vigilance.¹

Il est donc vrai que le SNMAF aura de plus en plus du mal à faire en sorte que la pratique de l'acupuncture reste réservée aux seuls médecins². En fait, bien que légalement l'acupuncture ne peut être pratiquée que par des médecins, en France, les associations de non médecins continueront à proliférer et à gagner de l'importance jusqu'à aujourd'hui, où certaines écoles ouvertes aux non médecins forment un nombre important de praticiens acupuncteurs. Ces écoles non seulement assurent la formation, mais elles travaillent pour créer des réseaux européens et internationaux très bien consolidés. De plus elles entretiennent des relations étroites avec la Chine, notamment elles ont comme enseignants

¹ Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 74, avril-mai 1993, p. 81. Le docteur Hubert Rich succède au docteur Pierre Fresnet en 1984 et restera Président du Syndicat National de Médecins Acupuncteurs de France jusqu'à la fin de l'année 1993.

² Pour ce qui en est de la réaction des médecins français à la « Résolution du statut des médecines non conventionnelles » venant de l'action du député Paul Lannoye au Parlement Européen voir aussi : Lawers P., « Réflexion concernant le projet du ministre Colla visant à réglementer les médecines non conventionnelles », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, novembre 1998, p. 9-10. Voir aussi le rapport du docteur Grunwald D., « Pratiques médicales non éprouvées », session du Conseil national de l'Ordre des médecins, septembre 1997.

uniquement des professeurs chinois. Sans compter les acupuncteurs qui se forment de plus en plus souvent en Extrême-Orient, dont le cas de Laville-Méry – que nous venons de traiter - fut l'un des premiers exemples de l'expansion de ce phénomène (bien que monsieur Laville-Méry ait acquis une connaissance de la médecine chinoise peut-être supérieure à certains médecins acupuncteurs, sans passer par les filières organisés plus récemment). Avec des cours ou des stages très rapides et parfois très coûteux, organisés spécialement pour les Occidentaux, les praticiens venant d'Europe peuvent acquérir un diplôme venant des institutions extrême-orientales.

Cette augmentation des praticiens acupuncteurs non médecins devient peu à peu impossible à tenir sous contrôle par le SNMAF de France.

La position prise actuellement par le syndicat est exprimée par les déclarations d'un médecin interviewé :

Pour nous les médecins, l'acupuncture est avant tout thérapeutique, il faut un diagnostic, donc automatiquement cela comporte des pratiques qui peuvent être exercées uniquement par des médecins. Donc, de là à faire des procès à des non médecins, ça ne sert à rien, parce que les procès ne sont pas gagnés, ils coûtent très cher...On va gagner quoi?...notre rôle est plutôt de faire de la promotion médicale de l'acupuncture à travers les media plutôt que d'attaquer des gens...

(F.25)

En plus du problème des acupuncteurs non médecins, et malgré le travail de contrôle de l'exercice de la profession mis en place par la Confédération Nationale des Associations d'Acupuncture et par le syndicat, en France, dans les années 1980 un nombre important de médecins se déclare acupuncteurs sans nécessairement avoir obtenu un diplôme reconnu par les organismes de formation et de contrôle mis en place par les médecins acupuncteurs mêmes. Le problème de la non reconnaissance formelle (au niveau du ministère de la Santé et du Conseil de l'Ordre des Médecins) et institutionnelle (au niveau universitaire) est entre autre la conséquence d'un manque de rigueur dans l'exercice de la profession, ou pour mieux dire de l'« orientation » médicale de l'acupuncture (comme elle avait été définie par le Conseil de l'Ordre des Médecins en 1979). Avec la remarquable diffusion de l'acupuncture pendant les années 1970 et 1980, et par conséquence l'augmentation du nombre de médecins – et de non médecins - pratiquant l'acupuncture, les organisations mises en place par les premières associations

d'acupuncteurs, dont nous avons montré l'évolution et le travail, ne suffisent plus à garantir les niveaux de la formation établis par eux, et une pratique correcte de l'acupuncture. Que ce soit le SNMAF de France et la Confédération ou des associations privées, elles n'ont aucun pouvoir formel, elles sont donc dépassées par la création d'une multitude d'autres associations ou organisations qui naissent en France. Cela comporte la perte de l'estime et de certains résultats difficilement acquis auprès des institutions du gouvernement (comme nous pouvons le lire dans les paroles du docteur Rich que nous allons citer).

Mais il ne s'agit pas que du début d'un nouveau phénomène, les médecins acupuncteurs dans les années suivantes auront beaucoup de difficultés à conserver les droits acquis et à défendre la condition de leur pratique.

3.h. Les oppositions de la Sécurité Sociale à la cotation des actes d'acupuncture

En fait, déjà en 1985 le SNMAF de France se trouve confronté à plusieurs graves problèmes avec la gestion sanitaire nationale. Tout d'abord les problèmes d'opposition de la part de la Sécurité Sociale aux dossiers de remboursement des actes médicaux des médecins acupuncteurs, pénalisent ces derniers. Comme le dit le docteur Rich :

Une inflation extrêmement importante des actes en K7 n'a pas échappé aux ordinateurs de la Sécurité sociale. En sont responsables de nombreux médecins qui camouflent de la sorte certains actes qui n'ont rien à voir avec l'acupuncture. [...]

Il y a sans doute bien 8000 « acupuncteurs » en France, mais moins que 1000 sont effectivement diplômés à la suite d'études s'échelonnant sur trois ans, avec examen chaque année et soutenance en fin de cursus d'un mémoire, le tout sur un programme minimum défini par la Confédération nationale des associations d'acupuncture.

Il est certain que cette petite minorité d'acupuncteurs effectivement qualifiés n'a que très peu joué dans l'avalanche des K7 qui ont été soumis à remboursement. Mais en raison (*sic*) de l'universalité du titre de docteur en médecine. Le seul garde-fou pouvant être mis en place a été de faire passer l'acte d'acupuncture au-dessous de la barre du C.

Les multiples discussions que j'ai pu avoir au ministère, je me suis toujours heurté à cet impératif financier, et je n'avais aucune solution de rechange, qui pût être acceptée, à proposer.¹

¹ Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 41, janvier - mars 1985, p.63.

La conséquence de ce qui est exprimé par le docteur Rich dans cette citation est que la cotation du remboursement pour l'acte d'acupuncture qui avait été obtenue en 1982 aux prix d'énormes effort (pensons au travail du docteur Fresnet ancien Président du syndicat et aux enquêtes questionnaires) sera abaissé. À partir de 1985 un acte d'acupuncture sera coté comme K6 pour les premiers trois actes d'une série de séances et après K5, avec l'impossibilité de renouveler des K6 pour le même patient dans les six mois après la dernière séance.

Ces restrictions sont vécues comme une opposition importante de la part de la Sécurité Sociale non seulement concrètement, pour ce qui en est du travail des médecins acupuncteurs, mais aussi pour l'impact de l'acupuncture sur les structures de gestion du système national de santé.

Voyons quelles sont les revendications du syndicat auprès de ces institutions réclamant des droits plus convenables à leur pratique :

La pression de plus en plus importante exercée pas les caisses de Sécurité Sociale sur, en particulier, les médecins acupuncteurs, au titre du tact et de la mesure, amène les réflexions suivantes.

Cette notion de « tact et mesure », ne peut s'évaluer qu'au cas par cas, en étudiant les parties en présence.

Côté médecin : le fait qu'à qualification égale, omnipraticien ou spécialiste, il a été produit un investissement intellectuel supplémentaire, évaluable par le cursus individuel suivi par l'intéressé et le temps qu'il y a consacré. Au niveau de l'acte lui-même, il faut prendre en considération le fait que chaque acte d'acupuncture est précédé d'une double consultation : celle relevant de l'exercice qui nous a été enseigné durant nos études de base (démarche indispensable pour détecter, éventuellement, une pathologie qui nécessiterait le recours à une autre thérapeutique et qui justifierait, si besoin était, l'obligation absolue d'être docteur en médecine), plus celle découlant de perfectionnement spécifique. S'y ajoute, bien évidemment, le temps variable selon les cas, mais jamais inférieur à quinze minutes, de l'acte technique, aiguilles ou moxas, ou les deux à la fois, ce qui porte la durée totale de nos interventions à une demi-heure, au minimum.

Côté malade : il y a lieu de tenir compte du nombre de séances, de leur fréquence, des exigences éventuelles, comme des moyens dont il dispose pour faire face aux dépenses exposées.

Pour toutes ces raisons, il est impossible de quantifier nos actes autrement qu'au cas par cas, évaluation ne pouvant être appréciée, en tout état de cause, du fait de son

caractère spécifique, que par le seul Conseil de l'Ordre, au regard des règles de déontologie qui nous sont opposables.

Je voudrais, enfin, rappeler que l'acupuncture ne coûte à la Sécurité Sociale, au titre du remboursement uniforme, quel que soit l'honoraire, que la somme dérisoire de 54 F pour les trois premiers actes, 45 F pour les suivants. Cette somme est à rapprocher des 64 F pour un C, ou des 94 F pour un CS, d'où, en dehors de toute autre considération, le non-sens d'une appréciation sous-évaluée, qui oblige la plupart des praticiens à se réfugier dans le secteur II, seule planche de salut.

Ne pas oublier, par ailleurs, que les prescriptions que nous pouvons être amenés à faire, sont le plus souvent nulles, ou à tout le moins réduites.

On ne comprend donc pas très bien le mauvais procès qui nous est fait par un organisme qui ne devrait avoir qu'à se féliciter du concours de praticiens aussi peu coûteux.¹

La longue citation syndicale nous montre dans les détails les revendications de ces médecins qui vivent leur condition de travail avec frustration. En fait, ils ne se sentent pas appréciés équitablement dans les actes qu'implique leur travail, comme nous le montre le docteur Rich. Leur formation n'est pas reconnue, les temps des consultations ne sont pas considérés. Notons que nous retrouvons ici les plaintes et les problèmes de reconnaissance des médecins généralistes concernant leurs modalités d'exercice². En fait la position du médecin acupuncteur dans le cadre professionnel médical français est celle d'un médecin généraliste mais avec, comme Rich le dit dans les passages qui sont cités ci-dessus, une formation supplémentaire (la médecine chinoise) et des temps de consultations plus longs par rapport à tout autre médecin généraliste. Les médecins acupuncteurs, en effet, sont définis par l'Assurance Maladie comme des MEP (Médecins à Exercice Particulier)³. Nous verrons que cette condition de travail défavorable pour les médecins acupuncteurs (encore

¹ Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 56, octobre – décembre 1988, p. 81-82.

² Cf. : Muel-Deryfus F., « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, septembre 1984, p. 70-71 ; Jaisson M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, p. 31-35 ; Bungener M., Baszanger I., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Bungener M., Baszanger I., Paillet A., *Quelle médecine voulons nous ?*, Paris, La Dispute, 2002, p. 19-34.

³ Font partie de cette catégorie les médecins acupuncteurs, homéopathes, médecine manuelle. Il s'agit pour la plus grande partie de médecins omnipraticiens. Ce groupe de médecins existe pour l'assurance-maladie depuis 1980 et une liste des disciplines qui sont pratiquées par les M.E.P. est élaborée autour de 1995. Les médecins acupuncteurs et homéopathes pratiquant une « orientation » (reconnue comme telle par le Conseil de l'Ordre des médecins) constituent un groupe à part qui recueille la majorité des M.E.P. Cf. Aubé P., *Le médecin à exercice particulier*, décembre 1995, texte manuscrit sans date ni lieu de publication.

plus défavorable que pour les médecins généralistes non acupuncteurs) sera cruciale pour la suite de la diffusion de cette pratique médicale.

Notons, en ce domaine, l'observation du docteur Rich à propos des coûts des consultations d'acupuncture qui est contenue dans le texte que nous venons de citer. Le président du syndicat attire l'attention sur l'intérêt économique de la consultation d'acupuncture pour la Sécurité Sociale. Largement considérée comme une médecine élitaine, l'acupuncture est ici présentée comme très peu coûteuse pour les caisses de la Sécurité Sociale. Les acupuncteurs soignent leurs patients avec aiguilles et moxas, faisant un nombre très réduit de prescriptions de médicaments aussi bien que d'exams et d'analyses (qui comportent des coûts très lourds pour la Sécurité Sociale). Le discours autour des évaluations économiques de la pratique de l'acupuncture mériterait d'être traité à part, mais retenons pour l'instant l'argument avancé par SNMAF de France pour défendre la position de l'acupuncture dans le cadre de la Sécurité Sociale française.

Avant de montrer comment évolue par la suite la condition d'exercice de l'acupuncture notons aussi que la situation fragile de l'affirmation de l'acupuncture en France à partir des années 1985 est influencée aussi par la campagne contre le Sida. Quand, à partir de 1980, le nombre de malades augmente de manière incontrôlable, la piqûre par aiguilles des séances d'acupuncture devient un élément de crainte important.¹ Les médecins acupuncteurs devront aussi se défendre des accusations de contaminations possibles dues à l'utilisation d'aiguilles non correctement stérilisées².

3.i. La suppression du secteur à honoraires libres (le secteur II)

La condition de travail pour les médecins acupuncteurs ne s'améliore pas quelques années plus tard, autour des années 1990. Nous le lisons bien dans les interventions du président du syndicat, le docteur Rich, qui à partir de 1991 débute ses articles dans la rubrique destinée au syndicat de la *Revue française d'acupuncture* avec des phrases alarmistes sinon désespérées. En 1991 il adresse une lettre à tous les médecins acupuncteurs qui commence ainsi :

¹ Voir parmi d'autres articles adressés aux médecins acupuncteurs : « Infos », *Revue française d'acupuncture*, n°44, octobre – décembre 1985, p. 96 ; « Infos », *Revue française d'acupuncture*, n°45, janvier - mars 1986, p. 101.

² C'est justement entre 1985 et 1990 que les aiguilles jetables deviennent de plus en plus employées, pour arriver jusqu'à nos jours où pratiquement tous les médecins acupuncteurs se servent de ces aiguilles, ayant abandonné les aiguilles en métaux précieux qui devaient être stérilisées.

Mon cher confrère,

L'heure est grave.

Pour les médecins, d'une manière générale, avec une convention qui est au bout de son rouleau, avec une enveloppe globale qui nous pend au nez comme un sifflet de deux sous, avec une commission de la Nomenclature entièrement aux ordres puisque les médecins libéraux y sont minoritaires, avec des avenants tarifaires non honorés, avec des obligations légales puisque conventionnelles, non respectées s'agissant de la réouverture du secteur II, avec la diarchie Bianco-Durieux-Bérégovoy & CNAMIS dont nous faisons les frais des rivalités intestines, sinon opportunistes [...], avec la réforme de l'Ordre qui, sous couleur de transparence, va annihiler le maigre rempart qu'il représentait en dépit de ses imperfections, avec... mais vous complétez vous-mêmes la litanie.

D'où la nécessité absolue, je dis bien absolue, de vous joindre avec votre famille, vos employés, ceux de vos malades que vous aurez su convaincre, à la Manif de masse du dimanche 17 novembre.¹

Cette lettre est envoyée pour inciter tous les médecins acupuncteurs à descendre dans la rue afin de manifester contre l'exclusion des M.E.P. du secteur à honoraires libre, autrement dit le secteur II. L'exclusion des médecins acupuncteurs ou la suppression du secteur II est vraiment vue par ces médecins comme une atteinte énorme à leur possibilité de travail, comme l'explique le docteur Rich dans son article :

Compte tenu de la place dévolue par la nomenclature à notre discipline, les honoraires conventionnels sont de 74,40 francs pour les trois premières séances et 62 francs pour les suivantes, séances d'une durée minimale de trente minute. Et, comme la même Nomenclature dispose en son article 5 que les soins ne peuvent être dispensés qu'à un seul malade à la fois, le taux honoraire du médecin acupuncteur en secteur I se situe donc entre 124 francs et 148,80 francs.

D'où la nécessité absolue pour l'acupuncteur exclusif de choisir le secteur à honoraires libres, pour de simples raisons de survie économique.²

Malgré les difficultés que la suppression du secteur à honoraires libres comporte pour les médecins acupuncteurs et pour tous les MEP, celle-ci est mise en place à partir de 1993.

¹ Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 68, octobre - décembre 1991, p. 82-83.

² Rich H., *Ibidem*, p. 84.

Cette année même le docteur Rich disparaît soudainement, après avoir consacré les derniers dix ans de sa vie à des luttes et à des combats pour défendre la cause des médecins acupuncteurs :

Ce travailleur infatigable va trouver là [la présidence du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France] un rôle à la hauteur de sa soif d'activité et de ses capacités d'organisation et de communication. Dans un moment où le syndicalisme médical est en lutte ouverte avec les caisses de la Sécurité Sociale et avec le Gouvernement, il se dépense sans compter, de jour et de nuit, se débattant au milieu des pires difficultés, [...]

Hubert, toute l'Acupuncture est en deuil. Les acupuncteurs de France te doivent beaucoup. Leur dette de gratitude doit marquer à jamais ton nom sur la liste de ceux qui ont bien œuvré pour la reconnaissance et le respect de cette science, qui fut pour toi, sur le plan intellectuel, ta joie de vivre.¹

Le portrait du docteur Hubert Rich qui est tracé par le docteur Monnier dans cet article dont on vient de citer un extrait nous montre encore une fois l'abnégation d'un médecin vis-à-vis du destin de l'acupuncture dans la communauté médicale française.

Après la mort du docteur Rich, le docteur Jean-Pierre Hemery prend sa place comme président du SNMAF². Les problèmes rencontrés par le syndicat ne changent pas au fil des années, devenant au contraire de plus en plus difficiles à gérer. Sachons en effet que les difficultés rencontrées par le syndicat pour mener à bonne fin ses objectifs sont entre autres choses aggravées par des moyens économiques réduits par rapport aux années 1970-1980. Si sous la présidence du docteur Fresnet et du docteur Rich certaines démarches ont été possibles (les enquêtes menées en 1979 et 1981, les services d'un avocat pour défendre les droits du syndicat), une fois le Diplôme Inter Universitaire créé, les associations privées arrêtent leurs cours, et, comme nous l'avons vu, elles rencontrent de gros problèmes économiques qui très probablement se répercutent sur le SNMAF de France (nous rappelons que le syndicat est très lié à l'AFA). De plus, le nombre des médecins acupuncteurs diminue progressivement au fur et à mesure que les conditions

¹ Monnier R., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 76, octobre-décembre 1993, p. 82.

² Le docteur Hemery restera le président du Syndicat jusqu'en 2005 quand le docteur Patrick Aubé prendra sa place.

d'exercice deviennent désavantageuses pour leur pratique, ce qui pour le syndicat veut dire chaque année moins de rentrées venant des cotisations¹.

En 1998 le docteur Jean-Pierre Hemery ouvre son éditorial de la revue du SNMAF de France en s'exprimant ainsi :

Nous nous devons d'être optimistes mais cela ne signifie pas non plus : se voiler la face... Les difficultés que nous rencontrons dans notre exercice quotidien auraient plutôt tendance à rebuter les confrères désireux de s'orienter vers notre approche. Le peu d'engouement pour s'inscrire au DIU de la part des jeunes en est, je crois, le reflet.

Le médecin acupuncteur est actuellement une proie facile pour les médecins conseils des caisses de Sécurité Sociale. Les conditions imposées par la nomenclature, les codes de Sécurité Sociale poussent le médecin acupuncteur à la « faute » au regard des textes :

- La Cotisation de l'acupuncture à K5 et K6 dans le NGAP est un acte de ségrégation totalement injustifié. Le dossier pour une demande de modification de la nomenclature concernant l'acte d'acupuncture est actuellement prêt. Des contacts et des pourparlers sont actuellement en cours avec le SML et la CSMF pour essayer de faire passer le dossier vers la commission de révision de la nomenclature. La conjoncture conventionnelle ne nous est guère favorable.
- « L'article 5 » obligeant à la présence du praticien près du patient pendant toute la durée de l'acte n'est pas sans poser des problèmes. Entre autres celui de la définition de l'acte d'acupuncture. Où est son début, où est sa fin ? [...]

Il est indispensable de trouver une solution de bon sens à proposer aux caisses de Sécurité Sociale et nous nous y employons.²

Nous voyons que l'attitude du docteur Hemery ne s'écarte pas de celle de son prédécesseur, la situation de la pratique de l'acupuncture en France demande au syndicat un gros travail pour défendre les droits gagnés et pour essayer d'améliorer la situation.

¹ En effet à partir des la moitié des années 1980 reviennent régulièrement les appels à cotisation dans les pages du syndicat ou dans les éditoriaux du bulletin du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France.

² Hemery J.-P., « Quel avenir pour l'acupuncture ? », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, novembre 1998, p. 1.

3.1. Les dernières années du travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France

Avec la mise en place du plan de réforme de la Sécurité Sociale de la part du Premier Ministre Alain Juppé, en 1996, le SNMAF de France se trouve à nouveau face à des problèmes de réorganisation professionnelle. Pour ce qui en est de la réforme de la nomenclature, le syndicat demande que les conditions de pratique des médecins acupuncteurs soient revues. Ainsi s'exprime le docteur Hemery :

Nous réclamons une cotation décente avec un acte médical reconnu. Les homéopathes ont droit à une cotisation « C » puisqu'ils font des prescriptions systématiques. Mais les vertébrothérapeutes et les acupuncteurs ne délivrent pas d'ordonnances à la moitié de leurs patients. La consultation est cotée « K6 » pour les trois premières séances, « K5 » pour les suivantes (63F). Ce n'est pas viable, surtout pour les jeunes acupuncteurs. Nous réclamons donc près de la commission de la nomenclature une révision de la cotation avec un « C » pour l'acte intellectuel (diagnostic) et un « K » pour l'acte technique.¹

Toujours dans le cadre de la même réforme sanitaire est introduite dans le Code de la santé publique l'obligation de la formation médicale continue pour les médecins (libéraux et hospitaliers)². Le syndicat à cette occasion prend l'initiative de soutenir et promouvoir la création d'un organisme centralisateur pour la formation médicale continue en acupuncture. En janvier 1997 naît la F.A.FOR.ME.C. (Fédération des Acupuncteurs pour une FORMation MEDicale Continue) qui a pour but de réunir les différentes approches à l'acupuncture, par le biais des représentants des différentes associations et garantir une formation continue des médecins acupuncteurs qui est le fruit de la confrontation entre ces différentes approches.

Enfin au début de l'année 2000 la CNAM (Caisse National Assurance Maladie) demande à l'ANAES (Agence Nationale d'Evaluation Scientifique)³ si l'acupuncture est

¹ Hemery J.-P., « Organiser la profession », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, mars 1996, p. 11.

² Journal Officiel du 25/04/96.

³ « L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) créée dans le cadre de la réforme Juppé de la Sécurité sociale est l'héritière de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) dont les missions ont été élargies. Etablissement public de l'Etat à caractère administratif, elle a pour mission de favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans la cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique, de mettre en œuvre

validée afin de savoir si elle justifie sa place dans la future nomenclature. Cette procédure d'information met en alerte les médecins acupuncteurs français qui, après avoir fait recours à la commission évaluation de la F.A.FOR.ME.C. pour répondre aux exigences avancées par l'ANAES décident de créer une Société Savante, le Collège Français d'Acupuncture qui est formellement actif en novembre 2002.

L'acupuncture française actuellement s'organise autour de quatre structures :

Le SNMAF de France, la F.A.FOR.ME.C., le Collège Français d'Acupuncture et le Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture.

Nous verrons plus en détail comment les trois dernières organisations se structurent et travaillent. Mais il faut encore souligner ici que, malgré les difficultés de travail et la situation de plus en plus inconfortable des conditions d'exercice de l'acupuncture, autour de 1985 et pendant quelques années, au niveau des institutions et du ministère de la Santé apparaît un intérêt croissant les médecines non conventionnelles. Cela apportera des changements importants dans l'enseignement de l'acupuncture, nous verrons comment se met en place la naissance des Diplômes Inter Universitaires d'Acupuncture et quelles sont les démarches qui précèdent cette décision universitaire. Mais, malgré l'obtention de ce nouveau cadre d'enseignement et d'une nouvelle institutionnalisation de la pratique de l'acupuncture, les conditions de travail des médecins déjà acupuncteurs ou des jeunes médecins ne changent guère, sinon pour se détériorer.

En France les problèmes de la condition de travail de ces médecins ne sont pas pris en compte dans les changements institutionnels, le regard semble tourné vers une définition et une reconnaissance des contenus de l'acupuncture et de son savoir, sans nécessairement s'occuper de la mise en œuvre de cette pratique.

la procédure d'accréditation des établissements de santé et de participer à l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et de contribuer à son développement. ». Keller B., *Les acteurs du système de soins français*, Paris, Bailleière, 2004, p. 36.

4. La Société Internationale d'Acupuncture

La fusion des deux principales sociétés d'acupuncture françaises en 1965 ne change pas grand-chose pour ce qui est de l'activité de la Société Internationale d'Acupuncture (SIA). Le président, le docteur Gillet, garde son rôle avant, pendant et après la réunion de la Société Française d'Acupuncture et de la Société d'Acupuncture. En 1966, au moment de la création de l'Association Française d'Acupuncture, la Société Internationale reste liée à l'association ayant pris la place de la Société Française d'Acupuncture. L'organe de référence est donc la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*. À la fin de l'année 1967, le docteur Gillet abandonne sa charge de président et le docteur Chamfrault, déjà président de l'Association Française d'Acupuncture, prend sa place. Il faut noter que, dans le conseil d'administration apparaissent un médecin allemand et un médecin autrichien. Pendant plusieurs années, l'activité principale de la SIA consiste dans l'organisation des congrès. Nous rappelons celui de mai 1969, organisé à Paris. Ce congrès est resté célèbre non seulement parce que, pour la première fois 26 pays du monde y sont représentés, mais aussi pour l'engagement du docteur Chamfrault dans l'organisation de ce congrès. Le docteur Chamfrault est certes présent à Paris pour le congrès, mais, hélas, il reste dans sa chambre en raison de la grave maladie qui le fera disparaître peu de temps après¹. Au congrès, sa place est prise par le docteur Monnier qui ouvre l'événement en regrettant l'absence du docteur Chamfrault.

Après la disparition de Chamfrault, le poste de président de la SIA est pris par le docteur de J. C. de Tymowski qui organisera en 1971 le XVII congrès de la SIA à Baden-Baden. En 1973 est organisé le XVIII congrès. L'année 1973 correspond au trentième anniversaire d'activité de la SIA. Encore une fois, les communications les plus remarquables de ce congrès sont centrées sur l'anesthésie par acupuncture. C'est ce qui est souligné dans le « Bilan des activités de la SIA pour 1973 » :

Succès d'une part par le nombre des congressistes [...] et surtout par la qualité des exposés, qui a été reconnue par des professeurs de faculté, dont le Professeur BOSSY de la Faculté de Nîmes- Montpellier, le Professeur FAURE de la Sorbonne, et par des représentants du D^r RAUBICHON, Professeur d'anatomie à la Faculté de Nîmes- Montpellier, ainsi que plusieurs chirurgiens, dont le D^r VALETTE de Marseille, et des anesthésistes venant pour la plupart des services hospitaliers de la Région parisienne.

¹ Cf. : *Revue Internationale d'Acupuncture*, avril - juin 1969.

Confrontation entre les anesthésies classiques, et l'anesthésie par acupuncture, qui a été très suivie et a remporté un vif succès, ne serait-ce que lorsque le D^r VALETTE a dit : « J'ai dû modifier ma technique chirurgicale grâce à l'anesthésie par acupuncture, agissant avec plus de douceur. J'ai également été surpris par le contact humain au cours d'une césarienne, entre la patiente, son enfant et le chirurgien »¹

Au début des années 1970 l'acupuncture française gagne en renommée, de plus les travaux d'anesthésie comptent parmi les principaux domaines d'application de cette thérapeutique à l'époque. Comme il est dit à l'occasion de ce congrès, l'anesthésie avec acupuncture conduit à confronter les moyens thérapeutiques conventionnels et les possibilités offertes par la thérapie avec aiguilles. De plus les médecins acupuncteurs se retrouvent à travailler, en contexte hospitalier, avec des médecins conventionnels (très souvent des chirurgiens).

Mais, la SIA ne s'occupe pas uniquement des congrès internationaux, elle chapeaute aussi les « Journées d'Acupuncture » qui sont organisées dans chaque pays membre. En 1970 par exemple sont organisées les Premières Journées Italiennes d'acupuncture à San Remo, en Italie ; la SIA avait comme délégué un des vice-présidents, le docteur Nguyen Van Nghi. La même année se tiennent les IX Journées de la Société Allemande d'Acupuncture (qui est depuis plusieurs années affiliée à la SIA) ainsi que d'autres journées d'étude en France. En 1970 en Espagne aussi, l'acupuncture commence à prendre sa place ; des cours universitaires sont y organisés, présentés par le président de la SIA, le docteur de Tymowski. L'année suivante (en 1971) les « Journées d'Acupuncture » se multiplient, les pays qui entretiennent des relations avec la SIA sont de plus en plus nombreux : la Suisse, la Corée, le Japon, outre l'Italie, l'Autriche et l'Allemagne, qui faisaient depuis longtemps partie de la SIA. De plus, la SIA, en tant que représentante de l'acupuncture française, est appelée à participer à plusieurs congrès et réunions internationales. En décembre 1971, par exemple, à Washington est organisée une rencontre entre les fonctionnaires du National Institute of Health et des universitaires américains pour préparer le voyage de Nixon en Chine en 1972 et pour discuter de l'enseignement de l'acupuncture aux Etats-Unis. À cette réunion, grâce à l'intermédiaire du responsable de la SIA aux Etats-Unis, le docteur Fox, prennent part des représentants de la SIA venant de

¹ « Bilan des activités de la SIA pour 1973 », *Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1974, p. 61.

France¹. Ainsi, dans de nombreuses autres occasions internationales, des représentants de la SIA sont appelés à donner leur contribution².

4.a. Les premiers voyages en Chine

La SIA servait aussi de référence pour les premiers voyages en Chine des médecins acupuncteurs, comme le note un programme des activités de l'année 1973 :

Poursuivant le rôle d'information objective de la SIA, nous pensons utile de signaler les :

VOYAGES en Chine qui ont été effectués au cours de l'été par les Membres Actifs ou Associés de notre SOCIETE notons :

- 1- Le voyage des Drs DARRAS, KESPI, NGUYEN VAN NGHIE.
- 2- Le voyage des Drs NIBOYET, JARRICOT, REGARD.
- 3- Le voyage des Drs BISCHKO et KOENIG de Vienne (Autriche).
- 4- Le voyage du Dr KAO physiologue des U.S.A.
- 5- Le voyage du Dr ROCCIA, chirurgien de Turin.

Nous voyons donc que la Chine s'est ouverte petit à petit aux acupuncteurs du Monde Occidental et que tous les candidats sont liés à la Société Internationale d'Acupuncture.³

À cette époque les voyages des acupuncteurs sont comptés et suivis comme quelque chose d'assez exceptionnel. Ces premiers voyages en Chine sont également compris dans le « rôle d'information objective » de la Société Internationale.

Le docteur Darras, revenu de son voyage, publie un compte rendu de son expérience qui l'amène à visiter Bangkok, Chieng-Mai, Hong-Kong, Tokyo, Kyoto, Nara, Singapour pour revenir en France en passant par le désert d'Arabie, le Nil, les pyramides et l'Italie. Il décrit son arrivée à Bangkok de la façon suivante :

...arrivés à Bangkok [...] Et d'emblée c'est le charme de l'Orient : temples innombrables, couleurs chatoyantes, coupoles dorées, buddhas en or massif, végétation

¹ Cf. : « Compte rendu moral de la Société Internationale d'Acupuncture », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1973, p. 57-63.

² Cf. : Tous les comptes rendu des assemblées ou des bilans des activités de la Société Internationale d'Acupuncture publiés sur la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*.

³ « Compte rendu moral de la Société Internationale d'Acupuncture », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1973, p. 57-63, p. 60.

luxuriante, arbres « flamboyants » par centaines. Mais aussi population pittoresque et attachante, aimable, souriante. Et un curieux mélange de modernisme et de traditionalisme.¹

Il offre aussi des annotations « professionnelles », ce qui nous fait penser qu'il ne s'agissait pas uniquement d'un voyage de plaisir :

Visite professionnelle chez le Professeur Lok Yee Kung [à Hong-Kong] qui nous reçoit de façon chaleureuse avec une immense courtoisie. Les conférences qu'il nous fait, ainsi que les démonstrations, nous permettent de voir dans quel esprit est pratiquée localement l'acupuncture : c'est vraiment l'acupuncture traditionnelle chinoise, telle que nous la concevons. Les explications physiologiques et physiopathologiques sont fondées sur les énergies et les cinq éléments. Et tout procède d'un raisonnement parfaitement logique. Les moxas sont couramment utilisés, soit sous forme de petits cônes d'armoise placés sur la peau, avec ou sans l'intermédiaire d'une tranche d'ail ou de gingembre, soit sous forme de « holder », sorte de boîte de moxa, avec un manche, et contenant un gros cigare d'armoise agglomérée qui se consume lentement en dégageant un rayonnement intense de chaleur. Très utilisées aussi les aiguilles chauffées, tout simplement en fixant sur l'enroulement de l'aiguille une grosse boule d'armoise que l'on enflamme.²

Nous lisons une note presque d'étonnement, et au même temps de réconfort, dans les mots du médecin quand il affirme avoir trouvé à Hong-Kong « vraiment l'acupuncture traditionnelle chinoise ». La « vraie acupuncture traditionnelle » existe et elle semble ressembler au travail fait par les médecins acupuncteurs français de l'époque. Malgré cela, les techniques de soin utilisées par le médecin de Hong-Kong semblent plus élaborées que celle utilisées par les médecins français. En effet le docteur Darras s'attarde sur la description de l'utilisation du moxa, qui en France n'est pas encore très souvent employée.

À Tokyo, il est emmené, avec les autres médecins participants à ce voyage, dans une clinique d'acupuncture, et il raconte ce qu'il a pu observer :

Après la cérémonie du thé et les paroles de bienvenue, nous suivons la consultation. Une grande salle, avec des lits d'examen séparés par de minces cloisons. Le praticien utilise beaucoup les aiguilles locales, et assez fréquemment les aiguilles à

¹ Darras J.-C., « Impressions d'Extrême-Orient », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, avril -juin 1972, p. 19/379.

² Darras J.-C., *Ibidem*, p. 19/379.

demeure, qu'il laisse en place quelque jours ou même quelques semaines. Ce sont de très fines et très petites aiguilles maintenues par un sparadrap. Les résultats sont, paraît-il, très favorables sur des algies, en zones. Cette technique, utilisée par un certain nombre de confrères en France ne paraît pas y avoir, de loin, l'extension qu'elle a au Japon. Probablement existe-t-il à cela une raison majeure : les patients ne sont pas dans la même disposition d'esprit et l'acceptent moins facilement. Autre technique couramment utilisée ; le maniement, selon un geste extrêmement rapide, de petites roulettes à crans, ou à pointes, qui sont passées sur une région douloureuse – ou sur une portion de trajet de méridien. Il en résulte une rubéfaction locale, que l'on peut comparer à celle obtenue par le marteau à aiguilles (« fleur de prunier ») utilisé couramment en Chine. Les moxas, eux, sont des cônes d'armoise, mais minuscules et multiples ; très petits, ils se consomment très rapidement, mais ils sont répétés en grand nombre sur le même territoire.

Le lendemain, la journée entière est consacrée à des conférences : traitement de la calvitie, traitement des névralgies faciales – technique d'utilisation de minuscules aiguilles, très utiles pour la poncture des régions particulièrement sensibles : extrémités des doigts, ou face par exemple. [...]

Le Professeur Okabé fait ensuite tout un tour d'horizon des conceptions de l'acupuncture. Et nous retrouvons, avec lui, comme fond commun à tout l'Extrême-Orient, les grandes options de l'acupuncture traditionnelle chinoise = circulation d'énergie, base de tout raisonnement logique présidant à l'établissement d'un diagnostic et du choix d'un traitement. Les traitements locaux sont dotés, selon les écoles, d'une importance plus ou moins grande – mais il est très caractéristique de constater que tous les grands maîtres en acupuncture, même lorsqu'ils prennent une orientation moderne, et scientifique, en reviennent toujours à l'esprit de base de l'acupuncture. C'est constamment à partir de là qu'ils peuvent mener leur raisonnement et tenter, par des moyens techniques modernes, de progresser.¹

Darras nous parle de techniques d'acupuncture nouvelles pour les médecins français. L'utilisation des aiguilles à demeure doit être rare dans la pratique des médecins acupuncteurs en France, tandis que les « petites roulettes à crans, ou à pointes » sont vues pour la première fois par le médecin français. Le compte rendu des observations du docteur Darras nous laisse lire, entre les lignes, quelque chose d'étonnant, de jamais vu, de nouveau par rapport à ce qu'on sait de l'acupuncture jusqu'alors. Notons aussi que les médecins français constatent une différence dans la médecine de chaque pays d'Extrême-

¹ Darras J.-C., *Op. Cit.*, 1972, p. 21/379- 22/380.

Orient, au Japon l'acupuncture n'est pas pratiquée comme à Hong-Kong, ni comme à Singapour :

Ville traditionnelle des charmeurs de serpents d'un côté, ville moderne aux constructions imposantes d'autre part, Singapour est envoûtante.

Aspect professionnel : visite au Professeur Saw à sa clinique, pour suivre la consultation d'acupuncture. Nous trouvons une pratique d'acupuncture beaucoup plus uniformément traditionnelle qu'au Japon, se rapprochant nettement de celle que nous avons connue à Hong-Kong. Néanmoins, si les moxas sont largement utilisés, et de la même façon sensiblement, très fréquemment l'électropuncture est employée. Les points locaux sont relativement peu nombreux par rapport à ceux utilisés au Japon, les points à action générale beaucoup plus. L'aiguille est « travaillée » une fois implantée, mais moins que nous n'avions pu le constater ailleurs : le fait d'y appliquer du courant électrique en est l'explication.¹

À Singapour l'électropuncture apparaît dans le récit du docteur Darras, elle est utilisée à côté des autres techniques de la médecine chinoise déjà observées ailleurs par les médecins français. La diversité entre les différentes techniques d'acupuncture pratiquées dans les pays visités est l'élément central des conclusions tirées par le docteur Darras.

En ce qui concerne l'acupuncture, quelles conclusions tirer ? Tout d'abord, avec des modalités d'application différentes, l'acupuncture conserve toujours sa base traditionnelle, immuable, et tous ceux qui ont voulu s'en détacher, ont dû y revenir tôt ou tard, dans l'intérêt même des recherches qu'ils voulaient poursuivre. Ensuite, nous avons été frappés par l'utilisation considérable des moxas, sous différentes formes, et par ce maniement, ce que nous appelons « le travail » des aiguilles : celles-ci ne sont pas laissées en place avant d'avoir été manipulées afin, disent les acupuncteurs, « d'appeler l'énergie ». C'est une notion que nous connaissons bien et que nous utilisons mais sur laquelle nous n'insistons pas assez.

Enfin nous avons trouvé, lors de ce voyage, la confirmation d'un certain état d'esprit, d'une certaine approche de l'Homme commune à tous les acupuncteurs, c'est peut être là le plus important.²

¹ Darras J.-C., *Op. Cit.*, 1972, p. 23/381.

² Darras J.-C., *Ibidem*, p. 23/381.

Partout où elle est pratiquée, l'acupuncture garde « sa base traditionnelle, immuable » selon le docteur Darras. Elle est le fondement d'une approche de l'homme - ou plus modestement du patient - très particulière et commune à tous les acupuncteurs. Cette approche nous pouvons certainement ici la concevoir comme opposée à celle des médecins non acupuncteurs, des médecins conventionnels. Nous pouvons aussi supposer que cette approche consiste en une attitude du médecin attentive à l'homme dans son ensemble, un regard holistique (comme nous l'avons déjà vu) ou global (comme nous le verrons) sur la personne malade. Mais la base traditionnelle et immuable est présentée comme une caractéristique impérative pour construire n'importe quel raisonnement (Darras disait : « [...] tout procède d'un raisonnement parfaitement logique ») et, éventuellement, n'importe quelle tentative de modernisation. Nous voyons ici se construire l'idée de l'acupuncture comme une médecine basée sur un savoir médical unique, cohérent, né dans l'Antiquité (personne ne sait très bien quand) et restée porteur d'un discours logique et valable jusqu'à nos jours. De ce fait, l'acupuncture est une médecine traditionnelle, puisque elle est basée sur ce « savoir millénaire », toujours le même dans les siècles, donc immuable. Cette conception immobile, presque dogmatique de la théorie médicale est certainement d'actualité encore aujourd'hui, mais elle se cristallise et se définit en France et en Europe au fur et à mesure que l'acupuncture trouve une écoute et devient source d'intérêt pour les médecins (et les praticiens) occidentaux. Il y aura un seul savoir médical chinois : celui qui est enseigné dans les écoles d'acupuncture ou de médecine chinoise¹.

Mais sur un autre front, celui de la pratique concrète, l'expérience du docteur Darras, montre très bien comment la technique manuelle de la pose des aiguilles, l'utilisation très variée du moxa et d'autres instruments de stimulation évoluent eux aussi. Le docteur Darras nous parle de différentes modalités d'utilisation de l'armoise pour chauffer les points : sous forme de petits cônes, parfois posés sur une tranche d'ail ou de gingembre et puis sur la peau, parfois posés directement sur la peau, ou encore sous forme de cigare que l'on approche de la partie à traiter, ou parfois placée sur le bout de l'aiguille pour la chauffer.

Il nous parle aussi du « travail » de l'aiguille : l'acupuncteur pique le malade et stimule le point avec un mouvement rotatoire de l'aiguille jusqu'à ce que le patient ressente une douleur très particulière - nommée le *de qi* -, c'est à partir de ce moment que

¹ L'histoire de la pensée médicale chinoise en Chine justifie aussi cette construction du corpus médical « chinois » qui est faite en Occident.

l'aiguille commence son action sur le *qi* de la personne. Cette technique n'était certainement pas utilisée en France une vingtaine d'années auparavant. Ce sont entre autre ces premiers voyages en Extrême-Orient qui informent les médecins acupuncteurs des aspects les plus concrets, des gestes techniques, des objets et des procédures habituelles pour les médecins orientaux, mais qui sont parfois complètement inconnus en Occident. Nous avons vu comment Soulié de Morant piquait et comment il enseignait à piquer aux médecins français. Il utilisait des aiguilles très épaisses - bien qu'assez pointues - et sa piqûre restait bien superficielle, sans vraiment pénétrer le corps du malade. En effet à partir des années 1970 la pratique va rapidement changer. Les aiguilles ne sont plus en or et en argent, mais de plus en plus souvent en acier. Leur forme aussi se transforme, elles sont très fines et beaucoup plus longues de manière à pénétrer plus facilement dans le corps du malade¹.

Malgré l'évolution de la pratique de l'acupuncture en France, à l'observation, le travail des médecins à Hong-Kong, Tokyo or Singapour apparaît très différent aux médecins français en mission là-bas. Leurs piqûres sont bien plus profondes et la manipulation des aiguilles plus explicite et puissante. Pour les médecins français, il s'agit de cueillir les secrets de l'art de la médecine, dans sa dimension plus empirique et artisanale.

Il faut néanmoins noter que le voyage dont nous venons de parler ne se déroule absolument pas en Chine, mais dans les pays limitrophes d'Extrême-Orient (Thaïlande, Japon, Singapour). La Chine étant en pleine révolution culturelle il est sûrement très rare que les médecins partant en mission se rendent là-bas pendant ces années². Cependant, en 1972, avant le départ des voyages précédemment cités, il avait été dit :

Les relations entre la SIA et la Chine Populaire ont alors été évoquées [pendant une assemblée de la Société Internationale d'Acupuncture]. La détente politique qui s'amorce actuellement entre la Chine Populaire et les pays occidentaux permettra certainement dans l'avenir des contacts fructueux et intéressants. La SIA s'efforcera d'entretenir d'excellentes relations avec la Chine Populaire et d'organiser, si possible, un séjour en Chine Populaire lors du Congrès de 1973.³

¹ Ce sera le médecin vietnamien, le docteur Nguyen Van Nghi, qui abandonnera définitivement les aiguilles en or, argent et platine pour utiliser les aiguilles en acier. Ses élèves feront par conséquent de même.

² Nous n'avons jamais rencontré en France –ni personnellement, ni dans les récits - des médecins exprimant une position politique, des maoïstes par exemple qui auraient pu partir en Chine populaire.

³ « Compte rendu moral de la Société Internationale d'Acupuncture », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier - mars 1973, p. 60.

Très probablement ces intentions sont restées à l'état de projets. Les pays autour de la Chine sont des destinations plus faciles et également riches d'éléments attractifs (les voyages de ces médecins, bien évidemment, ne sont pas uniquement axés sur leurs intérêts professionnels, mais deviennent aussi des voyages touristiques). Quelques années plus tard, aller en Chine populaire sera nettement plus aisé, ce genre de voyage des médecins acupuncteurs se multipliera au point qu'ils ne seront annoncés comme événements publics qu'en des cas très particuliers. De plus des relations institutionnelles seront mises en place entre la France et la Chine dans le domaine de la médecine et de l'acupuncture.

4.b. La période dorée de la Société Internationale d'Acupuncture

En 1974 la relation entre la SIA et l'Association Française d'Acupuncture change de nature. Durant plus que 30 ans les deux sociétés étaient fortement liées, elles ont eu pendant plusieurs années les mêmes présidents, les membres du conseil étaient souvent partagés entre les deux sociétés et surtout, aussi bien l'Association Française d'Acupuncture que la SIA étaient représentées par la même revue (la *Revue Internationale d'Acupuncture* et après 1966 la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*). À partir de janvier 1975 la SIA et l'Association Française d'Acupuncture deviennent indépendantes. La première crée sa revue la *Revue de la Société Internationale d'Acupuncture* la deuxième transforme la publication commune en *Revue française d'acupuncture*. Les deux publications restent très proches pendant plusieurs années, elles ont des annonces en commun (par exemple les programmes des cours, les programmes des congrès etc.) elles sont trimestrielles et elles gardent les mêmes formats ainsi que les mêmes polices. Mais l'indépendance administrative de la SIA est faite pour lui permettre de mener à bon son but principal, la diffusion de l'acupuncture au-delà des confins français.

À partir des années 1970 la présence de l'acupuncture en France devient de plus en plus importante suite à un intérêt d'un nombre croissant de médecins et à une demande du public. Cette expansion, que nous avons jusqu'ici tenté de montrer, ne reste pas confinée simplement à l'intérieur du territoire français. Le chemin parcouru par les médecins et les associations françaises travaillant autour de l'acupuncture et de la médecine chinoise contribuent à faire parler de la France hors du territoire national et même au-delà des confins européens. Les années de lutte pour l'affirmation de l'acupuncture dans le monde médical et de travail pour tenter de définir l'acupuncture comme une véritable médecine,

« logique » et cohérente, ont permis à la France de devenir une référence à l'échelle mondiale pour ce qui est de cette thérapeutique venant de Chine. Le rôle de la SIA est de représenter la France en Europe et dans le monde et de porter toute l'expérience française (aussi bien pour la théorie et la clinique que pour l'institutionnalisation de l'acupuncture) comme exemple pour d'autres pays où l'acupuncture commence seulement à trouver un écoute et une attention.

Le protagoniste de cette période de grande activité de la SIA est le médecin acupuncteur Jean Schatz qui succède comme président au docteur de Tymowski en 1976.

D'origine suisse (il était né à Lausanne en 1916) le docteur Jean Schatz s'est formé à l'acupuncture d'abord seul, en lisant les livres de Roger de la Fûye et de George Soulié de Morant. Le docteur Schatz commence ses études de médecine à Lausanne, mais les termine à Alger. C'est son frère aîné qui l'introduit à l'acupuncture. Une fois terminées ses études de médecine, Jean Schatz s'installe en France comme acupuncteur (son cabinet était situé à Paris, rue de l'Université). Il rencontre le docteur Chamfrault et il est fasciné par son enseignement. Jean Schatz devient un de ces médecins attirés par les aspects « philosophiques » de l'acupuncture. Rapidement il commence à s'introduire dans les cercles associatifs de l'acupuncture française :

Il était professeur enseignant, il a été vice-président de l'AFA et ceci c'est passé, en tout, entre 1960 et 1970, à peu près ...

(F-29)

Tels sont les propos de sa femme. Et elle ajoute, en parlant du dévouement de son mari à l'acupuncture :

Il était passionné, le jour, la nuit, tout le temps, tout le temps, sous la douche il m'appelait pour prendre des notes...oui c'est comme ça. Même en voiture ! Il conduisait et il réfléchissait...C'était l'idée fixe, il écrivait ses textes, il faisait de tas des trucs, il pensait aux clients. C'était quelque chose qui le suivait partout, c'est pour ça qu'il a bâti un travail fantastique, parce qu'il se n'en décollait pas.

(F-29)

Et un peu plus loin elle dit encore :

C'était une époque ... c'étaient des enragés tous, c'est tout ! J'avais vu madame L.-M. [la femme d'un autre acupuncteur] elle m'avait dit : « vous aussi, votre mari est lui

aussi comme ça !... ». Ils étaient tout le temps là-dedans jour et nuit...la passion c'est tout
....

(F-29)

Les années 1970 furent effectivement une époque de grande effervescence pour ce qui était des initiatives liées à la médecine chinoise. Certains personnages avaient une force, une passion et une détermination qui ont permis de faire considérablement progresser l'acupuncture dans son statut, dans sa pratique et dans l'enseignement aussi bien en France que hors France.

Cette passion pour l'acupuncture amène le docteur Schatz à devenir le président de la SIA, jusqu'en 1984, année de son décès.

Dans l'éditorial de la *Revue Internationale d'Acupuncture* - juste après son élection comme président- le docteur Schatz résume le parcours fait par la SIA et annonce les directions pour les activités futures qu'il se propose de mener à bien en tant que nouveau président :

Ainsi la SIA est née voilà de 30 années en France sous la baguette du D^r de la Füye, elle a essaimé d'abord en Europe (Allemagne, Autriche, Italie, Suisse, etc...) puis ensuite dans les continents nouveaux (Amérique du Sud, Australie, Canada, U.S.A. etc...). Dans tous ces pays, un modèle occidental d'acupuncture s'est développé, fondé sur l'enseignement des vieux Maîtres de l'acupuncture tels que Dabry, Soulié de Morant, etc... et leurs élèves.

Très tôt d'ailleurs, des apports originaux venus de pays comme le Japon, le territoire de Hong-Kong, Taiwan, ont mélangé leur sève au courant apporté à l'Europe particulièrement par Soulié de Morant.

Mais c'est avec des textes présentés par les D^{rs} Chamfrault et N'Van Ghi, et d'autre part par la traduction de ceux des grandes écoles chinoises actuelles d'acupuncture de Canton, Shanghai, Pékin, etc... que s'est manifestée une véritable révolution dans les conceptions de l'acupuncture. Les écrits traditionnels comme les textes chinois modernes montrent en effet une anatomie et une physiologie dynamiques différentes de l'anatomie et de la physiologie occidentales, mais elles forment un ensemble parfaitement cohérent, capable d'expliquer intégralement la réalité clinique et de justifier les succès thérapeutiques de l'acupuncture, aussi bien dans le traitement habituel que dans ses applications à l'analgésie chirurgicale.

Or, la plupart des écoles européennes au contraire des écoles de Pékin ont beaucoup de difficultés à harmoniser étroitement les conceptions scientifiques de la médecine occidentale aux données de la médecine chinoise.

Cette différence d'adaptation de l'acupuncture occidentale s'explique lorsqu'on considère comment cette acupuncture s'est développée en Europe :

- En effet, sous l'égide du D^r De la Fÿye, de Soulié de Morant et de ses élèves Ferreyrolles, Brunet, etc.... une *Acupuncture Symptomatique* s'est imposée en Occident pendant plusieurs décades. [...]
- Avec Duron et son école cependant, une « note » plus conforme à la tradition chinoise est apparue. [...]
- Ensuite, tel un raz de marée s'est imposé l'enseignement du D^r N'Van Ghi qui a donné le ton à la plupart des écoles européennes et occidentales. [...]
- Enfin, depuis quelques années la Chine elle-même fait entendre sa voix dans le concert de ces enseignements multiples. Elle s'impose d'une certaine façon au grand public par l'audience qu'il a réservé à l'anesthésiologie, et au public médical par des traductions de plus en plus fouillées des textes chinois.

Devant la multiplicité des sources qui président à tous ces enseignements surgit une grande difficulté : celle de les intégrer dans une vue d'ensemble harmonieuse.

Il apparaît alors que c'est là un des grands rôles d'une société internationale comme la SIA de donner à ces différents membres les moyens d'harmoniser toutes ces sources disparates de connaissance.

Etant moi-même confronté à ces problèmes d'enseignement et appelé à explorer la traduction des textes de 1^{re} main, je crois que c'est l'une des raisons pour lesquelles il m'a été demandé de prendre la direction de la SIA¹

Cette longue citation a été rapportée presque entièrement car elle fait le point sur la perception de la médecine chinoise de la part des médecins acupuncteurs de l'époque. Nous rencontrons des éléments dont nous venons de discuter : la perception de l'acupuncture comme fondée sur un savoir « traditionnel », complètement différent de la médecine occidentale, mais étant « un ensemble parfaitement cohérent, capable d'explicitier intégralement la réalité clinique et de justifier les succès thérapeutiques de l'acupuncture »². Nous lisons dans les mots du docteur Schatz comment l'acupuncture en Occident devient « la vraie acupuncture », et comment cette « vraie acupuncture » est née

¹ Schatz J., « Éditorial », *Revue de la Société Internationale d'Acupuncture*, juillet - septembre 1976, p. 4-5.

² Nous avons vu comment elle est aussi perçue comme « immuable » dans les temps.

en France. À son début, elle était une acupuncture symptomatique, celle pratiquée par les pionniers des années 1950. Les travaux du docteur Chamfrault ont préparé le terrain pour l'arrivée des contributions de Nguyen Van Nghi, qui apporte une « véritable révolution dans les conceptions de l'acupuncture ». Pour les médecins acupuncteurs de cette nouvelle génération, l'acupuncture n'est plus seulement une thérapeutique symptomatique, mais elle a également des fondements théoriques solides à partir desquels elle se construit. Ces fondements viennent des ouvrages de Van Nghi, mais aussi des premières publications des traités d'acupuncture venant directement de Chine¹ et du travail de traduction des textes classiques de l'Ecole Européenne d'Acupuncture (EEA). Grâce à cet ensemble de contributions, l'acupuncture française s'élabore et différentes écoles se structurent autour des savoirs venant de sources et de directions différentes (l'œuvre de Chamfrault, de Nguyen Van Nghi et de l'EEA, les publications venant de Chine, l'expérience de plusieurs années de certains acupuncteurs ayant vécu et travaillé en pays d'Extrême-Orient...).

Les différences existant entre les écoles françaises ne sont plus nécessairement fondées sur des dissentiments personnels (qui subsistent de toute façon) comme auparavant, mais elles reposent sur des options théoriques diversifiées, venant de l'hétérogénéité des sources inspiratrices de chaque école. Dans son texte, le docteur Schatz parle de « concert de ces enseignements multiples » qui caractérise la pratique et l'enseignement de l'acupuncture en France dans les années 1970 et 1980.

De plus, avec l'enrichissement des fondements de base de l'acupuncture, le problème d'une conciliation théorique entre la médecine chinoise et la médecine occidentale devient de plus en plus pressant et difficile à résoudre. Encore une fois revenons au texte du docteur Schatz, il parle de la difficulté d'« harmoniser toutes ces sources disparates de connaissance ». Nous nous trouvons ici face à un des problèmes cardinaux de l'apparition et de la diffusion de l'acupuncture en Occident – et entre autres au cœur de notre travail. L'évidence d'un *pluralisme médical* se pose ici, non tant comme problématique théorique, mais comme difficulté pratique à affronter par ces médecins acupuncteurs face à la multiplicité des sources sur lesquelles ils construisent leur travail.

La prise de conscience de ces difficultés de la part au moins de certains médecins tel le docteur Schatz, fait vivre et anime cette période intense du travail des médecins

¹ Cf. : *Zhongyixue gailun*, texte rédigé en 1958 par l'académie de Nankin (Cf. : Sheid V., *Chinese Medicine in Contemporary China*, London, Duke University Press, 2002). Le docteur Roustan publie en 1978 un *Traité d'Acupuncture* (Roustan C., *Traité d'acupuncture*, Paris, Masson, 1978) présenté comme la traduction et adaptation pour un public occidental d'un traité universitaire chinois de l'époque.

acupuncteurs souvent très motivés pour trouver une nouvelle vérité dans l'étude des textes chinois ou dans la confrontation des expériences pratiques de chacun d'entre eux. Sur cette nécessité de concilier - ou encore mieux d'« harmoniser » - entre eux tous les apports à la médecine chinoise en Occident, aussi bien qu'à la connaissance médicale occidentale, s'impose le travail de la SIA.

Sous la présidence du docteur Schatz les activités de la SIA se dirigent donc vers deux directions précises : d'un côté l'activité liée aux congrès, symposiums, conférences et relations publiques continue son chemin en suivant l'exemple de Roger de la Füyé et de ses successeurs ; de l'autre l'institution d'une équivalence des diplômes au niveau européen, et ensuite entre les continents, est mise en place à partir de 1969.

Les congrès sont certainement un lieu d'échange et de confrontation entre les médecins eux-mêmes, aussi bien qu'entre les associations et les écoles d'inspirations différentes et des différents pays. Dès sa naissance la SIA est promotrice de congrès, qui, entre 1976 et 1984-1986¹, deviennent des occasions importantes de rencontre, de promotion, d'évolution de la thérapeutique chinoise en Occident. Ainsi le docteur Schatz résume l'activité de la SIA :

Depuis cette époque [1943] la SIA assure la diffusion de l'acupuncture dans le monde en créant des Associations nationales.

Elle a organisé 23 congrès internationaux dont 6 congrès mondiaux, avec entre autres, la participation des Sociétés japonaise et coréenne.

Le 1^{er} congrès a eu lieu à Monaco en 1947, le 7^{ème} à Munich en 1953, le 9^{ème} à Vienne en 1957, le 15^{ème} à Baden-Baden en 1971, etc.

La SIA a été honorée en présidant de nombreux congrès tels que le Congrès Internationale d'Acupuncture de Buenos-Aires en 1946.

Le 5^{ème} Congrès Mondial de Tokyo en 1977

Les Journées Européennes d'Acupuncture de Paris en 1977.

Le Congrès de l'Association Uruguayenne de Montevideo en 1978.

Le 6^{ème} Congrès Mondial de Paris en 1979.

Ainsi, la SIA est sans conteste à l'articulation de grand mouvement qui a permis la connaissance de l'acupuncture et sa diffusion.²

¹ L'année 1976 correspond à la mort de Mao Zedong en Chine et 1985-1986, nous le verrons, correspond à une baisse de l'enthousiasme et de l'effervescence autour de la médecine chinoise en France.

² Schatz J., « Société Internationale d'Acupuncture », *Bulletin de liaison*, n° I-II, janvier 1980, p. 3.

Les congrès organisés par la SIA, aussi bien que la divulgation à travers la *Revue Internationale d'Acupuncture* (qui change de titre dans le temps) ont certainement contribué à faire évoluer l'acupuncture française et à en bâtir une image la présentant comme « une science autonome ». L'année 1979 est un moment clé pour l'évolution de l'acupuncture française ouverte à une dimension internationale. En juin 1979, se tient à Paris, le VI^{ème} Congrès Mondial organisé par la SIA, et toujours en juin 1979, à Pékin, est organisé le premier Symposium International d'Acupuncture et de Moxibustion. Au Congrès mondial de Paris, toutes les écoles et associations françaises¹ sont représentées, ainsi que 39 nations, et un représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé est présent pour la première fois. Le Congrès mondial de Paris sera l'occasion d'apporter un important changement au statut de la SIA. Comme le disait le docteur Schatz au moment de son élection :

Pour que les échanges culturels entre membres de la SIA de chaque pays se fassent plus facilement, ces membres doivent être mieux intégrés au fonctionnement de la SIA

Ceci nécessite obligatoirement un aménagement des statuts car, contrairement à ce que l'on pense, des statuts bien faits sont indispensables à la bonne marche d'une société.

Or, les statuts de la SIA sont vieux de 30 ans, ils ont été forgés au moment où l'acupuncture occidentale était essentiellement française, et où la France avait la charge et l'honneur de la diffuser en Europe.²

Ce changement des statuts, préparé depuis quelques années, devait servir à faciliter les relations entre les pays membres de la SIA. Une autre modification apportée à l'occasion du changement statutaire est l'admission à la Société de membres non médecins, venant des pays où l'acupuncture n'est pas de domaine uniquement des médecins conventionnels (comme la France, l'Italie, l'Espagne). En effet le nouveau conseil d'administration de la SIA est formé par seize membres dont huit sont des médecins acupuncteurs³ et huit ne le sont pas⁴.

¹ Au congrès sont présents, entre autres, les docteurs de Tymowski (président honoraire de la SIA), Schatz (président active de la SIA), Roustan (président de l'AFA), Lebarbier et Leprestre (président et secrétaire de l'O.E.D.A.), Kespi et Serres (membres de la SIA).

² Schatz J., « Éditorial », *Revue de la Société Internationale d'Acupuncture*, juillet - septembre 1976, p. 4-5.

³ Les docteurs Bielair (Belgique), Fresnet (France), Lanza (Italie), Lebarbier (France), Roustan (France), Schatz (France), Serres (France), Van Nghi (France).

⁴ Carbal (Espagne), Du Sik Ro (Corée), Kurosu (Japon), Liem (Hollande), Rose-Neil (England), Spaeth (Brasil), Wexu (Canada), Wolley Wong (Hong-Kong).

Le Symposium International de Pékin est qualifié de l'« un des plus grands événements dans l'histoire de l'acupuncture »¹. Effectivement, très probablement, cette rencontre marque le début des relations de la Chine avec l'Occident pour ce qui est de la médecine chinoise et de l'acupuncture². Au Symposium étaient présent Qian Xinzhong le ministre de la santé de Chine, Fang Yi le vice-premier ministre, Cui Yueli le président de l'Association de Médecine Traditionnelle Chinoise ainsi qu'un représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé et le docteur Schatz comme président de la SIA. À cette occasion, est fondée l'Association Internationale de Médecine Traditionnelle Chinoise (International Association of Traditional Chinese Medicine, IATCM) qui aura son siège à Montréal et qui aura comme organisateurs et enseignants les docteurs Nguyen Van Nghi, Schatz, Lanza, ainsi qu'Oscar Wexu et Elisabeth Rochat de la Vallée³.

Parallèlement à l'activité des congrès, la SIA restructure aussi les critères d'enseignement et les niveaux de formation.

En 1970, pendant une réunion du conseil d'administration de la SIA, le docteur de Tymowski propose la création d'un Diplôme International d'Acupuncture. Ce diplôme prévoit un programme d'enseignement minimum commun aux différents pays ; à son début il est censé réunir la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie et l'Espagne. Les premiers diplômes internationaux sont délivrés aux « personnalités de l'Acupuncture » donc aux directeurs des sociétés ou associations membres de la SIA, et à quelques médecins, auteurs d'ouvrages sur l'acupuncture. Mais l'objectif est d'étendre le diplôme à tous ceux qui ont soutenu leurs examens pour devenir médecins acupuncteurs. Notons la démarche qui incite à l'équivalence des diplômes :

Il y a en effet bientôt le Marché Commun qui va ouvrir ses portes, et c'est surtout au point de vue européen que nous avons pensé à ce diplôme ; de façon que nous puissions harmoniser l'enseignement dans les différents pays d'Europe.⁴

¹ Wexu O., « Le Symposium International de Pékin », *Acupuncture*, Vol. 3, n° 2, 1980, p. 24.

² Rappelons aussi que l'année 1979 correspond tout à fait à une époque cruciale pour la Chine : 1978 arrivée au pouvoir de Deng Xiao Ping, lancement « des réformes et de l'ouverture », début de la décollectivisation des terres agricoles ; 1979 Mouvement démocratique du Printemps de Pékin, reconnaissance par les Etats-Unis de la République Populaire de Chine ; 1980 création de quatre zones économiques spéciales Zhuhai, Shenzhen, Shantou et Xiamen.

³ Cf. Photo.

⁴ De Tymowski J.-C., « Bilan des activités de la SIA en 1970 », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, janvier février mars 1971, p. 57-58.



Dr Jean Schatz, Dr Nguyen Van Nghi, Oscar Wexu, Elisabeth Rochat de la Vallée

Archive privé Marie-Christine Schatz

L'idée de l'unification de l'Europe, déjà présente dans les années 1970, pousse à concevoir un réseau de plus en plus « institutionnalisé », dont la France serait le pôle central. Mais comme nous l'avons vu, entre 1970 et 1976-1977 l'expansion de l'acupuncture en Europe demande des interventions assez importantes au niveau de la SIA. Le changement des statuts met bien en évidence le nouvel esprit de la SIA qui est ainsi exprimé par son président :

La SIA a ceci de particulier qu'elle n'est pas une société de sociétés, mais une société de membres. Il est cependant admis que les membres peuvent se réunir en sociétés ou en groupement afin de faciliter les relations internationales. Chaque membre a la possibilité et le devoir de travailler pour l'expansion de l'acupuncture. [...] Dans cette optique d'approfondissement et de mise en valeur de ce trésor qu'est la médecine chinoise, vient encore de se former une Association Internationale de Médecine Traditionnelle chinoise qui vise à créer non pas une nouvelle association internationale, mais des centres d'études non seulement chargés de diffuser l'acupuncture elle-même, mais aussi la médecine chinoise traditionnelle dans son entier [...].

Tel est l'esprit qui guide la SIA et ses dirigeants. Assurer un enseignement de médecine chinoise traditionnelle et diffuser par tous les moyens possibles mis à sa disposition apparaît donc comme le premier de ces objectifs.

Travail énorme, mais indispensable, donc fondamental.

Il s'agit de créer des groupes d'acupuncture qui connaissent un minimum d'acupuncture traditionnelle, c'est-à-dire, qui sachent raisonner « a minima » à la manière enseignée depuis des millénaires en Chine.¹

La SIA se charge donc d'établir et d'évaluer les enseignements qui soient conformes à un niveau minimal de connaissance de la médecine chinoise². Mais en dehors de la formation de nouveaux acupuncteurs, la SIA a aussi le rôle de regrouper les acupuncteurs déjà formés et de contrôler si le niveau de formation des acupuncteurs qui désirent faire partie de la Société correspond aux critères établis par elle :

¹ Schatz J., « Société Internationale d'Acupuncture », *Bulletin de liaison*, n° 1-II, janvier 1980, p. 3-4.

² Notons ici que le docteur Schatz parle d'une « manière enseignée depuis des millénaires en Chine » de pratiquer l'acupuncture. Comme si il y avait un seul savoir et une seule façon d'être médecin en Chine qui se transmettait depuis des millénaires.

À cet effet la SIA a eu le mérite d'établir une plateforme de qualification pour la pratique de l'acupuncture. Cette plateforme de qualification concerne aussi bien les médecins que les non-médecins qui pratiquent l'acupuncture.

Cette qualification est guidée par l'idée :

1. Qu'être Docteur en Médecine occidentale n'est pas suffisant pour être reconnu comme acupuncteur valable.¹
2. Que tout acupuncteur, même qualifié par sa connaissance en médecine traditionnelle doit avoir obligatoirement une connaissance « a minima » de médecine moderne ; sans quoi il ne pourrait comprendre le malade et garder un lien avec la médecine occidentale.

Rappelons les critères proposés par la SIA dans son statut interne :

- Les membres tutélaires sont des acupuncteurs, médecins ou non médecins, qualifiés selon des critères garantissant la pratique de l'acupuncture
- Dans les deux cas, ils doivent avoir des compétences a minima aussi bien en médecine occidentale qu'en médecine traditionnelle.
- Au point de vue de la médecine traditionnelle, tous les acupuncteurs doivent avoir un minimum de connaissance de la médecine chinoise ; ce minimum correspond à une formation de trois années enseignées dans des écoles reconnues par la SIA
- Au point de vue de la médecine occidentale, les connaissances exigibles sont du niveau de celui obtenu par les diplômés de professions paramédicales tel que : kinésithérapeutes, masseurs, ostéopathes, psychothérapeutes, etc. dont le programme de formation comporte l'étude de l'anatomie, de la physiologie, de l'histoire et de la pathologie occidentale.²

Les points du statut de la SIA que nous venons de citer nous font penser au grand changement proposé par le docteur Schatz. L'acceptation des non médecins dans une société française semble en nette contradiction avec le long travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France que nous avons vu se mettre en place grosso modo à la même époque. Et en effet certains contrastes doivent être sûrement apparus, nous lisons dans les premiers numéros de la *Revue de la Société Internationale d'Acupuncture*

¹ Nous rappelons qu'en France comme en Italie aucune formation à l'acupuncture a été encore institutionnalisée.

² Schatz J., *Op. Cit.*, 1980, p. 4.

(en 1975) des lettres de dénonciation d'exercice illégal de la médecine par des personnages qui, quelques années plus tard seront les protagonistes des associations internationales dont nous venons de parler. Il apparaît donc que le but du docteur Jean Schatz, une fois devenu président de la SIA, est de mettre fin à un mépris et une condamnation a priori de tous praticiens de la médecine chinoise qui ne sont pas médecins. Le docteur Schatz apprécie les connaissances de certains acupuncteurs comme Charles Laville-Méry, dont nous avons longuement parlé, ou de Oscar Wexu, praticien acupuncteur au Canada, mais non médecin¹, et probablement aussi les médecins acupuncteurs qui ont attaqué ces non médecins étaient bien conscients de la valeur du savoir en médecine chinoise de certains illégaux².

Jean Schatz utilise son pouvoir de président pour trouver une « harmonisation » à l'intérieur de ces oppositions nationales et pour pouvoir vraiment internationaliser la SIA, mais fondant l'acceptation des non médecins sur des critères d'exigence de qualité bien établis.

Jean Schatz est un homme qui individuellement s'engage dans des combats en faveur de l'évolution de l'acupuncture française, et mondiale. Dans les buts qu'il se donne, Jean Schatz envisage aussi de porter l'acupuncture jusqu'au « Tiers monde ». Pour le congrès de Paris en 1979, le docteur Schatz invite un représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé, le docteur Torfs, responsable du département de technologie appropriée. C'est l'occasion de lancer un travail de coopération entre la SIA et l'Organisation Mondiale de la Santé. Une commission de la Société Internationale est aussi invitée à Genève, au siège de l'Organisation Mondiale de la Santé pour une séance informative sur l'acupuncture afin d'explorer les possibilités d'un travail de collaboration. Les sujets que le docteur Schatz conçoit comme buts communs entre la SIA et l'Organisation Mondiale de la Santé sont :

- I. Assurer la formation des acupuncteurs en diffusant les critères de qualification, aussi bien dans les pays en voie de développement que dans les pays développés

¹ Oscar Wexu : « c'était un acupuncteur roumain qui avait quitté la Roumanie. Il avait été dans l'armée communiste, et quand il vu qu'il commençait vraiment à tourner mal il s'est enfui à Paris, pour apprendre je ne sais plus quoi, peut-être qu'il était kiné. Je sais qu'il avait rencontré Soulié de Morant il avait été dans son équipe. Et ensuite, quand il a vu qu'en France pour lui il n'y avait pas de place, il n'était pas médecin, donc il est allé au Canada, mais il s'était formé en France. » (F-29).

² L'exemple de Laville-Méry est frappant, il a été attaqué pour donner un exemple de l'efficacité du syndicat et pour affirmer le pouvoir médical français dans le domaine de l'acupuncture.

II. S'assurer d'un enseignement a minima d'une médecine traditionnelle (acupuncture, pharmacopée, etc....) en s'appuyant par exemple sur des écoles reconnues par la SIA, et par les groupements qui travaillent avec elle.

Un autre objectif commun à l'OMS et à la SIA pourrait être de diffuser une liste des affections susceptibles d'être traitées par la médecine chinoise et à laquelle le grand public pourrait faire appel avec le maximum de chance d'efficacité.

Un autre moyen commun de travail pourrait être l'échange d'information entre la SIA et les journaux chargés de diffuser les objectifs de l'OMS tels que « La Santé du Monde » et « La pensée de l'OMS ».

Enfin, en commun avec l'OMS elle pourrait établir un annuaire mondial des acupuncteurs. Nous espérons donc que ces différents objectifs communs pourront faciliter la reconnaissance de la SIA comme Organisation Non Gouvernementale ayant des relations officielles avec l'OMS

Le point le plus efficace des rapports de la SIA avec l'OMS reste, dans le cadre de certaines écoles hautement spécialisées, comme l'Institut de Médecine Traditionnelle, la possibilité de former bénévolement des acupuncteurs valables pour exercer dans le tiers-monde.¹

Les aspirations du docteur Schatz pour une relation officielle entre la Société Internationale et l'Organisation Mondiale de Santé, étant probablement légitimes à l'époque, ne se concrétisent pas. La SIA ne devient pas le référent de l'Organisation Mondiale de la Santé, ni ne devient une Organisation Non Gouvernementale. L'acupuncture arrivera dans les pays en voie de développement, mais plus tard, par d'autres biais, et l'Organisation Mondiale de la Santé ne s'ouvrira pour sérieusement s'intéresser aux médecines traditionnelles que plus tard². De plus aucune société française, ni aucun membre française n'apparaîtra dans les stratégies de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les médecine traditionnelles, ni dans la rédaction des *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*³.

Pourquoi les aspirations de Jean Schatz ne se sont-elles pas réalisées comme il aurait pu souhaiter ? Vraisemblablement n'était pas encore le temps pour une

¹ Schatz J., *Op. Cit.*, 1980, p. 4-5.

² En 1991, pendant le 44ème Congrès sur la santé mondiale, les états membres ont été invités à prendre des mesures pour le contrôle et la réglementation de l'acupuncture. Suite à cette occasion un groupe scientifique a été réuni pour : approuver une terminologie internationale standard pour l'acupuncture, élaborer des orientations précises concernant la formation, la sécurité, les indications et les contre-indications dans la pratique clinique de l'acupuncture. En 1999 et en 2000 ont été élaborés les *Guidelines* pour la pratique et la recherche en acupuncture.

³ *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*, WHO/EDM/TRM/99.1.

reconnaissance de la valeur de l'acupuncture par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il en était de même avec le projet d'une « harmonisation » des différents courants de l'acupuncture occidentale entre eux, comme de l'acupuncture avec la médecine occidentale, la chose ne pouvait pas être faite en quelques années et par la volonté d'un seul individu. Le docteur Schatz s'attaque aux problèmes délicats des relations entre disciplines et entre théories qui semblent incommensurables (la médecine chinoise et la médecine occidentale d'abord) d'un point de vue très pragmatique, et avec un grand espoir de conciliation. Nonobstant son travail et son abnégation, ces problèmes restent toujours sans solution et ces sujets de discussion sont encore actuels aujourd'hui.

Le travail du docteur Schatz se termine en 1983 et le docteur Georges Serres prend sa place comme président de la SIA. La tâche qui lui est confiée n'est pas facile. Les projets du docteur Schatz étaient déjà très ambitieux, utopiques et difficiles à défendre par leur auteur, mais celui-ci une fois disparu, son successeur ne réussit pas conserver le niveau d'efficacité et d'enthousiasme permettant de continuer à faire vivre la société.

Voici ce que nous dit la famille du docteur Schatz en parlant de la suite des activités :

Le nouveau président c'est le docteur le docteur George Serres, qui a eu toutes les difficultés de la terre. Nous on connaissait bien, c'est difficile de gérer une société comme ça, on n'est pas très aidé en général, beaucoup de choses retombent sur la personne, et l'entourage proche...

(F-29.2)

Il a eu beaucoup de difficultés. Il a essayé de recréer la revue, et s'est décarcassé pour trouver des articles inédits qui auraient pu intéresser tout le monde dans la revue de la SIA, mais il n'a pas été aidé, il aurait fallu qu'il paye tout de sa poche Personne ne voulait financer. On a été très méchant avec lui, j'ai eu l'impression. Je crois qu'il y avait des jalousies ou des trucs comme ça, on n'a pas été chic avec cet homme, on lui a tout laissé sur le dos...

(F-29.1)

La SIA, après quelques années de tentative d'une nouvelle vie (la revue, les diplômes internationaux d'acupuncture continuent d'exister pour quelques années), disparaît petit à petit et à la fin des années 1980, on n'entend plus parler d'elle.

Mais pour revenir au docteur Schatz, voyons comment on se rappelle de lui dans une page publiée quelques mois après sa mort :

Jean est mort, après une longue souffrance, après un long combat, qu'il a gagné. La vivacité de son regard, la lucidité de son esprit et la pureté de son visage en témoignaient ces derniers jours.

L'acupuncture doit beaucoup à cet homme fin, sensible, intelligent, exigeant, plein d'amour. Avec Claude Larre et Elisabeth Rochat de la Vallée, il nous a ramené aux textes fondamentaux, nous obligeant à les relire et à les réentendre. Il nous a dit leur enracinement dans la tradition chinoise et la vérité de cette vision. Il nous a dit cette langue chinoise et montré son extraordinaire capacité à décrire la vie. Précurseur, il nous a signifié que nous avions à revenir aux textes, inlassablement pour tenter de retrouver l'idée chinoise de l'homme. Depuis, le mouvement est lancé, des traductions voient le jour.¹

Nous pouvons donc penser que la contribution pour laquelle le docteur Schatz vit encore dans les souvenirs de ses confrères est le rôle qu'il a joué dans la naissance de l'EEA.

¹ Kespi J. M., *Revue Française d'Acupuncture*, janvier - mars, 1984, p. 5.

5. L'École Européenne d'Acupuncture

La naissance de l'École Européenne d'Acupuncture (EEA) nous est racontée par un de ses fondateurs. Elle nous dit comment cette école est née de la rencontre, vers 1969 du Père Claude Larre et du docteur Jean Schatz.

Tout a commencé...

...chez Monsieur et Madame Fano, Alice et Pierre Fano. Ils formaient un couple qui avait longuement vécu à Shanghai. [...] Après plusieurs péripéties, ils sont revenus en France dans les années 50, mais ils ont toujours eu un intérêt très fort pour la Chine et pour la culture chinoise, et en particulier Alice Fano. En effet, une fois en France, elle a continué à faire partie du groupe que le Père Larre avait monté avant que l'Institut Ricci de Paris ne soit fondé.

(F-28)

Le Père Larre, missionnaire jésuite, était parti en Chine en 1947 – après avoir obtenu une licence en lettres classiques – où il avait appris la langue chinoise. En avril 1952 il est ordonné prêtre à Shanghai, et la même année il est expulsé. Il séjourne quelques temps à Hong-Kong et aux Philippines. Il rentre en France en 1953 où il continue sa formation aux études taoïstes sous la direction de Max Kaltenmark. Entre 1956 et 1957 il a vécu au Japon, et dès 1956 il est nommé professeur de philosophie à Saïgon où il reste pendant dix ans à la direction de l'École jésuite, en même temps il commence à collaborer à la rédaction du Dictionnaire Ricci. Il revient en France, à Paris, en 1966 où il s'installe définitivement. En 1969 il termine son doctorat sur le Traité VII du *Huainanzi* et il commence à enseigner la philosophie chinoise au Centres d'Études philosophiques des Jésuites de France (aujourd'hui Centre Sèvres) et à l'Institut Catholique.¹

...Quand lui-même [le Père Larre] est rentré de Chine et du Vietnam, en 1966, il avait fondé un petit cercle qu'on appelait le Cercle de Jade, - en 67, 68, 69, par-là - et où un certain nombre de personnes, sinologues ou sinophiles, mais sinophiles de qualité, se réunissaient une fois par semaine pour travailler des textes. Alice Fano faisait partie de ce groupe. Mais aussi sœur Ina Bergeron, Isabelle Robinet, enfin il y avait plusieurs

¹ Cf. : Vandermeersch L., « Claude Larre (1919-2001) », in *Lettre d'information de l'Association française d'Études Chinoises*, n° 33, février 2002, et Larre C, *Trois Racines dans un jardin*, Genève, La Joie de Lire, 2000.

Site Internet <http://www.jesuites.com/actualites/archives/2001/larre.htm>.

personnes, et moi je suis venue dans ce groupe à partir de 1968-69. Et en effet, l'Institut Ricci qui a été fondé en 70-71, a été le développement de ce petit groupe.

Cependant Alice Fano continuait à faire des réunions culturelles chez elle. Elle recevait des Chinois, elle était une amie de François Cheng. Donc, à l'occasion d'une réunion sur je ne sais plus quel thème, parce que je n'y étais pas, le père Larre et le docteur Schatz se sont rencontrés et ...

[...] un intérêt double est né. Le docteur Schatz cherchait, lui, à comprendre la médecine chinoise dans sa réalité culturelle et à approfondir toute la théorie médicale. Il voulait revenir véritablement aux textes, savoir ce que c'était vraiment et non pas ce qu'on racontait. Et le Père Larre a été intéressé pour deux raisons: premièrement, il a trouvé que la médecine était intéressante parce qu'elle offrait un champ d'expériences, de réalisations du vitalisme chinois. C'est-à-dire ce n'était pas simplement de la pensée, de belles phrases, on voyait comment le vitalisme la vision du monde et du cosmos chinois apparaissait à l'action dans le corps et dans les traitements.

Et puis, deuxièmement, parce qu'il cherchait de parler à des gens en France. Il y avait bien sûr le petit Cercle de Jade, mais il voulait atteindre un public plus large, de personnes qui seraient prêtes à écouter ce que disait la Chine en profondeur et non pas simplement à s'emballer pour des idées très fausses.

À l'époque, dans les années 1969-70, il y avait énormément d'idées fausses en Europe sur la Chine, puisqu'on était en plein dans la période maoïste. Tous les intellectuels disaient que c'était splendide et des personnes comme le Père Larre ou Mère Ina Bergeron qui avaient vécu en Chine, qui savaient ce qui se passait disaient : « Ecoutez, la Chine c'est bien, mais ce qui se passe en ce moment ce n'est pas splendide. Ce n'est pas parce que nous sommes catholiques ou réactionnaires, non. Ce n'est pas splendide, et il faudrait aussi comprendre la Chine en profondeur ».

Il cherchait donc un public, et il s'est dit que le public des acupuncteurs ou des médecins acupuncteurs qui commençaient à se développer dans les années 70 d'une façon importante, était un bon vecteur. Ce en quoi, du reste, il avait raison.

(F-28)

Nous voyons comment les intérêts de ces deux personnes (Le docteur Jean Schatz et le Père Claude Larre) se rencontrent à une époque où en France, comme en Europe, la Chine attirait un vaste public, uni par les mêmes idéaux politiques. Bien évidemment la position d'un père jésuite c'est de faire connaître la « bonne Chine », celle des temps passés, plutôt qu'alimenter des conceptions - qu'il juge des malentendus - se diffusant après 1968 en France, comme en Europe.



Oscar Wexu, Dr Schatz, le Père Claude Larre.

Archive privé Marie-Christine Schatz

Tout ceci s'est précisé par la suite, bien sûr. C'était peut-être au départ plutôt une intuition.

Nous dit Elisabeth Rochat de la Vallée, et elle continue :

Et moi j'ai été également dans le coup tout de suite, je travaillais déjà le Chinois et avec le Père Larre, j'ai été très intéressée pour des raisons tout à fait analogues. En particulier parce que je m'intéressais beaucoup à la pensée chinoise, et à la vision du monde et de la vie. De plus, j'ai eu cette intuition, qui était très informelle, que la médecine pouvait servir de lien, enfin, de champ d'expérimentation. Il s'agissait de la pensée en action. Ça se passe sur quelque chose, le corps.

Ce n'était pas formulé d'une façon très claire à l'époque, mais j'ai senti que si l'on arrivait à faire quelque chose, que si l'on arrivait à faire les liens, etc., il y aurait eu une compréhension plus profonde, meilleure, qui pouvait s'harmoniser ou tout au moins, revaloriser aussi notre propre approche occidentale, que ça soit en science ou en spiritualité.

(F-28)

L'harmonie entre l'esprit et la science de l'occident, et la pensée chinoise semble être le mot clé de ce groupe de sinophiles. Le docteur Schatz nous parlait, de l'importance d'une harmonisation entre les différentes approches médicales, le Cercle de Jade confirme la définition de son travail.

Elisabeth Rochat de la Vallée collabore, depuis leur fondation, à l'EEA, aussi bien qu'à l'Institut Ricci. Dans le fragment d'entretien que nous venons de citer elle nous explique les motivations qui l'ont poussée à consacrer une grande partie de son temps et toute son application au travail mis en place par ces deux institutions. Après sa maîtrise en lettres classiques et en philosophie, encore très jeune, elle commence à étudier le chinois classique aux côtés du Père Larre et à travailler avec le docteur Jean Schatz. Plus tard (en 1974-1975), elle se rend à Taiwan pour perfectionner sa connaissance de la langue chinoise. Une fois rentrée en France, elle obtient une maîtrise et un Diplôme d'Etudes Approfondies de langue chinoise. À partir de 1976, elle devient un des personnages autour desquels l'activité de l'EEA, aussi bien l'Institut Ricci de Paris s'organise. Elle enseigne à l'EEA les bases théoriques de la médecine chinoise, traduit et commente les textes classiques de la médecine chinoise (*Huangdi neijing*, *Nanjing*, *Jiayijing*, *Shanghanlun*). À

l'Institut Ricci, puis au Centre Sèvres (Faculté jésuite), elle enseigne la pensée chinoise ancienne, et elle traduit avec le Père Larre des textes philosophiques, spécialement taoïstes (*Zhuangzi*, *Huainanzi*).

Alors, nous avons commencé, tous les trois [le Père Larre, le docteur Schatz et Elisabeth Rochat de la Vallée] à se dire qu'il fallait faire quelque chose, et Alice Fano était aussi tout de suite impliquée. Alors, elle nous a proposé de faire des réunions chez elle, une fois par semaine pour commencer à travailler les textes de médecine. [...]

Et on a commencé vaillamment par le *Suwen* premier chapitre, avec le Père Larre qui traduisait. Au début c'était affreux, on n'y comprenait rien. Puis, petit à petit, au fil des semaines, on a commencé à comprendre des choses. On était une douzaine de personnes, il y avait plusieurs acupuncteurs qui partageaient cet intérêt, il y avait Mère Ina et le Père Larre comme sinologues, il y avait Alice Fano aussi, pour aider à traduire. Et quand on a commencé, au bout de deux ou trois ans, à mieux comprendre de quoi il s'agissait, on s'est dit qu'il fallait que l'on en fasse profiter tout le monde, que l'on monte quelque chose, que l'on fasse des conférences où l'on dise où l'on en était.

D'un autre côté, en plus de ces réunions hebdomadaires, j'avais commencé à travailler beaucoup les traductions des textes médicaux, donc je me suis plongée en particulier dans le *Suwen* comme on se jette à l'eau. Je commençais aussi à lire des textes de médecine, beaucoup plus simples, des livres plus récents. Et avec le docteur Jean Schatz nous n'arrêtons pas de regarder, et de traduire, et de travailler plusieurs fois par semaine sur les textes. Et cela nous le faisons le soir, après le travail, c'est à dire on travaillait de dix heures du soir à trois heures du matin. Et oui, c'était ça. Deux, trois, quatre fois par semaines, nous étions jeunes...

Ensuite nous avons essayé de faire des petits groupes avec des médecins acupuncteurs, pour dire voilà un peu ce que l'on dit en chinois. De reprendre véritablement les textes chinois, la doctrine chinoise, une meilleure compréhension à partir du chinois. Nous avons fait des réunions davantage orientées sur la médecine, et nous en avons fait aussi chez le docteur De Tymowski, qui à l'époque était le président de la Société Internationale d'Acupuncture, à Paris. Mais nous n'avions pas l'idée de faire un groupe formel ni rien, nous faisons ces réunions où nous donnions tout le travail que nous avions fait pendant la semaine. Et puis on s'est aperçu qu'il y avait certaines personnes qui photocopiaient, qui prenaient des notes, et qui après publiaient, etc... Alors on s'est dit, qu'il fallait fonder quelque chose, et on a fait une association loi de 1901, qu'on a appelé « Ecole Européenne d'Acupuncture », en 1975-1976, et on a commencé à donner des cours, à Paris, au Centre Sèvres, le soir une fois par semaine. Il y venait des médecins, les

responsables des principales associations. Plus tard on a également commencé à donner des cours dans des écoles. Le premier lieu où nous sommes allés, à l'étranger, c'était à Milan à l'école Sowen avec Yvonne Mollard-Brusini. Yvonne, on se connaît depuis 73, ça fait 31 ans qu'on se connaît.

(F-28)

Le témoignage que nous venons de citer illustre bien l'atmosphère dans laquelle les premiers travaux de l'EEA prennent forme, et comment cette école est structurée. Le travail se fait toujours autour de quelques individus très déterminés, qui consacrent beaucoup de leurs énergies à l'exégèse des textes médicaux chinois en s'adressant aux praticiens intéressés par les textes anciens. Rapidement après sa constitution, l'EEA collabore avec les principales écoles d'acupuncture en France. Les programmes de ses cours sont régulièrement publiés sur les principales revues d'acupuncture françaises¹, et en 1984, elle collabore avec l'Ecole Française d'Acupuncture (EFA) qui débute les premiers cours d'acupuncture à l'université².

Nous voyons aussi comment des liens importants se mettent en place entre la France et l'Italie. Un des premiers lieux où les fondateurs de l'EEA se dirigent, est l'école Sowen de Milan, dont nous aurons occasion de parler en analysant la situation italienne.

Mais il faut aussi savoir que l'histoire et toute l'activité de l'EEA sont strictement liées à la naissance de l'Institut Ricci de Paris.

Fondé en 1972 par le Père Claude Larre, l'Institut Ricci de Paris, à son début, se crée par la volonté de faire revivre l'idée du Père Yves Raguin, née à Taiwan un peu plus qu'une dizaine d'années auparavant. Le Père Raguin désirait préparer un dictionnaire de chinois (qui au début était conçu vers cinq langues) qui se présentait comme un travail très important. Dès les années 1950, il se lance dans l'entreprise. Il crée ensuite, en 1958, un premier Institut Ricci à Taipei, qu'il a dirigé jusqu'à 1996, pour soutenir ce projet de dictionnaire, et aussi pour suivre sa vocation qui

...est de contribuer à la compréhension en profondeur de la culture chinoise, au travers de recherches, débats et publications.³

¹ La *Revue de la Société Internationale d'Acupuncture*, la *Revue française d'acupuncture*, la revue *Acupuncture*.

² Cf. : Olivo H., « Éditorial », *Méridiens*, n° 67-68, p. 9-11.

³ Page d'accueil du site de l'Institut Ricci de Taipei : http://www.jesuites.com/missions/hors_frontiere/riccитайpei.htm.

Une fois rentré en France, le Père Larre met en place le Cercle de Jade avec le même esprit qu'il avait connu à l'Institut Ricci de Taipei. Dès les premières années il travaille sur les définitions du premier dictionnaire qui sera publié en 1976 par l'Institut Ricci.

Au Cercle de Jade, aussi bien qu'au début de l'Institut Ricci, nous avons travaillé sur un certain nombre de définitions. C'était le début des années 1970. C'est là qu'on a fait toutes ces présentations des hexagrammes, on y a passé plus d'un an. Parce qu'on a repris tout le texte du *Yijing*, et l'on a regardé comment on pouvait rendre quelque chose qui était assez proche du chinois, mais qui évidemment n'était pas la traduction, parce que c'était incompréhensible, donc de ramasser en une phrase ou deux l'essentiel de l'hexagramme. On y a passé des centaines d'heures pour faire ces calculs. Je m'en souviens encore, c'était passionnant du reste.

Mère Ina [Bergeron] était aussi une spécialiste du *Livre des mutations* ; elle avait étudié avec des lettrés chinois ... mère Ina Bergeron. Franciscaine, sinologue, qui avait beaucoup vécu en Chine et qui avait appris le chinois classique, en particulier elle avait étudié le *Livre des mutations*, avec des lettrés chinois quand elle était dans les prisons de Mao¹.

En 1972 le Père Larre a fondé l'Institut Ricci de Paris comme une sorte d'annexe, d'émanation de l'institut Ricci de Taipei. Nous avons commencé à fonctionner comme un institut, nous avons travaillé sur plusieurs choses, et nous avons commencé, petit à petit, à développer des enseignements. En particulier tout l'enseignement sur le taoïsme, le Lao-Tseu, le bouddhisme avec des cours réguliers qu'il faisait à la faculté des Jésuites. Dès que le centre de la faculté des Jésuites s'est ouvert, il y avait un cours que l'institut Ricci a toujours depuis.

(F-28)

L'Institut Ricci de Paris devient un centre

...spécialisé dans l'étude et l'enseignement de la philosophie et de la spiritualité chinoises, particulièrement du Taoïsme, ainsi que de la médecine chinoise traditionnelle. Il vise un public sensible à l'orientalisme dans ses manifestations philosophiques, spirituelles et médicales.²

¹ Cf. : Bergeron M.I., *D'un bout du siècle à l'autre*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

² Page d'accueil du site de l'Institut Ricci de Paris : http://www.institutricci.org/A1_accueil.

Nous avons ainsi d'un côté l'Institut Ricci de Paris où travaillaient le Père Larre et Elisabeth Rochat de la Vallée, et de l'autre l'EEA qui se crée quelques années plus tard, mais qui reste étroitement liée à l'Institut Ricci (les deux centres ont toujours partagé le même siège). Le président de l'EEA est le docteur Jean Schatz jusqu'à 1984, l'année de sa disparition, il aura pour successeur le Père Claude Larre jusqu'à l'année 2000 et plus tard le docteur Patrick Richer qui en est encore actuellement le président. Néanmoins les enseignants principaux de cette école ont toujours été le docteur Schatz, le Père Larre et Elisabeth Rochat de la Vallée¹.

À l'heure actuelle l'activité de l'Institut Ricci comporte quatre secteurs principaux : enseignement, colloques, publications et recherche. Les enseignements se font sous forme de cours réguliers ou de séminaires. Ils se déroulent à Paris dans différents lieux (comme le Centre Sèvres) et dans différentes villes de France. L'Institut Ricci de Paris organise tous les trois ans, en septembre, un Colloque International de Sinologie, qui porte sur les différents aspects des échanges entre la Chine et l'Occident à travers l'histoire de leurs relations.

La recherche porte principalement : sur l'étude et la traduction des textes qui sont à la base de l'enseignement classique (de la médecine et du taoïsme, en particulier) sur les rapports de la spiritualité chinoise et du christianisme, sur la lexicographie et sur la traduction de vocabulaires techniques ou spécialisés (en rapport avec les travaux du Grand Ricci). Les publications se font sous forme : de fascicules produits et distribués par l'Institut Ricci, dont une grande partie concerne la médecine chinoise² ; de coédition pour des ouvrages plus importants, particulièrement avec Desclée de Brouwer ; d'articles dans

¹ Notons que, à l'heure actuelle, l'activité de l'EEA dépend entièrement des travaux et de la réputation d'Elisabeth Rochat de la Vallée. Aucun « successeur » ne semble se préparer pour assurer la suite de l'École, bien que les séminaires soient tenus aussi par d'autres membres de l'EEA

² Nous citons ici les principales publications de l'Institut Ricci et de l'EEA concernant la médecine chinoise : Larre C., Rochat de la Vallée E., Schatz J., *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994 (première édition 1976) ; Larre C., Rochat de la Vallée E., Schatz J., *Les énergies du corps*, Milan, Sowen, 1977 (?).

Une série de fascicules édités par l'Institut Ricci : Larre C., Rochat de la Vallée E., *Plein Ciel. Suwen 1. L'élan de la vie authentique ; Assaisonner les Esprits. Suwen 2, Les grands rythmes de la vie ; Vif, Suwen 3. L'animation sous son double aspect de vitalité et de vivacité ; Par cinq, Suwen 5. Organisation vitale dans la synthèse yin/yang et des cinq Eléments ; Fil, Suwen 8. Les douze grandes fonctions de l'organisme, à l'image de l'Empire ; Cascade, Lingshu 8. Normalité et dérèglement de la psychologie ; Rochat de la Vallée E., *Toux, Suwen 38 et autres textes du Neijing ; Fragments de tradition orale, Lingshu 28 ; Pathologies dites BI ; Pathologies dites WEI ; Les points du poulmon, explication des noms des points ; Les points du gros intestin, explication des noms ; Les points de l'estomac, explication des noms ; Les points du Maître-Coeur, explication des noms des points ; Les émotions ; Fèvre F., Métaillé G., *Le dictionnaire Ricci des plantes de la Chine*, Paris, Association Ricci et éditions du Cerf, 2005 ; Larre C., Rochat de la Vallée E., *Le vie, la médecine et la Sagesse*, Paris, Cerf, 2005.**

différentes revues, régulièrement ou occasionnellement.¹ L'important travail de compilation du dictionnaire chinois français a été publié en différentes étapes et sous différents formats, devenant dans les années de plus en plus exhaustif. En 1976 apparaît le *Dictionnaire Français de la Langue Chinoise* (Institut Ricci, Kuangchi Press), quelques années plus tard le *Dictionnaire chinois-français de poche* (Institut Ricci - Kuangchi Press), en 1999 le *Dictionnaire Ricci de caractères chinois* (Instituts Ricci, Desclée de Brouwer) et en 2001 le *Grand Dictionnaire Ricci de la langue chinoise* en huit volumes (Instituts Ricci, Desclée de Brouwer) qui renfermant 8705 pages, reprend la somme précédente des caractères chinois singuliers, en y ajoutant quelque 300000 expressions et une annexe encyclopédique sur la culture chinoise.

Aujourd'hui l'EEA organise son enseignement en séminaires, un soir par semaine - le mercredi soir – et pendant les week-ends – trois week-ends par ans, plus quelques week-ends exceptionnels.

Elle s'attache à présenter son enseignement uniquement en fonction des textes chinois. Elle utilise les grands classiques de base de la médecine : *Huangdi Neijing* (*Suwen* et *Lingshu*), *Nanjing*, *Shanghanlun*, *Jingui yaolue*. Des commentaires de toutes les époques, des manuscrits anciens et les ouvrages de la Chine contemporaine viennent enrichir la lecture. L'ensemble de l'enseignement aboutit ainsi à l'acquisition, par les participants, d'un vocabulaire de chinois médical, inséré dans la pensée chinoise.²

Le Père Larre étant disparu en décembre 2001, depuis plusieurs années les cours sont assurés par Elisabeth Rochat de la Vallée et par quelques médecins acupuncteurs fréquentant depuis longtemps l'école et ayant acquis, par la formation de l'EEA, aussi bien que par leur propre parcours personnel, une connaissance de certains textes ou de certains sujets précis de la médecine chinoise.

Les séminaires pendant les week-ends sont toujours monographiques, tandis que les conférences données pendant la semaine suivent un programme annuel :

Cet enseignement c'est devenu de plus en plus une très bonne introduction de la pensée classique à travers le chinois classique. Par exemple, en introduction au chinois classique, on fait le chapitre 2 du *Suwen* mais on l'aborde, non pas tellement pour son intérêt médical, mais pour entrer dans la structure du chinois classique, parce que c'est un

¹ Cf. : Page d'accueil du site de l'Institut Ricci de Paris.

² Brochure de présentation de l'EEA.

chapitre qui est assez facile : il commence par les quatre saisons, et il répète quatre fois la même structure de phrase. Ce qui fait que il apprend aux gens une structure. La première fois, ils ne comprennent pas, la deuxième fois ils ont une idée, la troisième fois ça se précise, la quatrième fois ils ont compris.

Et en même temps, ceux qui sont dans la médecine, ils ont travaillé un texte qui est quand même un classique de médecine, ils peuvent faire des relations s'ils veulent, et ceux qui ne sont pas dans la médecine, ça ne gêne absolument pas parce que c'est aussi un texte général...

Dans nos cours il y a des acupuncteurs, il y a des gens qui sont intéressés par le *Qigong* ou autre, mais il y a aussi des gens qui viennent tout à fait par ailleurs... là, le public est très diversifié

(F-28)

Comme il est dit ci-dessus et comme nous avons pu vérifier pendant nos observations à l'EEA le public qui suit les cours est composé de médecins et de non médecins¹ pratiquant l'acupuncture ou d'autres techniques de soin venant de Chine, ou simplement intéressés par la médecine chinoise sans la pratiquer. Il s'agit pour la plupart de médecins passionnés par leur travail d'acupuncteurs et éprouvant le besoin de poursuivre leurs études au-delà de l'enseignement acquis pendant leur première formation. Dans l'analyse des questionnaires que nous avons distribués, à la question « Comment pensez-vous employer l'enseignement fourni par l'EEA ? » nous trouvons des réponses telles que :

- Comme enrichissement de base à utiliser par rapport à l'enseignement des autres écoles
- Pour donner à la pratique une dimension traditionnelle
- Pour utiliser des notions venant des textes traditionnels pour améliorer le choix thérapeutique et pour le patient. Comme enrichissement personnel
- Pour se nourrir de l'« esprit » de la médecine chinoise. Approfondissement de la connaissance des points pour améliorer la pratique professionnelle
- Comme enrichissement de base à utiliser par rapport à l'enseignement des autres écoles
- Pour éclaircir les idées et compléter les connaissances
- Pour approfondir et rendre plus globale ma pratique

¹ Selon les questionnaires que nous avons distribués, les non médecins représentent un tiers du public.

- Dans la vie personnelle et dans la pratique professionnelle
- Comme intérêt culturel¹

Ces séminaires correspondent donc à un « enrichissement » autant pour la pratique que pour la vie personnelle de ces médecins. Nous voyons l'importance de la dimension « traditionnelle », qui fait partie de cet enseignement, et qui se révèle précieuse pour le public qui s'en sert pour améliorer leur pratique clinique.

Quelques médecins affirment suivre les cours de l'EEA comme « formation continue ». Effectivement les séminaires de cette école donnent des points d'accréditation pour la formation continue des médecins. Il s'agit de séminaires qui ne prévoient pas une fréquentation régulière, mais qui peuvent être fréquentés selon les disponibilités de chaque participant. Mais, malgré tout, il existe véritablement un public de médecins qui est présent aux cours de l'EEA depuis des décennies, devenant de vrais habitués.

Pour terminer, il faut rappeler l'importance au niveau international de cette école d'acupuncture. Comme nous l'avons dit, elle entretient des relations avec d'autres écoles d'Europe, aussi bien qu'en dehors de l'Europe. Elisabeth Rochat de la Vallée enseigne les fondements de la médecine traditionnelle chinoise, la pensée et la langue chinoise classique en France, Allemagne, Angleterre, Belgique, Brésil, Canada, Espagne, Etats-Unis, Finlande, Hollande, Israël, Italie, Pologne, Suède, Suisse. De plus les publications de l'EEA, aussi bien que celles de l'Institut Ricci (nous pensons en particulier aux *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*) sont parmi les ouvrages les plus connus dans le monde occidental de la médecine chinoise, qui sont traduits en d'autres langues.

L'interrogation des médecins acupuncteurs venant d'autre pays que la France (notamment d'Italie et de France) nous a confirmé que souvent les textes de l'Institut Ricci aussi bien que les séminaires de Elisabeth Rochat de la Vallée constituent la base de leur formation à la médecine chinoise. En particulier, ces médecins affirment que ces ouvrages servant de lectures fondamentales pour comprendre l'esprit chinois (ils parlent souvent de la pensée chinoise sinon carrément de « la philosophie chinoise »). Le travail mené par l'Institut Ricci, nous l'avons vu, est encore aujourd'hui apprécié pour sa capacité de donner des explications captivantes, avec des choix clairs, pour un public large des textes fondamentaux de la médecine chinoise avec l'ambition de revenir au chinois classique et donc à l'essence de la civilisation chinoise.

¹ Les neuf réponses correspondent à 69% des réponses reçues par les questionnaires distribués pendant un séminaire d'un week-end à l'EEA. N.B. : Nous avons analysé uniquement les réponses données par les médecins, et non celle données par les non médecins présents au cours.

6. L'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France et les « acupuncteurs modernistes »

Après la séparation des deux principales sociétés d'acupuncture (la SFA et la SA) qui s'étaient regroupées en 1965, les membres de la SA restructurent leur association et prennent le nom d'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF, qui était le nom de l'association pendant la courte fusion). Le docteur Marcel Martiny est de nouveau Président, les Vice-Présidents étant le docteur Benichou et le docteur Lacombe, médecin militaire. La composition du Comité de direction de l'ASMAF est changée chaque année à l'occasion de l'assemblée générale de l'association. La présidence est ainsi assurée par le docteur Khoubesserian en 1969 et par le Médecin Général Labrousse en 1970 (qui, nous le rappelons, avait été Président de la SFA jusqu'à 1965). En revanche, le Médecin Général Georges Cantoni, Président dès 1971, le sera jusqu'en 1993 (pendant son mandat, l'ensemble du Comité de direction changera de façon moins fréquente qu'auparavant). En 1968 fait aussi son apparition la revue *Méridiens*. Organe de publication de la nouvelle ASMAF, elle sera une des revues françaises d'acupuncture les plus répandues et les plus connues entre 1968 et 2000.

L'ASMAF entreprend son action en 1969 à la lumière du souvenir du « maître » autour duquel ce groupe de médecins avait commencé à se réunir. En 1969, les éditoriaux des premiers numéros de *Méridiens* sont écrits par le Président et sa femme (les docteurs Martiny) et rappellent l'entreprise de George Soulié de Morant.

Ce livre des livres [*l'Acupuncture Chinoise*], qui réunit tous ses travaux, et qui va sans doute être réédité, montre ce que l'Acupuncture en Occident doit à son intelligence, à sa persévérance, au travail écrasant qu'il a fourni.¹

L'admiration et la fidélité à George Soulié de Morant resteront présentes et vives jusqu'à nos jours. L'ASMAF était et restera l'école « de Soulié de Morant ». Les textes du maître, ainsi qu'il est dit par Marcel Martiny, ont été non seulement régulièrement réédités, mais sont aussi une référence pour plusieurs médecins de cette association².

¹ Martiny M., « Éditorial », *Méridiens*, n° 7-8, 1969, p. 11.

² En 2004, nous avons assisté à une « Journée Soulié de Morant ». L'intervention du docteur S. sur « La Place du Système Nerveux Autonome (SNA) dans l'œuvre de G. Soulié de Morant », exégèse du *Précis de la vraie acupuncture chinoise* de G. Soulié de Morant montrait l'actualité scientifique de ce texte. Soulié de Morant était présenté comme le précurseur de la véritable acupuncture scientifique défendue par l'ASMAF.

Mais au-delà du souvenir de George Soulié de Morant, le travail de l' Association Scientifique de Médecins Acupuncteurs de France est pour l'essentiel fondé sur deux axes : la démonstration de la scientificité de l'acupuncture et son enseignement.

6.a. L'acupuncture scientifique

Les différentes approches de l'acupuncture se dessinent en France dès les années 1960. Mais c'est surtout au début des années 1970 que se définit l'attitude moderniste ou scientifique poursuivie par les médecins de cette association. Dans la revue *Méridiens*, en effet, apparaît - presque à chaque sortie - la rubrique « Mouvement Scientifique » qui contient des articles portant sur des essais de preuves de la validité scientifique de l'acupuncture, sur les liens possibles entre la médecine occidentale et l'acupuncture ou sur l'évaluation et la recherche expérimentale en médecine chinoise. Nous en présentons une sélection dans les listes 1, 2 et 3.

Liste 1. Articles sur la vérification scientifique de l'efficacité et de la véridicité de l'acupuncture

- Cantoni G., « L'action des aiguilles électrodes en Acupuncture », *Méridiens*, n° 9-10, 1970, p. 35-46
- Borsarello J., « La cartographie isotherme est-elle un moyen de mettre en évidence les méridiens de l'Acupuncture Chinoise », *Méridiens*, n° 11-12, 1970, p. 91-96
- Borsarello J. et Pontigny J., « Enregistrement d'une série de pouls radiaux avec la sphygmographie de Pontigny sur des Secteurs Radiales », *Méridiens*, n° 19-20, 1972, p. 105-110
- Cantoni G., « La théorie du 'Gate Control System' peut-elle expliquer l'analgésie par l'Acupuncture ? », *Méridiens*, n° 21-22, 1973
- Cantoni G., « Les biopotentiels cutanés et la relativité Inn/Iang en Acupuncture », *Méridiens*, n° 23-24, 1973
- Jarricot H., « De quelques démonstrations tangibles de l'action acupuncturale », *Méridiens*, n° 27-28, 1974, p. 49-60
- Centre Lyonnais d'Acupuncture, « Travail préliminaire sur l'objectivation par la thermographie d'une action vasomotrice périphérique de l'acupuncture » *Méridiens*, n° 45-46, 1979, p. 149-184
- Pontigny J., « Bio-différences de potentiels cutanés et l'acupuncture », *Méridiens*, n° 51-52, 1980, p. 83-96
- Cantoni G., « Résonance moléculaire en Acupuncture », *Méridiens*, n° 67-68, 1984, p. 77-86
- Crovisier R., Boissinot E., « Action de trois point d'acupuncture sur la motricité gastrique étudiée par électro-gastrographie », *Méridiens*, n° 87, 1989, p. 59-75
- Bigeon D., Chantier E., Desprat J., « La réalité scientifique de l'éternel point d'acupuncture », *Méridiens*, n° 91, 1990, p. 77-100
- Castera P., « L'acupuncture est-elle une méthode à l'efficacité scientifiquement établie pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac ? », *Méridiens*, n° 111, 1998, p. 145-160

Liste 2. Articles sur les liens entre la médecine conventionnelle et l'acupuncture

- Borsarello J., « Hydrodynamique et Sphygmologie chinoise », *Méridiens*, n° 9-10. 1970, p. 47-55
- Cantoni G., « Les projections centrales somato-viscérales et leur relation avec l'Acupuncture », *Méridiens*, n° 11-12, 1970 p. 73-90
- Martiny M., « Embryogénèse et Acupuncture », *Méridiens*, n° 21-22, 1973, p. 139-154
- Cantoni G., Pontigny J., « Les biopotentiels cutanés et la relativité Inn/Iang en Acupuncture », n° 23-24,

1973, p. 83-95

- Cantoni G., Pontigny J., « Action des micro-énergies électriques impulsionnelles sur les points chinois », *Méridiens*, n° 31-32, 1975, p. 61-72
- Bossy J., « La douleur : Orient-Occident », *Méridiens*, n° 37-38, 1977, p. 39-73
- Mary M., « Electro-anesthésie et Acupuncture », *Méridiens*, n° 39-40, 1977, p. 63-72
- Choain J., « Embryogenèse et médecine traditionnelle chinoise », *Méridiens*, n° 39-40, 1977, p. 73-112
- Bossy J., « Les différents points d'acupuncture, leurs caractères, leur répartition et leurs liaisons avec les structures connues », *Méridiens*, n° 41-42, 1978, p. 73-96
- Bossy J., « Les rythmes dans la médecine chinoise et leurs correspondances en Occident », *Méridiens*, n° 43-44, 1978, p. 67-106
- Bossy J., « Les neurotransmetteurs et les endorphines dans l'acupuncture », *Méridiens*, n° 47-48, 1979, p. 101-124
- Jarricot H., « Dermalgies-réflexes viscéro-cutanées postérieures et organisation nouvelle du Méridien principal de la Vessie », *Méridiens*, n° 51-52, 1980, p. 97-126
- Bossy J., « Formation réticulaire et acupuncture », *Méridiens*, n° 55-56, 1981, p. 73-94
- Miguères J., « Hypothèses de corrélation entre acupuncture et embryologie », *Méridiens*, n° 61-62, 1983, p. 117-131
- Borsarello J., Crespo J.-C., Mené D., « Acupuncture et sciences modernes », *Méridiens*, n° 77, 1987, p. 76-108
- Pontigny A. et J., « De la radio-électricité à l'électro-biologie interférentielle et leurs rapports avec l'acupuncture scientifique », *Méridiens*, n° 97, 1992, p. 85-108
- Poquemal M., « Biophysique et Acupuncture : un mariage heureux », *Méridiens*, n° 107, 1996, p. 79-98
- Pontigny J., « Electricité Cutanée : son rapport avec l'Energie yin/yang », *Méridiens*, n° 109, 1997, p. 115-136
- De Wurstemberger B., « Allergologie et Acupuncture », *Méridiens*, n° 113, 1999, p. 99-132
- Triadou P., « Evaluation de la qualité des soins en acupuncture », *Méridiens*, n° 113, 1999, p. 99-102 ;

Liste 3. Articles sur l'évaluation en acupuncture

- Cantoni G., « Quelques aspects de la recherche expérimentale en Acupuncture », *Méridiens*, n° 19-20, 1972, p. 97-104
- Mary M., « Essai d'évaluation énergétique en acupuncture par la mesure des bio-différences de potentiels électriques », *Méridiens*, n° 35-36, 1976, p. 27-32
- Boisser B., « De la démonstration expérimentale de l'existence du Corps Energie de l'homme », *Méridiens*, n° 93, 1991, p. 63-118
- Hansske H.-A., « Essais cliniques et acupuncture », *Méridiens*, n° 102, 1994, p. 113-146
- Triadou P., « Evaluation de la qualité des soins en acupuncture », *Méridiens*, n°112, 1999, p. 59-73
- Nguyen J., « Pour une évaluation confiante et déterminée de l'Acupuncture », *Méridiens*, n°112, 1999, p. 73-88
- Triadou P., « Evaluation de la qualité des soins en acupuncture », *Méridiens*, n°112, 1999, p. 59-72
- Suzuki T., Coll, « Évaluation clinique et électromyographique de l'effet de l'acupuncture sur les patients souffrant de torticolis spasmodiques », *Méridiens*, n°115, 2000, p. 17-26

Nous remarquons, sans entrer dans le détail de chaque article, que les tentatives de donner une explication scientifique de l'acupuncture remontent vraisemblablement, en grande partie, à la décennie 1970-1980. En effet, 67 % des articles cités dans la liste 1 sont publiés dans cet intervalle de temps. En revanche, parmi les articles portant sur les possibles correspondances et relations entre la médecine chinoise et la médecine occidentale (que nous avons recueillis dans la liste 2) 60 % ont été publiés après 1978. Pour finir, notons que 75 % des articles concernant l'évaluation en acupuncture (liste 3) sont publiés après 1991.

Les chiffres que nous avons rapportés ne sont pas exhaustifs, et il ne prennent en considération qu'une seule revue de l'époque (*Méridiens*) ; ils montrent néanmoins comment les intérêts vis-à-vis de l'acupuncture changent dans le temps et ceci relativement rapidement, du moins au sein de l'Association Française des Médecins Acupuncteurs de France.

L'analyse des titres des articles cités montre comment l'approche scientifique de l'acupuncture s'exprime au sein de cette association, mais elle permet aussi de définir plus précisément à quoi cette approche correspond réellement. La qualification de « modernistes » ou de « scientifiques » naît par opposition à une vision de l'acupuncture plus liée à une soi-disant « tradition » chinoise (à laquelle il est nécessaire se référer pour pratiquer une acupuncture digne d'être considérée comme une véritable médecine). Etre moderniste veut donc dire, pour ces médecins acupuncteurs, être à même de prouver la scientificité de l'acupuncture, trouver des correspondances entre des éléments de la médecine conventionnelle- représentant la science moderne - et le fonctionnement de l'acupuncture, évaluer l'efficacité de l'acupuncture.

Entre 1970 et 1980, les travaux des médecins militaires Georges Cantoni et Jean Borsarello visent à soutenir cette perspective. De fait, nous pouvons noter que ces deux noms sont très présents dans la liste 1.

Georges Cantoni, médecin d'origine corse, fait sa carrière militaire en participant aux Forces Françaises Libres lors de la Deuxième Guerre mondiale puis, plus tard, en Indochine. Il reçoit « les plus grands honneurs militaires »¹ pour ses années passées dans l'armée. Ayant quitté l'armée, il applique ses capacités de direction à la présidence de l'ASMAF. Borsarello le décrit en disant :

On parlait de Cantoni avec, en tête, l'image d'un homme de grand cœur qui cachait sa sensibilité sous des aspects quelquefois terribles.²

Son approche de l'acupuncture est résumée en ces termes par H. Olivo :

...[Le Médecin Général Cantoni] milite pour la convergence de la science moderne et de la tradition extrême-orientale, à travers les médecines chinoise et l'occidentale « qui s'appuient sur des séméiologies différentes, aussi bonne l'une que l'autre ».

¹ Borsarello J., « Georges Cantoni », *Méridiens*, n° 99-100, 1993, p. 15.

² Borsarello J., *Ibidem*, p. 16.

Au fil des années, il avait conservé cette vision œcuménique, mais il paraissait, par instant, être agacé par l'importance grandissante accordée, selon lui, au langage symbolique et à la philosophie des textes chinois anciens.¹

Le médecin Jean Borsarello est l'élève du General Cantoni, comme il nous le raconte :

Je rentrais d'Indochine, j'allais sur une base aérienne en Afrique du Nord, et de là on m'a envoyé à Salon de Provence comme médecin capitaine à l'époque. Alors là le médecin-chef c'était un énorme type, énorme, il était dur comme tout, il faisait de l'acupuncture. Ce qui était un peu curieux ! Et alors il aimait bien avoir des élèves, mais il n'en avait aucun. Et donc moi je me suis mis derrière lui quand il travaillait et je suis devenu son seul élève....

(F-30)

La collaboration entre ces deux médecins militaires commence à la fin des années 1950, Borsarello d'abord comme élève de Cantoni, ensuite comme collègue. Ils travaillent pendant quelques années ensemble au Centre d'Enseignement et de Recherches de Médecine Aérospatiale de Paris et ils publient plusieurs articles, dont certains sont cités plus haut.

Une fois devenu Président de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs, c'est dans les éditoriaux qu'il rédige pour de nombreux numéros de la revue *Méridiens* que Cantoni exprime ouvertement son opinion sur la relation existant entre l'acupuncture et la médecine scientifique :

Les traductions de Soulié de Morant, Chamfrault et tant d'autres, ont permis le passage du chinois au français, et des ouvrages récents ont encore mis l'accent sur le détail de la tradition chinoise. Il nous appartient maintenant de passer du français littéraire au français scientifique, car il n'y a aucun doute sur le fondement, le substratum, pourrait-on dire, des pensées extrêmes orientales dans le domaine scientifique. Il va falloir reprendre l'acupuncture par l'autre bout de la lorgnette, à partir de la neurophysiologie et de la biologie, pour revenir aux lois de l'acupuncture chinoise par le difficile chemin de la

¹ Olivo H., « Éditorial », *Méridiens*, n° 99-100, 1993, p. 10. Notons aussi que Cantoni rencontre George Soulié de Morant avant la mort de ce dernier. Le général Cantoni ne devient pas un élève de Soulié de Morant, ne lui rendant que quelques visites. Malgré cela, il estime le travail de Soulié de Morant surtout pour la rigueur scientifique de ses textes et sa capacité à travailler à côté des médecins hospitaliers, Cf. : Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 21-22, 1973, p. 9-10.

recherche. Alors, familiarisés avec ce langage qu'ils comprennent, les chercheurs voudront bien admettre que le passage « Lo » peut se traduire par un transfert ionique en évoquant des fibres associatives, que la réalité inn-iang n'est que le reflet de phénomènes de polarisation, dépolarisation, repolarisation, surpolarisation, enfin que les points chinois ne sont rien d'autres qu'une projection cutanée « en éventail » des organes profonds, considérée sous un angle fonctionnel par l'intermédiaire des plexus et reliée métamériquement à certaines zones du cerveau issues des mêmes ébauches embryonnaires.¹

Or, s'il est fondamental de passer d'un langage « littéraire » à un langage « scientifique », il faut aussi qu'une vision scientifique puisse justifier le fonctionnement de l'acupuncture. Le docteur Cantoni propose une perspective du fonctionnement de l'action de l'acupuncture sur la physiologie humaine :

Si l'on considère tout être vivant comme un espace moléculaire limité par une membrane qui le sépare de l'espace physique ouvert, il est aisé de comprendre que toute circulation d'énergie est fonction des niveaux d'excitabilité dans cet espace constamment soumis à des signaux d'origine externe ou interne qui se comportent comme autant de stimuli tendant à faire varier l'état général ou local de cette excitabilité. Ces variations deviennent pathologiques, lorsqu'elles dépassent leurs oscillations normales, c'est-à-dire celles qui correspondent aux rythmes biologiques.

La stimulation sous toutes ses formes a été utilisée par les acupuncteurs pour tenter de modifier le terrain électrique en intervenant sur les circuits dont les points chinois ne seraient qu'une projection périphérique. [...]

L'acupuncture ne pourra progresser, en tant que biologie de l'homme considérée dans sa totalité, que si les moyens modernes d'exploration sont connus et développés, grâce à la collaboration de plus en plus nécessaire entre les médecins acupuncteurs et les scientifiques de toutes disciplines.²

Nous lisons ce que le médecin militaire Cantoni dit à propos de sa conception de la vie et du fonctionnement humain et nous en reconnaissons des éléments très proches de la

¹ Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 15-16, 1971, p. 13.

² Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 29-30, 1975, p. 8.

conception chinoise du corps¹, mais en même temps très inspirés par une vision biomédicale.

De plus, pour ce qui est du grand essor de l'acupuncture utilisée comme analgésique ou comme anesthésique auquel on assiste dans les années 1970, le docteur Cantoni affirme :

Depuis quelques années, de nombreux physiologistes ont essayé de percer le mystère de l'action du signal acupunctural. Sur le plan neurologique, les voies de conduction se situent certainement à l'échelle de certains circuits extrêmement fins constitués par des neurones embryologiquement couplés et dont les projections somatotopiques centrales sont constamment agitées par des interférences de potentiels électriques évoqués qui déterminent les transferts ioniques à travers les membranes. Il est donc possible de modifier sélectivement l'état de polarisation de certaines structures fonctionnelles grâce à l'apport de micro-énergies, à condition que la polarité soit respectée et qu'elles restent dans les normes biologiques. Ces modifications sont à l'origine des phénomènes de facilitation et d'inhibition dans la transmission des signaux nerveux ; elles présentent donc un grand intérêt pour les acupuncteurs quand ils tentent à rétablir une polarisation normale thérapeutique ou créer une polarisation artificielle comme c'est le cas dans l'analgésie. En réalité, l'influence de ces micro-courants est beaucoup plus complexe à l'échelle moléculaire et seule la chimie électronique du système nerveux peut actuellement en faire entrevoir quelques aspects.²

La volonté de donner une justification aux possibilités thérapeutiques de l'acupuncture est certainement l'élément de base de la pensée professée tant par le Général Cantoni que par l'ASMAF. Mais cette orientation de l'ASMAF ne durera que jusqu'aux années 1980.

Revenant aux listes que nous avons dressées plus haut, notons que, si dans la liste 1, plusieurs articles sont écrits par le docteur Cantoni et le docteur Borsarello, dans la liste 2, après 1980, d'autres médecins interviennent dans la discussion concernant la scientificité de l'acupuncture. De plus, dans cette deuxième période, l'attention se porte moins sur une démonstration scientifique de l'acupuncture que sur la définition des possibles analogies, des liens et des concordances entre certains aspects de la médecine

¹ Pour ce qui est de la vision du corps dans la pensée chinoise Cf. : Despeux C., « Le corps, champ spatio-temporel, souche d'identité », *L'Homme. Chine : facettes d'identité*, n° 137, janvier-mars 1996, p. 87-118

² Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 33-34, 1976, p. 9. Nous reviendrons sur l'utilisation de l'acupuncture comme anesthésie à propos du travail du docteur Nguyen Van Nghi.

chinoise et certaines pathologies ou visions propres à la médecine occidentale. Probablement, le désir de réduire l'acupuncture à des interprétations biomédicales et de l'expliquer de manière exhaustive apparaît implicitement utopique, puisqu'il n'existe pas de preuves concrètes valables pour une approche scientifique, mais uniquement des hypothèses. Cette approche cède la place à un rapprochement entre les deux visions médicales, ce qui ressemble, quelque part, à un projet moins ambitieux, probablement plus réalisable, certainement plus fructueux.

Autour des années 1980 les intérêts des médecins de l'ASMAF se déplacent effectivement vers la recherche de correspondances entre les deux médecines. Nous voyons ici apparaître le nom d'un médecin qui jouera un rôle important dans l'évolution de la diffusion de l'acupuncture en France -nous parlons du docteur Jean Bossy- et que nous reverrons bientôt, quand il s'agira d'évoquer la naissance du Diplôme Inter-Universitaire d'Acupuncture.

Enfin, pour revenir à notre choix d'articles de la revue *Méridiens*, à partir des années 1990 se pose la question de l'évaluation ou des véritables recherches expérimentales en acupuncture. Dans notre liste 3 sont cités quelques articles portant sur ce sujet, dont la plupart sont publiés à partir de 1991.

Non seulement en France, mais en Grande-Bretagne aussi bien qu'aux Etats-Unis à partir des années 1990, les recherches concernant les médecines non conventionnelles se mettent en place.

Si, en Europe, il s'agit de cas assez sporadiques et marginaux par rapport au monde de la recherche scientifique, il en va autrement aux Etats-Unis puisqu'en 1992 naît l'*Office of Alternative Medicine* (OAM) lié au Ministère National de la Santé¹. Cet organisme déboute la mise en place d'appels d'offres pour : de véritables projets de recherches expérimentales dans le domaine des médecines alternatives ; des formations destinées aux chercheurs dans le secteur ; des meetings, des conférences et des séminaires ; un programme d'information pour l'aide à l'intégration des médecines non conventionnelles en milieu public et universitaire. C'est donc à partir de cette date qu'aux Etats-Unis, les médecines non conventionnelles ou alternatives (désormais connues sous la dénomination de CAM - Complementary and Alternative Medicines) prennent de plus en plus d'importance d'un point de vue « scientifique » et institutionnel.

¹ Cf. : Giarelli G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario, prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Milano, Franco Angeli, 2005, p. 208-240 ; Jonas W., Levin J., *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1999, p. 72-86.

Pour ce qui est de la France, la recherche expérimentale reste, jusqu'à ce jour, circonscrite à quelques essais cliniques randomisés qui rencontrent souvent des difficultés à aboutir. Cela est certainement dû, entre autres, à la complète indisponibilité de l'État à financer des projets de recherche en matière de médecine chinoise. Ainsi, les représentants de l'aile « moderniste » de l'acupuncture française s'engagent dans des essais de recherche bibliographique ou de méta-analyses¹, faute de pouvoir recueillir les données selon des protocoles de recherche mis en place en France.

Pour revenir à l'approche de l'acupuncture poursuivie par l'ASMAF, nous l'avons jusqu'ici qualifiée de « scientifique » ou de « moderniste » en opposition à l'approche « traditionaliste » de l'Association Française d'Acupuncture. Or une telle distinction est conçue, ressentie et formulée par les membres eux-mêmes de cette association. Nous nous reportons aux mots du Président actuel de l'ASMAF :

C'est comme au XVII^e siècle quand Molière voulait garder la médecine pour les médecins et, pour la garder, vis à vis des patients il parlait latin. ...Donc pour ce qui est des acupuncteurs vous avez les traditionnels et les modernes. Mais ce à quoi il faut faire attention c'est que les modernes ne doivent pas se couper des traditionnels, alors que les traditionnels vont se couper des modernes. Il faut faire attention, il y a un problème majeur : comme Molière parlait en latin, aussi bien les traditionnels veulent conserver cet ésotérisme. Pour quelle raison ? Parce que cet ésotérisme pour eux est très intéressant, ça leur permet de faire des choses que le commun des mortels ne peut pas comprendre. Ils peuvent se permettre des choses, et puis, ça marche, ça ne marche pas... pas d'importance, le principal c'est qu'on a une explication qui est ésotérique.

Maintenant, nous les modernes, nous avons besoin de la tradition, c'est pourquoi nous avons un groupe de travail sinologique, c'est J. C. D. Il fait partie de l'Asmaf, mais il est un sinologue, c'est-à-dire, il ne se coupe pas de nos bases. Nous avons un versant scientifique et un versant traditionnel qui restent toujours présent à l'intérieur de l'Asmaf.

(F-23)

Nous lisons dans la section de cet entretien que la scientificité défendue par les membres de cette association n'exclut pas, de leur part, une attention aux sources.

¹ Cf. : Castera P., Nguyen J., Gerlier J., Robert S., « L' Acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique une méta-analyse », *Acupuncture et Moxibustion*, n° 1, 2003, p. 76 ; Castera P., « L'acupuncture est-elle une méthode à l'efficacité scientifiquement établie pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac? », *Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac*, Paris, 1998, p. 200-208 ; Stéphan J.-M., « Acupuncture expérimentale et grossesse », *Acupuncture et Moxibustion*, septembre 2005.

En effet, depuis sa naissance (et même avant, dans le *Bulletin de la société d'Acupuncture*) apparaissent régulièrement dans la revue *Méridiens* des articles du docteur Pierre Huard qui sont des contributions avec une approche historique sur la médecine chinoise, tibétaine et japonaise¹. Ces articles sont publiés dans la rubrique « Études historiques » ou « Études traditionnelles » qui est présente dans presque toutes les sorties de la revue *Méridiens*.

En plus des articles écrits pas le docteur Huard apparaît en feuilletons dans plusieurs numéros de la revue *Méridiens*² la traduction du *Huangdi Neijing Suwen* par le docteur Albert Husson. C'est justement Pierre Huard qui incite le docteur Husson à rendre publics les fruits de son travail. Plus tard, en 1973, l'ouvrage est publié en un seul volume, dans un numéro hors-série de la revue *Méridiens*. En réalité, comme le dit Pierre Huard dans sa préface à la traduction de Husson, celle-ci n'avait pas été réalisée pour être publiée :

Le docteur Husson a passé plusieurs années en Chine où il a appris le chinois médical moderne qu'il maîtrise parfaitement. [...]

Revenu en France, il n'a pas cessé de lire des textes médicaux chinois et, en particulier, les éditions modernes du *Nei Jing*. Il les a traduits, dans sa retraite toulonnaise pour son plaisir personnel, et sans penser qu'ils pourraient être, un jour, publiés.³

Malgré le caractère amateur de ce travail, la traduction du docteur Husson restera pendant longtemps une des sources consultées par les médecins acupuncteurs (nous verrons que Nguyen Van Nghi publiera sa version venant des textes vietnamiens en 1974).

Plus tard, à partir de 1980, des articles du Père Claude Larre et d'Elisabeth Rochat de la Vallée apparaissent dans *Méridiens*. En fait, la revue de l'ASMAF publie plusieurs travaux venant de l'Institut Ricci et de l'EEA⁴ et faisant référence aux traductions des

¹ Cf. : Huard P., « Médecine parisienne et médecine pékinoise du XVII au XIX siècle », *Méridiens*, n° 1-2, 1968, p. 9-20 ; « La médecine tibétaine », *Méridiens*, n° 3-4, 1968, p. 19-36 ; « La médecine japonaise – Etude d'une estampe », *Méridiens*, n° 5-6, 7-8, 9-10, 11-12, 1969-1970 ; « Etude d'une estampe de médecine chinoise », *Méridiens*, n° 15-16, 1971, p. 74-76 ; « Éditorial, la médecine française et l'acupuncture », *Méridiens*, n° 23-24, 1973, p. 7-16 ; « L'odontologie et la stomatologie en Chine », *Méridiens*, n° 29-30, 1975, p. 11-20 ; « Coup d'œil sur le mouvement médical chinois actuel », *Méridiens*, n° 33-34, 1976, p. 11-20 ; « A propos du Tenk Suk Name », *Méridiens*, n° 37-38, 1977, p. 11-16.

² Cf. : *Méridiens*, n° 15-16, 1971 ; n° 17-18, 19-20, 1972 ; n° 21-22, 1973.

³ Huard P., « Préface », Husson A., « Huang Di Nei Jing Su Wen », *Méridiens* numéros hors série, Paris, 1973, p. 9.

⁴ Cf. : Larre C., Rochat de la Vallée E., « Plein Ciel- Les authentiques de haute antiquité », *Méridiens*, n° 61-62, 1983, p. 13-68 ; « Assaisonner les esprits », *Méridiens*, n° 65-66, 1984, p.13-70 ; « Vif », *Méridiens*, n° 69-70, 1985, p. 39-90 ; « Vif (2^e partie) », *Méridiens*, n° 71-72, 1985, p. 15-72 ; « Vif (3^e partie) »,

textes classiques de la médecine chinoise qui sont traduits par ces deux auteurs. Plus récemment ces collaborations se sont arrêtées, probablement parce que certains médecins acupuncteurs¹, après un séjour plus ou moins prolongé en Chine, considèrent avoir acquis une connaissance de la langue suffisante pour leur permettre d'interpréter les textes chinois comme ils le souhaitent, sans avoir besoin d'avoir recours à des experts externes au monde français de l'acupuncture et de la médecine chinoise. D'autres médecins² ont poursuivi une double formation, en plus de leur titre des médecins ils étudient le chinois. Leurs contributions, précieuses pour les médecins acupuncteurs, sont souvent publiées dans la revue *Méridiens et Acupuncture et Moxibustion*.

Enfin, certains articles de Pierre Huard portent sur la relation entre la médecine chinoise et la médecine française, d'autres sur la médecine dans la Chine actuelle³, et il est possible d'affirmer que l'ASMAF est, en quelque sorte, l'association française d'acupuncture la plus proche de la Chine actuelle. Toujours dans les années 1980, apparaissent dans *Méridiens* des articles qui informent et éclairent sur la situation de la médecine chinoise en Chine. Prenons l'Éditorial du docteur Jean-Claude Dubois qui consacre quelques pages à la description des progrès faits en Chine et à Taiwan, mais aussi à l'enseignement et à la recherche en médecine chinoise en Corée et au Japon :

Pour l'heure, l'Europe n'a pas encore pris la mesure du phénomène [la situation de la médecine en Chine]. En comparaison, la production acupuncturale française apparaît désordonnée et manquant de bases. Il y a, certes, avec les travaux purement scientifiques, et les comptes rendus de voyages au long cours, les quelques grands livres qui ont marqué les étapes de la découverte de l'acupuncture. Mais le reste est trop souvent entaché d'interprétations, d'extrapolations et de substitutions nous en apprenant plus sur la fantaisie

Méridiens, n° 73-74, 1986, p. 13-78 ; « Fil », *Méridiens*, n° 75-76, 1986, p. 13-44 ; « Fil (2^e partie) », *Méridiens*, n° 77, 1987, p. 13-44 ; « Fil (2^e partie) », *Méridiens*, n° 77, 1987, p. 13-44 ; « Cascade (2^e partie) », *Méridiens*, n° 83, 1988, p. 13-44 ; « Cascade (3^e partie) », *Méridiens*, n° 85, 1989, p. 17-42 ; « Cascade (4^e partie) », *Méridiens*, n° 87, 1989, p. 17-38 ; « Cascade (5^e partie) », *Méridiens*, n° 89, 1990, p. 17-42 ; RoCHAT de la Vallée E., « Gymnastique symbolique des cinq animaux », *Méridiens*, n° 91, 1990, p. 17-36 ; RoCHAT de la Vallée E., « Gymnastique symbolique des cinq animaux », *Méridiens*, n° 91, 1990, p. 17-36 ; « Pathologie dites 'Bi' (2^e partie) », *Méridiens*, n° 97, 1992, p. 13-58 ; « Zhong fu », *Méridiens*, n° 101, 1993, p. 11-26.

¹ Voir les citations venant du docteur Jean-Claude Dubois.

² Comme Patrick Triadou, médecin, il étudie le chinois en finissant sa formation avec une thèse de doctorat. Il contribue souvent à la revue *Méridiens*. Parmi d'autres Cf. : Patrick Triadou, « Les cadres fondamentaux pour prendre en charge le vivant normal et pathologique dans le commentaire du *Nei jing* et des œuvres médicales du *Xu Dachun* », *Méridiens*, n° 101, 1993 ; « Stratégies thérapeutiques et médicaments dans le *Neijing Quanshi*, commentaire du *Suwen* datant de la dynastie *Qing* », *Méridiens*, n° 105, 1995 ; « Médecine, Science et Philosophie », *Méridiens*, n° 109, 1997 ; « Les temps du discours de la MTC », *Méridiens*, n° 110, 1998.

³ Cf. : Chapitre I, p. 83-84.

de leurs auteurs que sur les concepts leur ayant servi de support. Manquent encore des documents passés par le creuset de l'expérience chinoise, et s'appuyant sur des textes dont le contenu lexical aurait été respecté.¹

Ecrivant ceci après un long séjour en Chine et à Taiwan, le docteur Dubois continue son éditorial en soutenant que :

...des obstacles demeurent sur la voie d'une transmission plus authentique du corpus médical de la Chine. [...] Le premier est la distinction persistante entre sinologie et médecine, entre ceux qui connaissent le chinois et ceux qui pratiquent la médecine. Comme si l'acquisition d'une technique dispensait de celle du langage qui la sous-tend, [...] Il apparaît au contraire que c'est cela qui empêche, non seulement l'établissement d'un flux régulier d'échanges entre confrères occidentaux et orientaux, mais aussi et surtout, la transmission de la « sensation juste » de la médecine traditionnelle. Or cette « sensation juste », qui se donne par imprégnation, sur le terrain, et non par explicitation, dans des livres ou des séminaires, est aussi garante de l'orthodoxie, si l'on peut dire, de la connaissance.²

Le deuxième obstacle dont le docteur Dubois nous parle est de l'ordre de l'organisation d'équipes suffisamment nombreuses. Il dit que, en effet, pour rendre possible une véritable diffusion de la médecine chinoise « l'effort à fournir dépasse de beaucoup les possibilités d'un individu isolé...»³. Cette affirmation parle bien de la situation française, où les démarches pour la diffusion de l'acupuncture et l'amélioration de sa pratique sont très souvent liées à l'initiative, au travail, aux efforts d'un individu isolé. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point, mais continuons avec les dires un peu provocants du docteur Dubois :

On pourrait encore se demander si sont suffisamment connues, depuis l'introduction de Soulié de Morant, les bases de la technique acupuncture. C'est-à-dire, avec la localisation très précise des points, les tours de main de la manipulation des aiguilles. On sait que les plus éminents de nos confrères chinois accordent une grande importance à ces questions, et s'attachent à provoquer régulièrement les phénomènes de l'« arrivée du Qi » (DEQI) et de la propagation de la sensation le long du méridien traité

¹ Dubois J.C., « Éditorial », *Méridiens*, n° 71-72, 1985, p. 12.

² Dubois J.C., *Ibidem*, p. 12-13.

³ Dubois J.C., *Ibidem*, p. 13.

(ZHEN GAN). Certains experts portent même jugement à la seule façon dont on tient son aiguille ! L'entraînement pour acquérir la force dans les doigts, une main souple et habile ne doit donc pas être négligé, même s'il demande des mois d'exercice quotidien. Car c'est seulement dans la mesure où le mouvement de l'aiguille est continu, plein et régulier, qu'il est vraiment possible de parler de tonification et de dispersion.¹

Dans cet éditorial le docteur Dubois nous propose plusieurs points sur lesquels il faudrait revenir.

Le problème de la connaissance de la langue chinoise de la part des médecins est une question ouverte et débattue entre les acupuncteurs mêmes. Le docteur Dubois soulève la question et, plusieurs années après, on retrouve dans des numéros d'*Acupuncture et Moxibustion* des échanges d'articles entre acupuncteurs sur ce sujet. Les positions sont souvent opposées. Voyons sur ce sujet quelques échanges écrits entre des médecins publiant dans la revue *Acupuncture et Moxibustion*. Le docteur Johan Nguyen affirme :

L'acupuncture en France ne peut se justifier que si l'on considère qu'elle a une composante essentielle qui dépasse la Chine. « Entrer en Chine » est un objectif naturel pour l'anthropologue ou le commerçant. Mais pour le médecin, la problématique est inverse : il s'agit d'identifier dans la MTC l'Universalité de la Médecine, c'est-à-dire sortir de Chine.²

Il faut dire que le docteur Nguyen prend position suite à un article du docteur Phan-Choffrut, paru dans le même numéro de la revue.

Florence Phan-Choffrut écrit :

Un acupuncteur, un sinologue comprennent assez bien la pensée chinoise. Nous la connaissons surtout grâce aux textes anciens traitant de la physiologie. Nous sommes de plus en plus nombreux à envisager l'apprentissage de la langue chinoise pour être plus proche de cette pensée, car sans la mélodie, la comptine perd sa douceur. [...] la musique d'une phrase chinoise contribue à la régulation d'un corps énergétique (comme le font les notes de musique ou l'enchaînement du *taijiquan*).³

¹ Dubois J.-C., *Op. Cit.*, 1985, p. 13-14.

² Nguyen J., « Entrer en Chine ou en sortir ? », *Acupuncture et Moxibustion*, n° 4, octobre - décembre 2004, p. 234.

³ Phan-Choffrut F., « Ni shuo bu shuo zhong wen ? », *Acupuncture et Moxibustion*, n° 4, octobre - décembre 2004, p. 233.

Or, quelques mois plus tard, le docteur Dinouart-Jatteau répond au docteur Johan Nguyen en écrivant dans la rubrique « Chroniques Editoriales » un article intitulé « Entrée ou sortie de la Chine...(suite) ». Le docteur Dinouart-Jatteau commence avec une phrase en caractères chinois, suivie de la transcription en pinyin et de la version française, que nous citons :

À mon avis, si on veut vraiment être renseigné sur la culture chinoise, on doit lire énormément d'ouvrages de littérature chinoise. Car parler le chinois, même très bien, ce n'est pas suffisant.¹

Nous l'avons bien compris, le docteur Pierre Dinouart-Jatteau parle et écrit en chinois. Il a certainement pu « lire énormément d'ouvrages de littérature chinoise »² comme il le juge nécessaire pour plonger dans la pensée chinoise et comprendre la conception médicale qui en dérive.

Je suis d'accord, qu'il ne manque pas de bonnes traductions, mais [...] pour des textes médicaux il est préférable que celles-ci soient faites par des médecins connaissant le chinois et pratiquant la MTC.³

Le problème des traductions des textes médicaux anciens est une question que nous avons déjà vu soulever à l'époque de George Soulié de Morant et qui reste présente tout au long de l'histoire de l'acupuncture en Occident. La définition de champs disciplinaires entre médecins et sinologues n'est pas toujours claire.

Ces différents points de vue des médecins acupuncteurs sur la connaissance de la langue chinoise (qui malgré tout ne veut pas nécessairement dire « être sinologue et médecin en même temps ») correspondent vraisemblablement à la division entre médecins « traditionalistes » et médecins « scientifiques », les premiers défenseurs d'une connaissance de la Chine « en profondeur », les deuxièmes affirmant une reformulation universalisante de la médecine chinoise. Une division si nette telle qu'elle apparaît dans la description que nous avons faite, et telle qu'elle doit avoir été des années durant, tente d'être estompée grâce à l'activité de la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (F.A.FOR.ME.C.), qui établit une union entre les différentes sociétés et

¹ Dinouart-Jatteau P., « Entrée ou sortie de la Chine ? (suite...) », *Acupuncture et Moxibustion*, n° 3, juillet - septembre 2005, p. 169.

² Dinouart-Jatteau P., *Ibidem*, p. 169.

³ Dinouart-Jatteau P., *Ibidem*, p. 169.

associations d'acupuncture avec leurs différentes approches. C'est ainsi qu'aujourd'hui, à l'intérieur de la F.A.FOR.ME.C., ont été créées des commissions pour l'évaluation et le contrôle de l'acupuncture. L'une d'elles est la Commission Médico-Sinologique qui

...s'est constituée en 1998 pour répondre au besoin d'une approche plus évaluative, à la fois clinique et sinologique des textes traditionnels de la médecine chinoise, principalement du *Nei Jing*.¹

Cette Commission se réfère au docteur Dubois, qui en est le Président.

Pour revenir à l'éditorial du docteur Jean-Claude Dubois datant de 1985, notons l'importance donnée à la manipulation de l'aiguille dans la recherche de l'efficacité de la piqure (le *de qi*) et de la sensation du travail de l'aiguille tout au long du méridien (*zhen gan*).

Si, comme nous l'avons vu pour le docteur Darras, en 1973, le geste du médecin qui pique son patient reste mêlé à l'atmosphère exotique du monde extrême-oriental qu'il visitait pendant une mission, la recherche de l'efficacité est désormais d'actualité en France. Le docteur Dubois, dix ans après le docteur Darras, s'interroge sur la performance du travail des médecins acupuncteurs en rappelant une exigence de plus en plus élevée. La définition du geste, et l'affirmation de son efficacité renvoient aussi à la définition d'une expertise médicale qui évolue dans le temps et qui se définit au fur et à mesure que l'acupuncture est pratiquée en France, comme nous l'avons montré. L'attention prêtée au geste technique, à son caractère de précision qui est une composante fondamentale de son efficacité, sa connotation culturelle et sociale, l'étude de l'action des outils (dans le cas de l'acupuncture les aiguilles et le moxa) nous offrent des champs d'enquête et de réflexion extrêmement riches, que nous ne pouvons pas ici aborder, mais qu'il sera nécessaire de reprendre plus tard.

6.b. L'enseignement

La SA avait commencé à organiser en 1957 des cours d'acupuncture sur deux années de formation qui se tenaient notamment à l'Hôtel-Dieu. Ces cours de formation sont repris et continuent d'exister avec la création de l'ASMAF qui change uniquement l'adresse de son

¹ Site de la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (F.A.FOR.ME.C.) : www.acupuncture-medic.com.

siège pour l'enseignement. Les cours théoriques sont dispensés à l'Institut National des Invalides et les cours pratiques sont tenus dans le Centre de traitement des amputés, l'association assurant ainsi une consultation d'acupuncture dans ce centre. Mais le nombre croissant des médecins en formation et surtout l'expansion progressive de l'acupuncture en France obligent l'ASMAF à créer une nouvelle structure, liée à l'association pour faire face, non seulement à l'enseignement de l'acupuncture aux jeunes médecins, mais aussi pour mieux organiser la formation « des cadres instructeurs »¹. Le docteur Cantoni exprime ainsi la nécessité de fonder une nouvelle association :

...pour assurer la continuité de cet enseignement, il est impératif de faire appel à des enseignants jeunes représentant la « deuxième génération », celle de l'acupuncture scientifique.²

En 1977 naît ainsi l'Ecole Française d'Acupuncture, filiale de l'Association Française d'Acupuncture. Elle se chargera dès lors de l'enseignement étalé sur un cycle de trois ans,

...mais consacrer une part importante à la perspective considérée sous deux angles : celui de l'évolution scientifique de l'acupuncture et celui d'un enseignement officiel en vue de l'obtention d'un C.E.S. [Certificat d'Étude Spécialisé] Dans cette dernière éventualité, l'Ecole serait libérée de l'enseignement de base et pourrait, grâce à la compétence acquise par son corps enseignant, organiser des séminaires à l'échelle internationale ainsi qu'un enseignement post-universitaire axé principalement sur la clinique.³

Le docteur Cantoni est explicitement en faveur d'une prise en charge de l'enseignement de l'acupuncture par les Universités. Il est d'ailleurs convaincu que seule cette démarche permettra le passage d'une condition de non reconnaissance formelle à la définition de l'acupuncture comme spécialité, sinon même comme « super-spécialité » (dans le cas où la reconnaissance de l'acupuncture advient après l'obtention de la spécialité en médecine interne) par l'Ordre national des Médecins. Il dit :

¹ Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 39-40, 1977, p. 9.

² Cantoni G., *Ibidem*, p. 9.

³ Cantoni G., *Ibidem*, p. 9.

En réalité, l'extrême réticence de Conseil de l'Ordre d'aborder franchement la possibilité d'une qualification semble dictée par la situation confuse de l'enseignement placée actuellement sous la responsabilité d'organismes privés, régis par la loi 1901. Depuis une dizaine d'années, les sociétés d'acupuncture se sont multipliées comme des champignons, tant à Paris qu'en province. Elles ont organisé des cours dont les programmes, le choix des enseignants et le contrôle des connaissances sont laissés à l'initiative de leurs dirigeants. La durée de cet enseignement peut correspondre aussi bien à un cycle de 3 ans qu'à un séminaire de quelques jours, c'est-à-dire que les attestations délivrées ont une valeur très différente.¹

Quelques années plus tard, en 1981, la situation reste pratiquement inchangée. Le docteur Cantoni l'analyse ainsi, posant deux conditions nécessaires pour que l'acupuncture soit admise dans les programmes d'études médicales :

Dans la situation actuelle, l'enseignement est laissé à l'initiative privée, et de ce fait, son orientation est différente suivant les Ecoles. [...] La première condition sera donc de fixer une unité de doctrine ; le Conseil de l'Ordre des Médecins a déjà réuni plusieurs commissions dans ce sens.

La deuxième condition soulève un problème fondamental : l'acupuncture est-elle du domaine du généraliste ou du spécialiste ? Certains médecins sont favorables à un C.E.S. d'acupuncture, d'autres à un diplôme d'Université, à un diplôme national ou à un certificat optionnel, c'est-à-dire qu'ils tendent à considérer cette médecine comme une spécialité et pourtant il s'agit bien d'une médecine « spatiale » s'adressant au micro univers qui anime tout être vivant dans sa totalité. L'acupuncteur est avant tout un généraliste « spécialisé ». Son champ d'activité n'est pas restreint comme celui d'un spécialiste classique, mais au contraire illuminé, ce qui suppose une formation polyvalente et très étendue.²

Relativement à la première condition, le docteur Cantoni semble convaincu qu'une unité d'enseignement sera bientôt établie. Il n'en va pas de même pour la deuxième condition : la place de l'acupuncteur, la reconnaissance de son métier et de son expertise semblent bien plus difficiles à définir. Le problème est donc de trouver comment l'acupuncture pourra être enseignée en Université, et qui seront les enseignants ?

¹ Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 47-48, 1979, p. 11.

² Cantoni G., « Éditorial », *Méridiens*, n° 55-56, 1981, p. 9.

Cet « Éditorial » de Cantoni anticipe les problèmes rencontrés pour la formation et la structuration d'un enseignement universitaire de l'acupuncture. Mais surtout il exprime l'exigence, désormais ressentie en France, d'une reconnaissance institutionnelle non seulement des médecins acupuncteurs - des médecins ayant déjà acquis leurs compétences -, ou de la pratique de l'acupuncture – de la validité et de la scientificité de cette thérapeutique-, mais avant tout de la formation qui conduit les médecins à se définir comme des acupuncteurs.

Nous verrons quelques années plus tard le désir du Général Cantoni se concrétiser et, en France, le seul diplôme formellement reconnu sera le Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture.

L'ASMAF n'a pas disparu, elle existe encore, tout comme l'École Française d'Acupuncture, bien que la suppression des cours de formation à l'acupuncture ait entraîné une diminution des élèves et donc de leurs cotisations et, par conséquent, une série de restrictions relativement à la gestion des associations. Reste que les deux associations s'occupent, ainsi que l'avait souhaité le docteur Cantoni, de la formation continue des médecins acupuncteurs en organisant depuis 1981 les « Échanges Soulié de Morant » avec le but de réunir les médecins acupuncteurs « quelle que soit leur orientation »¹, pour se confronter sur un thème précis de leur pratique. La journée « Échanges Soulié de Morant » est organisée tous les ans, au mois de mars, et elle est devenu le lieu de débat pour les médecins acupuncteurs défendant la dimension scientifique de l'acupuncture.

La revue *Méridiens*, en revanche, disparaît en 2000 (la fusion avec la *Revue Française de Médecine Traditionnelle* s'avère nécessaire pour des raisons économiques), tandis qu'une revue hebdomadaire de récolte bibliographique, *Méridiens Medline Acupuncture*, est créée, qui est distribuée par Internet aux membres de l'ASMAF. De plus, la base de donnée, acudoc2, en accès gratuit sur le Web, est mise en place en janvier 2005². Les deux initiatives dépendent de l'ASMAF et sont gérées par le docteur Jean-Marc Stéphan, qui est actuellement Président de l'association.

¹ Reinig P., « Éditorial », *Méridiens*, n° 53-34, 1981, p. 9.

² <http://www.acudoc2.org>

7. L'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture (OEDA)

Avant la tentative de fusion des deux principales sociétés d'acupuncture qui a eu lieu en 1965, un groupe de médecins acupuncteurs (les docteurs Craffe, Cauvin, Moulinjeune, Gautier et Le Prestre) se détache de la SFA pour créer une nouvelle association. C'est le docteur Claude Le Prestre qui promeut l'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture (OEDA).

Nous quittons [...] la Société Française d'Acupuncture car nous estimions que la rigidité de ses structures de l'époque empêchait toute évolution de cette « nouvelle médecine ».¹

Le docteur Le Prestre nous raconte comment s'étant inscrit aux cours de la SFA en 1955 et ayant obtenu son diplôme en 1959, il s'installe à Paris en 1960 pour devenir l'associé de Roger de la Fûye. Après la mort de son maître - et associé - en 1961, il se rend indépendant de la SFA. Il raconte :

Je reprends le cabinet [de Roger de la Fûye] et l'A.F.A. [l'Association Française d'Acupuncture qui à cette époque s'appelait encore Société Française d'Acupuncture] continue avec le vice-président, lequel en 1963 m'exclut définitivement... Je fonde alors l'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture (OEDA), puis les Collèges du Sud-Ouest, du Nord, de l'Est, du Centre, de l'Ouest...

(F-31)

En 1969, au sein de l'OEDA naît la revue trimestrielle *L'Acupuncture*, qui restera active jusqu'en 1989 (le dernier numéro est le n° 102). La même année, avec la coopération de trois autres associations², naît la Confédération Nationale des Associations Médicales d'Acupuncture, à laquelle le docteur Le Prestre qui représentait l'OEDA, apporte un soutien important. Cette Confédération, dont nous avons déjà vu le rôle, reste active jusqu'à la naissance de la F.A.FOR.ME.C. et a pour but :

¹ Le Prestre C., « Éditorial », *L'Acupuncture*, n° 62, octobre - décembre 1979, p. 11.

² L'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture (OEDA), le Groupe Lyonnais d'Études Médicales (GLEM), la Société Méditerranéenne d'Acupuncture (SMA) et l'Association Française d'Acupuncture (AFA). Cf. : Chapitre II, p. 146-151.

D'étudier et de mettre en œuvre les moyens susceptibles de réaliser dans les meilleurs conditions, l'unité et la représentativité des Médecins Acupuncteurs de France.¹

L'OEDA s'occupe aussi de l'enseignement de l'acupuncture et devient une des écoles les plus connues et les plus fréquentées en France après l'Institut du Centre d'Acupuncture de France (dépendant de la SFA) et l'Ecole Française d'Acupuncture (dépendant de l'ASMAF).

Les cours sont gérés par les Collèges qui sont créés quelques années après l'OEDA et dépendent d'elle. Les Collèges sont une sorte de « décentralisation » sur le territoire français de l'activité de OEDA . Chaque Collège a un Président, mais le docteur Le Prestre est le Secrétaire général de tous les Collèges. Pour le Collège de Paris, géré par le docteur Claude Le Prestre, les cours magistraux sont dispensés une fois par mois (pendant les week-ends) à la Domus Medica, tandis que les cours pratiques se déroulent au cabinet du docteur Le Prestre, comme il nous le dit :

Les cours au lit des malades du Collège de Paris se déroulent tous les mardis matin au 8 av. FD Roosevelt, Paris VIIIe, dans le vaste cabinet que j'avais repris et modernisé.

(F-31)

L'OEDA prend une position apparemment bien précise dans le cadre des controverses entre les différentes écoles de pensée et approches de l'acupuncture. Elle se positionne à l'écart des deux tendances - la « scientifique » aussi bien que la « moderniste » - qui caractérisent l'acupuncture française. L'approche de l'acupuncture par l'OEDA et de son fondateur, reprise dans le discours du docteur Le Prestre, s'exprime ainsi :

...en Occident, les officiels de la médecine veulent que le langage de l'acupuncture – dont l'action est indéniable – soit traduit dans le langage de la science.

Or, nous pensons qu'il n'est pas tellement besoin de prouver scientifiquement l'acupuncture, qui est *témoignage*, alors que la médecine allopathique est du domaine de la *preuve*. L'acupuncture est témoignage d'un langage dont l'intuition conduit à l'expérience, tandis que la médecine allopathique est, au contraire, la preuve d'une expérience qui se dépasse éventuellement par une intuition juste.²

¹ Marcovich A., *Op. Cit.*, 1987, p. 260.

² Le Prestre C., *Les Lieux du corps*, Paris, La table ronde, 1971, p. 111.

Le docteur Le Prestre pose ici la différence entre la médecine allopathique et l'acupuncture comme étant de l'ordre du langage. Opposant le *témoignage* à la *preuve*, il semble vouloir nous dire que le processus de fonctionnement et d'investigation de l'acupuncture est basé sur l'intuition, donc sur un raisonnement non justifiable d'un point de vue scientifique¹, tandis que la médecine allopathique est fondée sur une connaissance déductive. Cette dernière connaissance, dans le domaine de la médecine, montre elle-même sa non scientificité puisque elle peut être dépassée « par une intuition juste », c'est-à-dire une intuition qui amène à une démarche fructueuse, mais non scientifiquement justifiable. Le docteur Le Prestre semble au fond être convaincu de la non scientificité de la médecine en général et par conséquent de toute forme de soins.

Il ne défend donc pas une approche scientifique de l'acupuncture, mais il ne prend pas non plus parti pour une vision traditionaliste.

Il y a de multiples approches...

Une qui se dit scientifique et veut par exemple « prouver » l'existence des points (lieu d'impédance plus faible au niveau de la peau) etc. C'est surtout une association. Pourquoi pas ?

Une qui est « fondamentaliste » est dans l'exégèse des textes, veut la « vérité ». Pourquoi pas ?

Une qui cherche à transposer, sans trahir, la conception philosophique, énergétique, de l'homme chinois d'il y a 3000 ans à l'homme actuel.

Cette conception est la plus intelligente.

(F-31)

Le docteur Le Prestre cherche à intégrer l'acupuncture dans le monde occidental en prenant la suite de son prédécesseur, le docteur Roger de la Fûye, tout en restant au-dessus des querelles doctrinaires et des discordes entre les groupes d'acupuncteurs français. Cette même attitude est poursuivie par les médecins membres de OEDA .

L'OEDA, ses Collèges² et la revue *l'Acupuncture* disparaissent entre 1988 et 1989 à l'occasion de l'institution de l'enseignement universitaire et la création des Diplômes

¹ Dans une optique positiviste l'intuition correspond à une connaissance immédiate et irrationnelle (Bergson) bien que pour l'approche phénoménologique l'intuition *eidétique* se différencie par l'intuition empirique, la première permet une connaissance de l'essence des choses, tandis que la deuxième informe sur les objets individuels (Husserl).

² Sauf le Collège de l'Ouest, dirigé par le docteur Aubé, qui existe encore aujourd'hui.

Inter Universitaires d'Acupuncture. C'est à partir de cette époque que l'enseignement privé ne permettra plus l'obtention d'un diplôme de médecin acupuncteur, et que le seul diplôme reconnu sera celui obtenu par la formation universitaire.

8. La reconnaissance institutionnelle de l'acupuncture

8.a. Un nouveau regard sur les médecines non conventionnelles

Les années 1980 sont riches de situations contrastées vis-à-vis de l'acupuncture, et des médecines non conventionnelles en général, en France. Les problèmes rencontrés par le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France ont été exposés dans le Chapitre I¹, nous avons montré comment le statut de l'acupuncture auprès de la Sécurité Sociale et les conditions de travail pour les médecins acupuncteurs deviennent de plus en plus difficiles et pleines d'obstacles. Malgré toutes les oppositions rencontrées pour l'exercice de l'acupuncture de la part des médecins acupuncteurs, pendant cinq ou six ans, entre 1981, l'année de l'arrivée de la gauche au pouvoir², et 1987 environ, un intérêt marqué apparaît de la part du gouvernement, pour les thérapies non conventionnelles. Leur diffusion de plus en plus importante dans tous les pays occidentaux et notamment en France incite le ministère de la Santé à prendre des mesures pour mieux définir ces thérapeutiques, leur validité, leur exercice et surtout leur enseignement. La question tourne en particulier autour de l'homéopathie et de l'acupuncture, les deux médecines non conventionnelles les mieux reconnues en France.

C'est en 1982 que Jack Ralite, alors ministre de la santé, demande au docteur Jean E. H. Niboyet de préparer un rapport sur les techniques de soin manquant d'un enseignement formellement reconnu. La décision de mise en place de ce projet semble répondre à une demande explicite de François Mitterrand qui en 1981 affirme :

Je considère que seule la formation acquise au cours des études médicales permet actuellement de dresser un diagnostic, tout en reconnaissant que les études médicales ne préparent, pour l'essentiel, qu'aux soins allopathiques alors que d'autres thérapeutiques sont envisagées ailleurs, couramment pratiquées, et que leur intérêt est reconnu. Il y a donc lieu de rouvrir le débat sur l'opportunité d'élargir la formation aux soins d'autres techniques dans lesquelles les médecines naturelles peuvent prendre place.³

¹ Cf. : Chapitre I : p. 162-163.

² Il serait intéressant d'étudier, d'une manière plus approfondie, s'il existe des relations entre les tendances politiques et l'intérêt pour l'acupuncture ou la médecine chinoise de la part de la communauté médicale aussi bien que des organismes gouvernementaux.

³ Niboyet J.E.H., *Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national*, Paris, Maisonneuve, 1984, p. 22.

Le rapport du docteur Niboyet, qui a comme titre *Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national*, est prêt trois ans plus tard, en 1984. Parmi les nombreuses techniques de soin différentes de la médecine allopathique, l'étude menée par le docteur Niboyet porte sur l'analyse de

l'Acupuncture, la Médecine Manuelle, l'Homéopathie, car :

- Il s'agit de techniques dont les bases objectives ont été établies chez l'homme et chez l'animal par des travaux scientifiques tant français qu'étrangers.
- Elles ont une activité spécifique qui ne relève pas d'un effet placebo. Non iatrogènes, elles ne sont pas antagonistes mais complémentaires et suppléantes de l'allopathie.
- Leur diffusion est considérable en France et à l'Etranger.¹

Pour rédiger son rapport, le docteur Niboyet se charge de contacter plusieurs institutions ou pays :

...l'Organisation Mondiale de la Santé, la République Populaire de Chine (voyage d'études en septembre et octobre 1982), différents pays européens concernés, des Services ministériels, des Universitaires, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et aussi des personnalités appartenant aux milieux intéressés.²

Comme l'avait explicitement dit François Mitterrand dans la lettre précédemment citée, la question principale qui doit être abordée est la formation des médecins pratiquant ces thérapeutiques. Dans son rapport, le docteur Jean Niboyet s'attardera sur les difficultés avec la Sécurité Sociale, le problème des non médecins pratiquant ces soins, la recherche en matière de médecines non conventionnelles, mais son argumentation portera surtout sur la définition de l'enseignement de ces thérapies.

Dans la section de son rapport, qui est consacrée à l'acupuncture, après avoir décrit les principes généraux de l'acupuncture, le docteur Niboyet fournit une synthèse des opinions recueillies au cours de son enquête. Ici la question de la « qualification » des praticiens est ramenée au problème de l'enseignement :

¹ Niboyet J. E. H., *CFA*, 1984, p. 13.

² Niboyet J. E. H., *Ibidem*, p. 14.

La principale préoccupation de tous nos interlocuteurs, mêmes non médecins, est celle de la qualification qui entraîne la nécessité de son enseignement. [...]

Or, il n'existe pas d'enseignement public sur le plan national. Seul, l'enseignement privé est disponible.

Il est un fait que ce, ou ces enseignements privés sont multiples, de programmes très différents, certains très brefs et s'écartant de la discipline scientifique la plus élémentaire. Ce fait [...] retient particulièrement l'attention des personnalités responsables qui soulignent que du fait de la disparité de leur qualification, les malades n'ont pas de garanties suffisantes dans le choix de leur médecin acupuncteur.

[...] il est impérieux d'installer dans les plus brefs délais un enseignement public de l'Acupuncture sur le plan national. Cependant les avis diffèrent sur la réalisation :

- Plusieurs programmes différents, mais certains très voisins, ont été proposés, plus particulièrement par des universitaires. [...] Cependant pour aboutir à une harmonisation et à un programme national, le même pour toutes les facultés, un certain nombre d'interlocuteurs proposent la réunion d'une commission compétente composée pour moitié d'universitaires et d'acupuncteurs renommés.
- On constate un consensus sur la nécessité pour tous les médecins de connaître au moins les indications de l'Acupuncture bien que tous ne puissent se spécialiser. De ce fait, on propose :
 1. Des cours d'Acupuncture à visée seulement informative qui devraient être obligatoires pour tous les étudiants dans toutes les Facultés de Médecine.
 2. Un enseignement spécialisé, comparable aux anciens C.E.S. [Certificat d'Étude Spécialisé] d'une durée de trois ans. Pendant une période transitoire, il pourrait être réservé aux seules Facultés intéressées, par exemple celles qui déjà délivrent des attestations universitaires d'étude d'Acupuncture.¹

Comme nous le lisons dans le passage cité, selon l'enquête menée par le docteur Niboyet, l'idée d'un enseignement universitaire semble la solution envisageable pour qualifier les praticiens acupuncteurs. Ils seront donc uniquement des médecins, formés à un programme commun pour toutes les universités, avec un cursus de trois ans, comparable à une formation de spécialisation universitaire. De plus, selon le docteur Niboyet une formation aux principes de fonctionnement de l'acupuncture serait souhaitable pour les étudiants en médecine. En vue de la mise en place de ces formations universitaire à

¹ Niboyet J. E. H., *CFA*, 1984, p. 47-48.

l'acupuncture la réunion d'une commission d'experts pour formuler les programmes en harmonisant les différentes propositions d'enseignement est envisagée.

Le rapport Niboyet constituera, pour sa précision et la richesse des sources auxquelles son auteur se réfère, une pièce essentielle pour l'avenir des médecines non conventionnelles en France, et tout particulièrement pour l'acupuncture.

En 1985, Georgina Dufoix, alors ministre de la santé, crée une « Fondation pour l'évaluation des thérapeutiques alternatives ». Cette fondation active pour très peu de temps (de 1985 à 1987), met en place une commission d'évaluation des médecines non conventionnelles. De ce fait, la même année, juste après l'apparition du rapport Niboyet, le secrétaire d'État chargé de la santé, Edmond Hervé, demande à un groupe de quatre personnalités hospitalo-universitaires et à quatre membres du CO.D.E.M.A. (Collectif pour la Défense et l'Évaluation des Médecines Alternatives et complémentaires)¹ de lui fournir des propositions aptes à surmonter les difficultés d'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité des médecines « différentes ». Le groupe dans son rapport *Evaluer les médecines différentes. Un défi ?*² constate l'anarchie de l'enseignement médical parallèle à la formation médicale officielle, puisque les écoles privées délivrent des diplômes sans aucune garantie de qualité. Le groupe remarque aussi que la plupart de ces écoles privées sont connues pour être très honorables et sérieuses. Il attire donc l'attention sur un éventuel développement d'enseignements universitaires libres regroupant les enseignants des écoles privées³.

La proposition du groupe concernant une formation médicale des médecines différentes est assez en accord avec les préconisations du docteur Niboyet dans son rapport.

Partant du constat que :

¹ Pierre Cornillot, professeur de biochimie médicale, directeur de l'UNFR santé, médecine et biologie humaine, CHU de Bobigny (Université Paris-Nord); Jean-Yves Follezou, docteur en Médecine, oncologue au CHU Pitié Salpêtrière, membre du conseil scientifique de l'INSERM et de la commission nationale des cancers; Paul Janiaud, chargé de recherche à l'INSERM; Jacque Lacaze, docteur en médecine, membre du CODEMA; Pierre Magnant, dessinateur, président du CODEMA et de la fédération nationale des groupes d'utilisateurs de santé; Raymond Pautrizel, professeur honoraire d'immunologie à la Faculté de Bordeaux II, expert à l'O.M.S.; Simon Schraub, professeur de cancérologie (radiothérapie) au CHU de Besançon, membre de l'INSERM; Pierre Tubery, docteur en médecine, membre du CODEMA. Dufoix G., ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité nationale, *Évaluer les médecines différentes. Un défi ?*, Paris, La Documentation Française, 1986.

² Cf : Dufoix G., *CFA*, 1986.

³ Nous avons vu quelles sont les démarches entreprises par une grande partie des médecins acupuncteurs pour structurer l'enseignement et défendre leurs droits d'exercice. Nous avons aussi mentionné les démarches mises en place par les praticiens non médecins.

La question essentielle à résoudre est celle de l'enseignement des médecines différentes [...] qu'on le veuille ou non, un état de fait a été créé : la transmission du savoir, en ces domaines, a été véhiculé par une autre voie que l'Université, dans des enseignements souvent privés, parfois assurés par des non médecins.¹

Pour l'organisation d'un enseignement officiellement reconnu, trois points fondamentaux sont définis par ce groupe :

1. Il ne saurait y avoir deux médecines, l'une officielle et l'autre parallèle. L'unique médecine doit intégrer les apports des différentes techniques, sans pour autant qu'elle soit tenue à en épouser la philosophie ou les théories.

2. Les diplômes nationaux n'ont plus cours depuis la loi sur l'autonomie des universités. Les facultés qui délivrent actuellement un diplôme en acupuncture ou homéopathie devraient se concerter afin d'aboutir à un diplôme inter-universitaire, point de départ d'une normalisation de l'enseignement. Les conseils scientifiques d'université s'étant vu accorder, par le décret du 24 août 1985, toutes possibilités de validation des acquis extérieurs, le pays pourrait disposer, au terme d'une période transitoire, d'un corps d'acupuncteurs en qualité et en quantité suffisantes.

3. En raison des divergences au sein des thérapies manuelles, le groupe recommande que soient effectuées des évaluations d'efficacité avant toute concertation ; cela n'interdisant pas l'existence d'enseignements à titre expérimental.²

L'attitude de ce rapport, résumée dans ces trois points, dévoile une certaine opposition vis-à-vis des médecines « différentes » puisqu'on y suggère la disparition de la scission entre médecine officielle et médecine parallèle. La première devrait intégrer uniquement les techniques de soin des médecines non officielles en laissant de côté leurs théories. Mais ce rapport évoque surtout la nécessité d'organiser un enseignement universitaire et de procéder à une évaluation de certaines techniques différentes.

Au cours de l'été 1985, sont aussi mises en place deux commissions de réflexion sur l'enseignement universitaire, une sur l'acupuncture et l'autre sur l'homéopathie.

La commission sur l'acupuncture est composée de représentants des acupuncteurs, dont le docteur Niboyet et le docteur Jean-Marc Kespi, de la direction des hôpitaux, du

¹ Dufoix G., *CFA*, 1986, p. 12.

² Dufoix G., *Ibidem*, p. 13.

ministère de la Santé, de l'éducation nationale et de l'Ordre des médecins. Son objectif principal est d'élaborer un programme de formation accessible aux seuls médecins.

Parmi les nombreuses démarches mises en place autour des médecines non conventionnelles, en mai 1986 paraît un numéro hors série de la *Revue française des affaires sociales* dédié aux « Médecines différentes ». Cette revue est composée d'une vingtaine d'entrées dont deux sont consacrées à l'acupuncture¹ où les principes fondamentaux de la médecine chinoise sont exposés par deux médecins acupuncteurs très connus en France. Dès les premières phrases de cette publication les auteurs constatent avec étonnement la diffusion des pratiques médicales différentes. Les Professeur Pierre Cornillot s'exprime ainsi dans son chapitre « La montée des médecines différentes » :

L'irrépressible montée des médecines différentes pose à l'évidence des problèmes multiples :

- problèmes de santé publique, doublés de leur dimension réglementaire et de leur prolongement judiciaire ;
- problèmes de médecines et de thérapeutiques éventuellement nouvelles, complémentaires ou alternatives, sous réserve d'inventaire ;
- problèmes de recherche et de formation, posés avec acuité aux institutions responsables (universités, organismes nationaux de recherche).

Mais ces problèmes, même importants, semblent devoir passer après le véritable sens qu'il faut donner à l'événement : nous sommes en présence d'un événement social, de ce qu'il est courant d'appeler un fait de société. La conduite à tenir devant un tel phénomène doit s'inspirer d'un réalisme « *politique* » qui veut qu'on ne le nie pas, mais qu'on cherche à en évaluer l'importance et les retombées ; l'histoire enseigne qu'il n'est de pire erreur que de sous-évaluer un événement social sous prétexte qu'il porte avec lui les germes d'une transformation, d'un rééquilibrage, voire d'une mutation ou d'une révolution.²

Un peu plus loin il continue :

En fait, la vitesse d'évolution du phénomène s'est chargée de départager les protagonistes et de modifier les premières données au point qu'il est devenu urgent aujourd'hui de procéder à un véritable inventaire de toutes ces pratiques dans l'intérêt

¹ Kespi J.-M., « L'acupuncture, médecine de demain », p. 17-24 et Eyssalet J.-M., « Médecine chinoise, médecine globale », p. 117-144, *Revue française des affaires sociales*, mai 1986.

² Cornillot P., « La montée des médecines différentes », *Revue française des affaires sociales*, mai 1986, p. 7.

même de la santé des Français. Foin du détail, il faut faire vite et bien dans toutes les directions à la fois : réglementation, évaluation, information, contrôle, formation, recherche. Et ceux qui, hier, dénonçaient avec indignation ces pratiques médicales d'un autre temps (la « patamédecine ») en sont bien souvent aujourd'hui réduits à proposer leur collaboration pour les évaluer ou pour les enseigner. Certes, seuls les sots et les morts ne changent pas d'avis, mais à quel miracle doit-on certaines volte-face ?

Notre propos sera de dire qu'au-delà de ces remous de surface, trois lignes de force se combinent pour créer et dynamiser la situation :

- I. Nous sommes en présence d'un événement d'essence sociale et non médicale ;
- II. Ces « médecines » ouvrent des nouvelles perspectives thérapeutiques ;
- III. Leur évaluation pose des problèmes imprévus à la médecine « officielle » et met en lumière les insuffisances et les anomalies du dispositif français d'évaluation des efficacités thérapeutiques.¹

Le docteur Pierre Cornillot est professeur de biochimie médicale et directeur de l'U.N.F.R. Santé médecine et biologie humaine au C.H.U. de Bobigny (Université Paris-Nord), il est membre des commissions de définition des médecines « différentes » et il sera le directeur responsable du Diplôme Inter Universitaire de Paris-Bobigny au moment de sa naissance. Ses déclarations nous montrent un point de vue venant de la médecine officielle sur la diffusion des médecines non conventionnelles, et comment elle est observée, ressentie et contextualisée. Le Professeur Cornillot parle d'un « événement social » donnant à l'élargissement de la renommée des médecines non conventionnelles une dimension plus ample que le seul champ médical. Ses observations anticipent les observations et considérations des études sociologiques qui commenceront à être menées sur ce phénomène social une dizaine d'années plus tard².

Le changement de perception des médecines non conventionnelles qui est mentionnée dans les citations ci-dessus (« ...ceux qui, hier, dénonçaient avec indignation ces pratiques médicales d'un autre temps - la « patamédecine » - en sont bien souvent

¹ Cornillot P., *CFA*, 1986, p. 8.

² Nous nous limitons à citer ici quelques ouvrages, en langue anglaise, qui ont ouvert le champs d'enquête : Leslie Ch., *Asian medical systems, A comparative study*, Berkeley et Los Angeles, Londres, University of California Press, 1976 ; Sharma U., *Complementary Medicine Today – Practitioners and Patients*, London, Routledge, 1992 ; Cant S. et Sharma U. (Ed.), *Complementary and Alternative Medicines Knowledge in Practice*, Londres et New York, Free Association Books Ltd, 1996 ; Saks M., *Profession and the public interest*, London, Routledge, 1996.

aujourd'hui réduits à proposer leur collaboration pour les évaluer ou pour les enseigner... »), renvoie à des points de vue très différents, voire parfois opposés, concernant ces pratiques médicales non scientifiquement reconnues, et des modifications de position très rapides de certains médecins conventionnels face à la diffusion de ces thérapeutiques. Il s'agit d'un moment de réflexion sur ces méthodes thérapeutiques, d'effervescence au sujet de leur statut, leurs conditions de pratique, leur évaluation et leur enseignement.

Le Professeur Cornillot termine son intervention en posant la question suivante :

...l'étonnante conjonction de la crise économique prolongée qui frappe les pays industrialisés, de la montée en puissance des pays du Tiers Monde, des échecs et des coûts prohibitifs d'une médecine curative de haute technicité, du succès dans les pays pauvres d'un système de santé construit autour du concept des soins de santé de base (soins de santé primaires) éclaire, d'un jour étrange, cette intrusion d'une sorte de droit à la différence en médecine. Le phénomène a-t-il les couleurs d'un renouveau et d'un enrichissement, celles d'une transformation plus ou moins profonde, ou bien celles d'un déclin de la médecine « *triumphante* » des années passées ?¹

On pourrait se demander si la question posée par le Professeur Cornillot peut être perçue comme anachronique ou non à nos jours. Probablement sa formulation reflète la condition de l'époque, autant pour ce qui en est de la dénonciation du contexte mondial que de la situation des médecines non officielles. L'expression même « médecines différentes » ne correspond plus à la dénomination utilisée pour définir ces médecines (dès la fin des années 1990 on parle plutôt de médecines non conventionnelles ou de médecines complémentaires). Mais, malgré les vingt ans qui ont coulés, la réponse à cette interrogation reste encore aujourd'hui suspendue.

Le débat autour des médecines « différentes » qui s'est ouvert pendant les années 1980 apporte certainement des changements. Après 1986 des reconnaissances institutionnelles se concrétisent, comme nous allons le voir tout de suite pour ce qui en est de l'acupuncture, néanmoins l'effervescence autour des médecines non conventionnelles retombe assez rapidement en France, du moins pour ce qui en est des institutions gouvernementales.

¹ Cornillot P., *CFA*, mai 1986, p. 16.

8.b. La préparation du Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture

En 1980 le docteur Jean-Marc Kespi écrit dans un Éditorial de la *Revue française d'acupuncture* :

L'acupuncture est à la porte de l'université.

Déjà un enseignement est donné à Lille dans le cadre de la F.M.C. [Formation Médicale Continue] et des diplômes d'université sont institués à Marseille et à Bordeaux. Mais à quel prix ! Dans deux de ces villes les fondements traditionnels ont pratiquement disparus pour laisser place à quelques squelettiques notions sur la neurophysiologie et la réflexothérapie ou à des hypothèses de recherche sur la thermodynamique. Pour que cette merveilleuse médecine ne soit plus trahie, les acupuncteurs doivent de toute urgence instituer un programme modèle. Ce programme devra contenir les données traditionnelles, physiologiques, physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques qu'il est indispensable d'enseigner pour former un acupuncteur digne de ce nom. Quelques données de médecine occidentale y seront incluses. [...] Il y a urgence à instituer ce modèle avant que ne se généralise l'entrée en faculté de « copains » plus ou moins qualifiés. C'est notre devoir et notre intérêt. C'est notre devoir car nous avons à partager cette médecine dont nous sommes responsables. C'est aussi notre intérêt si nous ne voulons pas que, demain, cent mille médecins stimulothérapeutes formés en trente ou cinquante heures ne se prétendent acupuncteurs et ne soient reconnus comme tels.¹

Déjà quelques années auparavant, en 1977, nous l'avons déjà vu², le général Georges Cantoni estimait fondamental le passage de l'enseignement de l'acupuncture dans les universités, en considérant plus approprié pour les écoles privées de s'occuper de la formation continue et des relations d'échange internationales. Or, très probablement, l'urgence avancée par le docteur Kespi dans l'éditorial que nous venons de citer de préparer un « programme modèle » pour l'enseignement universitaire de l'acupuncture, et la référence à des « copains » plus ou moins qualifiés est motivé, entre autres, par les avis de George Cantoni et de l'ASMAF (nous rappelons que les hostilités entre les deux écoles ont perduré jusqu'à très récemment). Quoiqu'il en soit, il est certain que la création d'un enseignement universitaire pour l'acupuncture est fruit d'un ensemble de facteurs et d'exigences que nous avons à fur et à mesure montré et qui peuvent être rapidement

¹ Kespi J.-M., « Éditorial », *Revue française d'acupuncture*, n° 24, octobre – décembre 1980, p. 5.

² Cf. : Chapitre II, p. 219-221.

résumées. Du côté du ministère des Affaires Sociales et de l'Éducation, la floraison d'une quantité incontrôlable d'écoles privées offrant des formations aux médecines non officielles sans aucun contrôle et aucune qualification pousse le ministère à institutionnaliser l'enseignement au moins de certaines thérapeutiques (l'acupuncture et l'homéopathie en feront l'objet). Du côté du ministère, de la santé il s'avère nécessaire de donner une qualification aux praticiens des médecines non conventionnelles, s'agissant dans notre cas des acupuncteurs, pour protéger les usagers. Mais pour les acupuncteurs eux-mêmes quel est l'intérêt à rendre universitaire l'enseignement de l'acupuncture ? Pour ceux qui ont soutenu l'introduction de l'acupuncture dans les cursus universitaires l'élément fondamental qui justifie leur position est la nécessité d'une reconnaissance de leur situation de médecins pratiquant l'acupuncture dans la communauté médicale. Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France propose en premier la mise en place de l'enseignement universitaire. Nous avons montré l'important travail mené par ce syndicat¹, à partir de 1985 ses attentes pour une meilleure reconnaissance de l'acupuncture sont mises dans la création du DIU d'Acupuncture. En 1986, nous lisons l'impatience du Président du Syndicat, le docteur Rich, concernant l'entrée en faculté de l'acupuncture :

Voilà sept mois qu'a été mise en place la commission qui a pour mission de concrétiser l'entrée en Faculté de l'acupuncture. Ceci à la demande expresse de monsieur le Président de la République. Qui a même fixé une date butoir, celle de la fin de l'année 1985.

Or au jour d'aujourd'hui, pour parler comme ne parlent pas les universitaires, cette commission s'est réunie souvent. Nos camarades ont sacrifié plusieurs de leurs journées de travail (celui qui leur assure le pain quotidien). Beaucoup ont fait de longs déplacements pour ne pas retarder la bonne marche des événements. L'un d'entre eux a même fait, comme ça, en catastrophe, un aller retour depuis Pékin, où il s'instruisait [...].

Je sais de bonne source que, toutes écoles confondues, il n'y a pas d'achoppement au niveau du programme, Tous unis, pas le plus petit doigt qui dépasse, et cependant sœur Anne (je n'ai pas dit Sainte Anne) ne voit toujours rien venir.²

Comme il est dit par le docteur Rich, dans la commission ministérielle chargée d'organiser la mise en place du DIU d'Acupuncture sont présents des médecins acupuncteurs venant d'écoles d'acupuncture différentes, en certains cas opposées l'une à

¹ Chapitre II, p. 146-173.

² Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 45, janvier – mars 1986, p. 100.

l'autre. Malgré cela, pour cette occasion, certaines discordances semblent mises de côté pour travailler tous à la réalisation de ce projet qui tient à cœur un grand nombre de médecins acupuncteurs.

Finalement l'enseignement de l'acupuncture dans les universités est formellement mise en œuvre pour le début de l'année scolaire 1987.

Il est le fruit du travail de la commission formée en été 1985 dont faisaient partie des médecins acupuncteurs et des professeurs des facultés de médecine. C'est exactement au moment de la formation de cette commission que la figure du Professeur Jean Bossy apparaît comme fondamentale.

Jean Bossy est professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier - Nîmes. Comme il nous raconte, il s'intéresse très jeune à l'acupuncture puisqu'il était très attiré par la thérapie de la douleur. Des situations contingentes et personnelles ont fait en sorte que pendant ses études de médecine, très tôt (à sa deuxième année) il prépare une publication d'anatomie. Suite à cela, sa carrière se tourne vers l'anatomie, mais son intérêt pour l'acupuncture reste vif :

J'étais déjà professeur d'anatomie à Nîmes, il y avait un des médecins de mon service qui s'intéressait à l'acupuncture. Un jour il m'a demandé s'il pouvait travailler dans mon service, j'ai accepté et puis...c'est parti ... Au bout de deux ans, j'avais l'équivalent de 10 médecins à plein temps qui faisaient l'acupuncture dans mon service.

(F-32)

Ainsi le Professeur Bossy restera toujours lié au monde de l'acupuncture. De fait, étant absolument inséré dans une réalité médicale occidentale il noue des relations avec l'association de médecins acupuncteurs plus axée vers la médecine conventionnelle, l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs. Le Professeur Bossy contribue aux activités de cette association, entre autres, avec une série d'articles, dans *Méridiens*, portant justement sur les relations entre la biomédecine et l'acupuncture¹. Notons que c'est la première fois, depuis l'époque de George Soulié de Morant, qu'un professeur d'université s'occupe sérieusement de l'acupuncture. Par rapport aux années 1950 la situation apparaît bien différente, l'acupuncture française a fait un certain chemin à l'égard des premiers essais d'affirmation de cette technique proposés par son pionnier. Mais, en 1987 l'introduction de l'acupuncture en milieu universitaire pourrait finalement correspondre à

¹ Cf. : Chapitre II, p. 208-221.

une reconnaissance par la communauté médicale officielle. Nous verrons que les choses ne se passeront pas d'une façon si enthousiasmante pour les médecins acupuncteurs et pour ce qui en est du statut et de la pratique de cette thérapeutique.

Le rôle du Professeur Bossy sera crucial pour l'institutionnalisation de l'acupuncture, il fait effectivement partie de la commission ministérielle, avec le docteur Jean-Marc Kespi, le docteur Jean E. H. Niboyet¹ et un groupe d'universitaires. Étant le seul professeur universitaire à s'être intéressé depuis longtemps à l'acupuncture, il prend en main l'organisation de l'enseignement du Diplôme d'acupuncture qui allait être institué.

8.c. La naissance du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture

Quelques années avant la constitution du Diplôme Inter Universitaire (DIU) d'Acupuncture, le Professeur Jean Bossy avait déjà mis en place un enseignement d'acupuncture à l'université de Nîmes-Montpellier. De fait, en 1985, avec la collaboration des médecins membres de l'Association Française pour l'Étude et la Recherche en Acupuncture (AFERA)², ce premier cours de formation délivrait un véritable diplôme universitaire (DU). De la même façon à Marseille un enseignement au sein de l'université avait été organisé par le docteur Nguyen Van Nghi³. En effet les universités ont leur autonomie pédagogique et sont libres de créer leurs propres enseignements, ces principes inclus dans la loi d'orientation de l'enseignement supérieur (loi 68-978, du 12 novembre 1968) sont confirmés par la loi du 26 janvier 1984 (loi 84-52) dans les termes suivants :

Les établissements peuvent aussi organiser, sous leur responsabilité, des formations conduisant à des diplômes qui leur sont propres en préparant à des examens ou des concours⁴

Néanmoins cette autonomie devient relative lorsqu'il s'agit de diplômes nationaux dont la liste est établie par décret pris sur avis du conseil national de l'enseignement

¹ Le docteur Niboyet malheureusement ne pourra pas assister à la création du DIU d'acupuncture puisqu'il décède tout au début de l'année 1986, son fils prendra sa place dans le comité de coordination des Diplômes Inter Universitaires d'acupuncture.

² « L'Association Française pour l'Étude et la Recherche en Acupuncture, est une association de Médecins Acupuncteurs dont le but est de promouvoir la Recherche et le perfectionnement en Acupuncture. Elle assure la formation médicale continue de ses adhérents à travers des réunions, des séminaires, des congrès. » Cf. : Site de l'AFERA : <http://www.atera.org.htm>. Elle naît en 1975 à Nîmes, son président fut pendant longtemps le professeur Jean Bossy.

³ Cf. : Chapitre II, p 266-292.

⁴ Loi ministérielle 84-52, 26 janvier 1984, article 17.

supérieur et de la recherche et dont les conditions d'obtention sont définies par le ministère de l'éducation nationale.¹ Or la dimension institutionnelle choisie pour l'enseignement de l'acupuncture est justement le Diplôme Inter Universitaire, pour donner une dimension nationale à cette formation. Concrètement cela veut dire que le programme d'enseignement est unique dans tous les sièges d'enseignement et qu'il est géré par une commission de coordination qui se réunit fréquemment pour discuter de l'organisation des cours, des programmes, des validations des acquis, etc.

C'est ainsi qu'au début de l'année académique 1987, six universités françaises ouvrent le premier cursus du DIU d'acupuncture. Les sièges intéressés sont : l'UFR Santé, Médecine et Biologie Humaine de Bobigny ; l'UFR Médicale III de Bordeaux; l'UFR de Médecine de Lyon-Sud ; l'UFR de Médecine de Marseille ; l'UFR de Médecine de Montpellier-Nîmes ; l'UFR de Nice. Quelques années plus tard, en 1991, l'UFR de Médecine de Nantes, l'UFR de Médecine de Strasbourg et l'UFR de Médecine de Lille ouvrent leur DIU d'acupuncture. Pendant quelques années il y aura donc neuf DIU d'acupuncture en France.

Pour chaque siège de DIU, il y a un responsable universitaire, qui est un professeur de l'université qui accueille le DIU, et un responsable de l'enseignement, qui est un médecin acupuncteur enseignant du DIU. Dans le cas du DIU de Paris-Bobigny par exemple le responsable universitaire est le Professeur Pierre Cornillot et le responsable de l'enseignement le docteur Amoyel. À Montpellier-Nîmes le responsable universitaire est le Professeur Jean Bossy et le responsable universitaire le docteur Doroc ; à Marseille le responsable universitaire est le Professeur Acquaviva et le responsable de l'enseignement le docteur Niboyet ; à Lyon le responsable universitaire est le Professeur Tete et le responsable de l'enseignement le docteur Castro ; à Nice le responsable universitaire est le Professeur Ziegler et le responsable de l'enseignement le docteur Temple ; enfin à Bordeaux le responsable universitaire est le Professeur Henry et le responsable de l'enseignement le docteur Dinouart.

L'organisation des universités intéressées par l'enseignement de l'acupuncture est assurée par le Professeur Bossy. Puisqu'il avait travaillé avec l'acupuncture en hôpital depuis un certain temps, il était déjà le responsable du Diplôme universitaire

¹ Cf. : Faitrop M., *Aspects juridiques des médecines différentes*, thèse de doctorat, Faculté de droit des sciences sociales et politiques, université de Bordeaux I, 1989, p. 99.

d'Acupuncture de Montpellier – Nîmes ; il s'engage dès lors d'une façon importante dans la création des DIU d'acupuncture et il en est le responsable depuis leur création¹.

On connaissait les gens puisqu'on travaillait avec eux. Par exemple à Bordeaux, il y avait le docteur Dinouart qui travaillait dans le service du Professeur Henry sur l'histoire des céphalées traitées avec acupuncture. C'est le docteur Dinouart qui parle au Professeur Henry qui était d'accord pour ouvrir un enseignement d'acupuncture dans son université, pour essayer de rejoindre le DIU. Souvent il y avait une école qui était proche et les enseignants se réintégraient dans les DIU, où il y avait des gens que je connaissais... Enfin on avait demandé à toutes les universités, à travers l'ordre des médecins, si elles étaient intéressées par l'ouverture d'un DIU d'acupuncture. Ce qui fait qu'au début, on était six sièges, puis neuf ...

(F-24)

Encore une fois, comme nous l'avons vu dans toute le parcours de diffusion de l'acupuncture française, les choses s'organisent autour d'une personnalité, le Professeur Bossy, qui arrive à créer un réseau d'universités où l'enseignement de l'acupuncture se met en place.

8.d. L'organisation du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture

Le premier pas accompli par la commission organisatrice du DIU est celui de la définition du programme d'enseignement. Ce programme est le fruit de la confrontation entre les différentes écoles et donc entre les diverses approches de l'acupuncture qui s'étaient définies en France. En effet

...en ce qui concerne tout l'aspect traditionnel, le programme de l'A.F.A. a été pris en compte de façon très importante. Et puis là-dessus se sont rajouté toutes les bases neurophysiologiques de Bossy...

(F-24)

L'Association Française d'Acupuncture avait affirmé son image d'école dispensant un enseignement basée sur la « tradition », elle était aussi l'une plus grandes écoles

¹ Aujourd'hui le professeur Dominique Prat-Pradal a pris la place du professeur Bossy dans le rôle de responsable universitaire du DIU de Nîmes-Montpellier.

d'acupuncture en France – très probablement celle avec le plus d'élèves inscrits par années -, donc son programme est considéré comme fiable et sérieux. D'autre part, nous l'avons vu, le Professeur Bossy collaborait avec l'école française défendant une approche moderniste, l'Association Scientifique des Médecine Acupuncteurs de France. Il n'est donc pas étonnant que le programme d'enseignement du DIU réalise le point de rencontre des deux approches de l'acupuncture qui existaient en France.

Comme dans les écoles privées, l'enseignement du DIU est organisé en trois ans de formation. Le cursus prévoit entre 200 et 250 heures d'enseignement par année de formation dispensées le plus souvent pendant les week-ends. La formation prévoit des heures de cours théorique, des travaux dirigés, des heures d'enseignement pratique et des unités optionnelles.

Une fois le programme défini et les enseignements mis en œuvre, le conseil de coordination se réunit au moins deux fois par an afin de traiter plusieurs autres problèmes concernant la mise en place de cette formation. Les réunions se tiennent chaque fois dans une ville différente.

Les contrôles de connaissance sont mis au point au cours des premières années, pour aboutir à une solution qui prévoit un examen écrit à la fin de chaque année et la discussion d'un mémoire pour l'obtention du diplôme. Les contrôles écrits, eux-mêmes, sont organisés en Q.C.M.. La commission de coordination crée une « banque inter universitaire des questions d'examen », qui est remise à jours au fil des années. Cette banque des questions est distribuée à chaque étudiant et elle constitue aussi le support théorique auquel les médecins en formation doivent se référer pour se former pendant leur cursus.

Un autre problème sur lequel la commission de coordination a dû longuement travailler est la validation des titres pour les nombreux médecins acupuncteurs déjà exerçant l'acupuncture depuis plusieurs années ou pour les étudiants en formation dans des écoles privées et voulant terminer leur cursus dans un DIU.

Le DIU étant désormais, à partir de 1987, le seul diplôme d'acupuncture formellement reconnu, il est décidé à sa création de donner la possibilité aux médecins acupuncteurs de valider leur formation en présentant un dossier écrit aux commissions du diplôme. Par conséquent, une équivalence peut être reconnue suite à une preuve écrite

correspondant à la fin de la troisième année de la formation¹, ou suite à la validation d'une ou deux « années spéciales » de formation dans le cas où leur dossier ne fait preuve d'une formation à l'acupuncture suffisamment complète. Les années spéciales sont des années de formation partielles pendant lesquelles les médecins déjà formés à l'acupuncture peuvent combler les lacunes de leur première formation dans une école privée afin d'obtenir l'équivalence du DIU, mais la validation des acquis pose de nombreux problèmes, comme nous pouvons le voir dans un rapport de réunion du conseil de coordination en septembre 1990 :

La disparité des dossiers, l'impossibilité souvent de connaître le contenu exact de la formation initiale théorique et pratique, ou la valeur d'un certain nombre d'indications rendent difficile cette étude. Certains dossiers sont actuellement inexploitable.

L'étude des dossiers permet de dégager trois groupes principaux :

1. « élites »
2. moyens
3. insuffisant

Les deux extrêmes sont faciles à classer d'un côté les élites indiscutables dont l'épreuve conduisait au DIU sera le minimum, et de l'autre les insuffisants dont les acquis, indiqués dans le dossier, ne justifient pas l'exception d'une année du Diplôme. [...]

Après un vif débat où sont défendues les positions extrêmes, un consensus est atteint pour ces deux parties.²

La Commission de coordination du DIU fixe au 15 janvier la date limite pour le dépôt des dossiers de validation des titres, après cette date les médecins déjà acupuncteurs devront repasser l'examen de fin de cursus (de la troisième année du DIU).

De plus, comme nous ont laissé comprendre plusieurs médecins interviewés, et comme il apparaît dans certains articles, cette opération suscite de nombreuses oppositions, discussions, mécontentements.

La récente création du diplôme interuniversitaire (DIU) d'acupuncture la promeut au rang des disciplines nobles que la science reconnaît.

¹ Malgré cela jusqu'en 1990 les médecins ayant obtenu leur diplôme dans une école privée pouvaient s'inscrire à l'Ordre des médecins comme médecin généraliste à orientation acupuncture, sans avoir validé leur équivalence des acquis auprès du DIU.

² Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, U.F.R. de médecine de Bobigny, 21 septembre 1990, texte manuscrit.

Progrès diront certains : sans doute, si cela contribue à démarquer l'acupuncture de diverses pratiques magico-obscurantistes à prétention thérapeutique ; progrès sans doute également s'il y a là l'écho du caractère incontournable d'une alternative à la médecine théologique.

Mais peut-on l'accepter à n'importe quel prix ?

Le prix à payer est en effet, pour les acupuncteurs déjà formés, une annulation pure et simple du parcours qu'ils ont entrepris, pour certains depuis de très nombreuses années, à travers les méandres de la pensée chinoise et de la médecine. C'est ainsi qu'ils ne seront reconnus dignes de ce DIU, nouveau représentant de l'existence publique de leur art, qu'en se soumettant à des examens les plus infantilisants et les plus médiocres qui soient : le Q.C.M..¹

Certainement il n'est pas facile de remettre en discussion la formation des médecins qui pratiquaient l'acupuncture depuis un certain temps. Pour certains de ces professionnels il est difficilement concevable de « repasser » en examen après avoir accumulé une ancienneté dans la pratique. Malgré cela, pour ceux qui pratiquent uniquement l'acupuncture la validation de leur diplôme devient fondamentale afin de pouvoir être reconnus comme médecins acupuncteurs auprès de la Sécurité Sociale et de la Caisse Nationale Assurance Maladie.

Ça n'a pas été aussi simple que ça [la validation des titres]. Ça a même fait du bruit à l'intérieur des écoles, parce qu'il y a des gens qui n'avaient pas besoin d'équivalence. Par exemple, les gens qui étaient spécialistes pouvaient faire de l'acupuncture à condition de ne pas trop le dire. Parce que si vous êtes spécialiste en dermatologie vous pouvez faire de la dermatologie et pas autre chose, mais comme l'acupuncture n'est pas une spécialité... il y a des gens qui n'en avaient pas besoin.

Mais il y a des gens comme moi, qui ne sont que généralistes, qui n'ont toujours fait que de l'acupuncture, et qui avaient besoin de se dire: « Si un jour ça devient officiel, qu'est-ce qu'on devient ? ». Et on a eu aussi un flou artistique pendant à peu près un an et demi à deux ans, disant : « Mais il n'y a pas de problème, ça fait dix ans que vous faites de l'acupuncture, il y aura une équivalence d'emblée », et puis ensuite « non », et puis ensuite « oui peut-être », et puis « oui » à certains mais pas à tous. Si bien qu'à un moment certains, comme moi, et d'autres, on a dit, on va passer le diplôme universitaire. Parce que pendant plusieurs années on a ouvert la troisième année, l'inscription au diplôme, aux gens qui comme nous avaient plus de dix ans d'expérience. Sans faire les trois ans bien sûr.

¹ Rouam F., *CFA*, 1991, p. 4

Donc on est allé passer ça, à l'époque on est allé à Nîmes parce que la personne qui s'occupait de toutes les universités et qui chapeautait le DIU en France [le Professeur Bossy] était à Nîmes.

(F-6)

Enfin, l'autre sujet difficile à résoudre pour la commission de coordination du DIU est le recrutement des enseignants et leur statut à l'intérieur du personnel universitaire.

Pendant trois ans (entre 1987 et 1990), des sessions extraordinaires de validation des acquis pour les enseignants sont organisées par la commission de coordination. De fait, dans la plupart des sièges, les candidats sont les enseignants des écoles privées qui postulent pour devenir enseignants du DIU. Après 1991, les nouveaux enseignants devraient être pressentis par le directeur du diplôme et les anciens enseignants qui soumettent leur proposition au conseil de coordination. L'avis du conseil de coordination des DIU est déterminant pour la nomination d'un nouvel enseignant. Cet avis est transmis au directeur du diplôme et aux instances de l'université concernée pour procéder à sa nomination.¹

L'autre question à définir est le statut des enseignants du DIU d'acupuncture. La solution retenue est celle de vacataire, rémunéré en proportion du nombre d'heures d'enseignement et du budget attribué par l'université d'accueil au DIU d'acupuncture.

Maintenant, qui va enseigner ? Comment former les équipes d'enseignants ? Et c'est là où la chose a viré. Il y a des facultés qui se sont proposées, il a fallu créer des équipes d'enseignants, il a fallu d'abord qu'un prof se propose, pour dire : « Moi, je veux bien cautionner l'enseignement d'acupuncture. » Donc il y a eu ça à Paris, puis à Nantes. Il s'agissait d'universitaires. Qui devaient, au conseil d'université dire : « Voilà, je propose un diplôme interuniversitaire d'acupuncture » et le soutenir, parce qu'il y avait d'autres profs autour d'eux qui disaient : « Mais qu'est-ce que c'est que ça, qu'est-ce que tu fabriques ? C'est des charlots, c'est quoi ? ». Donc il a fallu que des gens s'impliquent. Et le Professeur Lajat à Nantes a été pour ça tout à fait bien. Il a été quelqu'un qui a été impliqué et on doit lui reconnaître cela.

À Nantes, la chance que nous avons eue c'est qu'il y a un noyau de l'A.F.A. Il y a un groupe de six personnes au moins. Il y a aussi A. Huchet, qui a été un de nos élèves, la première promotion, mais qui est entré après dedans, ça fait sept. Nous sommes une équipe

¹ Cf. : Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, Marseille, Hôpital de la Timone, 20 septembre 1991.

où il y a une sorte de cohérence de ce fait-là. Avec des niveaux d'intégration forcément différents, en fonction des gens, de leur niveau d'implication, mais ça se tient. Par contre ce n'est pas comme au DIU de Nantes.

(F-24)

Ce qui apparaît dans cette citation est la constatation que, dans plusieurs universités les démarches pour la création du DIU n'ont pas toujours été faciles. Avec ses affirmations, le médecin interviewé se réfère aussi à l'attitude des représentants des institutions vis-à-vis de l'acupuncture et de la mise en œuvre de son enseignement. Nous verrons dans la dernière partie de notre travail quel avis peuvent avoir les médecins responsables des institutions, comment ils justifient leurs perplexités vis-à-vis de l'acupuncture, de sa diffusion et du travail des médecins acupuncteurs.¹ Mais pour ce qui en est de l'institution du DIU il nous est dit à plusieurs reprises que la mise en place de l'enseignement à Paris – Bobigny rencontre plusieurs problèmes.

... parce que il s'est passé quelque chose que moi, je n'ai pas apprécié en tous cas. Je n'ai pas d'ambitions, je ne voulais être ni directeur ni...ça m'était égal de ne pas enseigner au diplôme, je voulais juste contrôler le programme. ...

(F-27)

À Bobigny il y avait un problème c'est qu'il y a eu une période où les gens ne se connaissaient même pas. Enfin, les enseignants ne se connaissaient pas, ils venaient des quatre coins de la France.

Bobigny au bout d'un moment nous a demandé de venir les aider. Le doyen, voyant que ça périclitait et que eux aussi perdaient des étudiants. [...]

Le doyen a dit « ça ne va plus, cet enseignement-là, qu'est-ce qu'il faut faire? », et comme dans l'équipe il restait un de nos anciens enseignants qui était parti de l'A.F.A. et qui étaient retourné à Bobigny, il a dit qu'il fallait prendre des gens qui ont l'habitude et pourquoi pas les enseignants de l'A.F.A..

Donc ils sont venus nous rechercher. Moi je savais comment ça se passait parce qu'on avait formé des gens en première année qui avaient fini chez eux. Et le problème de Bobigny, c'est qu'il n'y pas de pratique. Quand ils sont venus on a eu une réunion, j'ai dit « Je veux bien faire des cours, à une seule condition, c'est qu'il y ait de la pratique ». Parce que je ne m'investis pas dans un enseignement qui n'est pas bon, et je ne veux pas qu'on

¹ Cf. : Chapitre V, p. 533-539.

dise que j'ai participé à un enseignement où on donne un diplôme à un acupuncteur qui n'a jamais vu de malade, qui n'a jamais mis une aiguille....

(F-6)

Outre ces problèmes, notons que certaines associations expriment leur mécontentement au sujet de la naissance du DIU d'acupuncture.

Longtemps annoncée, l'entrée de l'acupuncture dans les facultés se précise. Paris, Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice ont déjà un pied dans l'étrier. [...] Le mouvement se précipite, le tournant se précise. Oui, il s'agit bien d'un tournant pour l'acupuncture et les acupuncteurs de France. Tout le monde veut être dans le mouvement : depuis les paramédicaux jusqu'aux non médecins. [...]

Devant ce tourbillon, on agit on ordre dispersé, négocie selon ses propres intérêts, chacun tente de tirer la couverture à soi, Dans ces conditions les autorités universitaires font monter les enchères avec un sourire au coin, et nous marchons à qui mieux mieux !

Qu'importent les sociétés, les associations, la confédération, une seule chose compte pour les négociateurs : la gloire. En vertu de quoi, on est prêt à tout. On négocie la peur au ventre. Eh oui ! Toujours le sempiternel argument : « Si je ne prends pas le poste offert quelqu'un d'autre le prendra à ma place. » Comment voulez-vous faire les choses dans la dignité avec une telle conception ?¹

À la position prise par le docteur Nguyen Trong Xuan le docteur Jean-Marc Kespi répond dans le numéro suivant de la même revue :

La lettre de Nguyen Trong Xuan, intitulée « Le Tournant » publiée dans la Revue Française de M.T.C. n° 127, témoigne d'une méconnaissance totale des travaux de la commission pour l'institutionnalisation de l'acupuncture, qui ont abouti à la mise en place d'un diplôme interuniversitaire d'acupuncture en octobre 1987. [...]

Les acupuncteurs, loin « d'agir en ordre dispersé », ont montré au contraire une cohésion et une homogénéité remarquables. Ce qui leur a permis de faire accepter un programme de 450 heures... légèrement plus conséquent que celui de la CNAMA [Confédération Nationale des Associations des Médecins Acupuncteurs] ! Les discussions

¹ Nguyen T. X., « Le Tournant », *Revue française de Médecine traditionnelle chinoise*, n° 127, mars – avril 1988, p. 103. Le docteur Nguyen Trong Xuan est un des représentant de l'Association de Médecine Orientale de Marseille.

franches, vives parfois, ouvertes toujours, sans subordination d'aucune sorte, ont levé progressivement les obstacles existant.¹

8.e. De la mise en œuvre du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture jusqu'à nos jours

Si nous revenons un moment au statut des médecins formés à l'acupuncture et au travail mené par le syndicat afin de défendre leurs droits à la pratique, nous pouvons aisément imaginer que l'institutionnalisation de l'enseignement de l'acupuncture aurait pu apporter des améliorations pour les conditions d'exercice de ces médecins et pour leur reconnaissance à l'intérieur de la communauté médicale.

En 1991, pendant une réunion du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, il est dit :

Qu'est-ce que le DIU ? C'est un programme mêlé d'acupuncture et de neurologie. Il comporte trois années d'études, sanctionnées par un diplôme [...].

Quel est son intérêt ? C'est d'unifier l'enseignement. C'est d'obtenir une reconnaissance par le Conseil de l'ordre. C'est aussi d'avoir un enseignement reposant sur les qualités des enseignants. C'est encore de faire aussi face à la Commission de la Nomenclature : peut-être obtiendra-t-on le C+K.

Il faut s'inscrire. Peut-être un jour le secteur 2 sera-t-il promotionnel, et peut-être le DIU en sera-t-il la clef ?²

Ce qui soutient l'esprit des membres du Syndicat représentant les médecins acupuncteurs est la conviction que l'acupuncture est en train de faire son chemin dans le milieu médical français et que, un jour, elle pourra être à un niveau supérieur à la médecine générale. Par conséquent les médecins ayant obtenu leur diplôme et pratiquant l'acupuncture obtiendront les droits d'exercice pour lesquels le syndicat s'est toujours battu.

Cependant, la situation n'évolue guère après cette réorganisation de la formation au niveau national.

L'officialisation de l'enseignement n'entraîne pas un changement d'attitudes ni de la part de la Sécurité Sociale, qui ne permettra pas un changement de la cotation pour l'acte

¹ Kespi J. M., « À propos du tournant 'tourner sept fois sa langue...' », *Revue française de Médecine traditionnelle chinoise*, n° 128, mai – juin 1988, p. 153.

² Barthes P., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 66, mai – juin 1991, p. 81.

d'acupuncture - il restera, du moins jusqu'à nos jours, K6 ou K5 comme nous l'avons vu -, ni du Conseil National de l'ordre des médecins qui continuera à considérer l'acupuncture comme une orientation dans la pratique médicale, et jamais comme une spécialisation. En 1989 le président du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France déclare :

Pas davantage de changements par rapport à l'an dernier au niveau de la reconnaissance de l'acupuncture par l'Ordre. Vous connaissez sa position : l'acupuncture ne sera prise en considération que lorsqu'un nombre significatif de Facultés l'enseigneront. Or nous en sommes toujours à six Facultés, et rien ne semble se dessiner. Quand bien même une, deux ou trois Facultés s'y ajouteraient, cela ne changerait sans doute pas le caractère attentiste et rétrograde de l'Ordre.¹

La prédiction du docteur Rich s'avère juste, puisque après 1989 trois autres facultés se sont rajoutées à la liste des DIU d'acupuncture, mais sans pourtant apporter aucune transformation dans le statut du médecin acupuncteur dans l'organisation de la santé nationale.

L'historien George Weisz, ayant étudié la naissance des spécialisations en plusieurs pays, dont la France, s'exprime de la façon suivante :

...il y a tellement de causes possibles et probables – intellectuelles, sociales, économiques et idéologiques – qui déterminent la spécialisation en médecine, que toute tentative de privilégier une ne peut que reposer sur des présuppositions métaphysiques relatives à la façon dont le monde fonctionne²

Or, probablement nous pouvons renverser cette affirmation et avancer l'idée qu'il y a tellement de causes possibles et probables qui déterminent la non attribution du statut de spécialisation pour l'acupuncture qu'il serait très difficile d'en déterminer une précise et prédominante. Cependant, bien que certaines conditions pour la reconnaissance de l'acupuncture comme spécialité semblent acquises, telle l'entrée de l'enseignement en université qui devrait être une des plus importantes, au regard des conditions socio-historiques de création des spécialités en France, nous pouvons mieux comprendre

¹ Rich H., « La page du syndicat », *Revue française d'acupuncture*, n° 59, juillet – septembre 1989, p. 77.

² Weisz G., « Mapping medical specialisation in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, 1994, p. 178, traduction de Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 157-158, mars 2005, p. 6.

pourquoi l'acupuncture ne constitua pas un « sous-espace spécialisé du champ médical » français.¹

Les spécialités médicales apparaissent en France au début du XIX^e siècle au moment de l'ouverture de nouvelles écoles de médecine. Si à son origine, la définition de spécialisation médicale est en général limitée à la défense de certains secteurs de la médecine clinique et pour cela confinée dans l'espace hospitalier, c'est seulement après les années 1940 que les spécialisations s'étendent à la médecine libérale². À partir de ce moment les spécialités médicales dépendent plus largement des négociations entre les pouvoirs publics et des organismes de gestion sanitaire nationale, telle la Sécurité sociale. Se définissent donc des spécialités faisant l'objet d'une reconnaissance officielle, permettant aux médecins l'exercice comme médecins spécialistes.

George Weisz dans son ouvrage *Divide and conquer* s'exprime ainsi :

Medical specialisation is now a fact of life in all Western nations. The experience of medical care has been dramatically transformed not only because we now see many specialists for our ills (our ancestors changed physicians with greater frequency than we think), or because individuals suffering from multiple problems may not have difficulty receiving integrated care (undoubtedly true), but primarily due to the fact that specialisation has simultaneously produced and been the product of the massive changes that have created high-technology "biomedicine" practiced in hospitals, financed (usually) by third-party payers, and expanding regularly into new domains of human life.³

Les spécialités médicales, en Europe aussi bien qu'aux Etats-Unis, sont donc de plus en plus réglées, selon Weisz, par le processus de technicisation, par le progrès technologique et par des relations et des intérêts économiques qui relèvent de l'ensemble de la société plus que du champ médical lui-même.

Nous pouvons facilement voir les conséquences que cet état de choses comporte sur la définition de l'acupuncture comme spécialité médicale. Dans les chapitres précédents nous avons décrit comment s'organise le travail des médecins acupuncteurs et comment se définissent les approches « traditionaliste » et « moderniste » de la médecine chinoise et de

¹ Cf. : Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 157-158, mars 2005, p. 5-36.

² Cf. : Cosmacini G., *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Bari, Laterza, 2001 (1997), p. 385-388; Faure O., *op.cit.*, 1994, p. 233-235.

³ Weisz G., *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. XI.

l'acupuncture en France. Il semble clair que l'acupuncture ne répond pas aux qualités requises pour les spécialités médicales. De fait, tous les acupuncteurs français, déclarent se fonder sur un savoir ancien et sur une tradition millénaire, la médecine chinoise étant revendiquée comme une médecine intemporelle¹. Cela est vrai pour les acupuncteurs « traditionalistes » comme pour les « modernistes », les deux approches de l'acupuncture revendiquent comme fondement un savoir théorique qui relève de la Chine ancienne. Ces présumées sont, par conséquent, nettement opposée à l'essence de ce à quoi les spécialités médicales peuvent et doivent répondre aujourd'hui.

De plus il ne faut pas oublier une composante fondamentale de l'acupuncture dans sa confrontation avec la médecine officielle ; elle est peut-être une médecine allopathique, mais elle ne se fonde absolument pas sur la même conception du corps et de son fonctionnement que celui qui est à la base de la médecine institutionnelle. L'acupuncture et sa théorie médicale ne sont nullement une branche du cadre théorique dans lequel les spécialités se forment et prennent leur place. L'acupuncture est une médecine autre, une médecine différente, elle est construite sur des fondements théoriques qui, dans leurs pratiques, peuvent peut-être s'intégrer à la médecine conventionnelle, mais qui, d'un point de vue épistémologique, peuvent difficilement en devenir un secteur spécialisé.

Pour revenir à la situation de l'enseignement, en 1996 dans le rapport de la réunion du comité de coordination du DIU il est dit :

L'Université de Nice a été contrainte de fermer l'enseignement du DIU par insuffisance du nombre d'inscrits. Pour la même raison, à Lille, l'enseignement de la 1^{ère} année a été suspendu.

Le manque de budget, conséquence d'une certaine défection, rend impossible la poursuite de l'enseignement, en dessous d'un certain nombre d'étudiants inscrits.²

Juste après ces deux sièges (Nice et Lille), le DIU de Marseille aussi doit fermer pour un nombre insuffisant d'adhésions.

De toute manière, depuis la moitié des années 1980 le nombre des élèves diminue d'une façon progressive. Cette diminution avait été déjà perçue dans les écoles privées qui avaient un nombre important d'inscriptions autour 1980 mais qui perdaient, année après année, de nombreux inscrits. Ces écoles probablement pour cette raison aussi ne

¹ Cf. : Huard P., Bossy J., Mazars G., *Les médecines d'Asie*, Paris, Seuil, 1978, p. 8.

² Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, Bobigny, 9 février 1996.

s'opposent pas à la cessation de leur activité d'enseignement une fois que le DIU est mis en place. Nous pouvons facilement remarquer la diminution du nombre de médecins en formation de l'Institut d'Acupuncture de France, l'école de l'Association Française d'Acupuncture¹ qui d'un total (le total des inscriptions sur les années de formation de base et les années de formation continue) de 587 élèves inscrits en 1980 passe à un total de 229 inscriptions en 1984.

Pour le nombre de médecins en formation aux DIU nous n'avons pu nous procurer que les données venant du DIU de Montpellier – Nîmes, en observant l'évolution par année nous remarquons que le nombre du total (total des inscrits sur les trois années de formation) des inscrits au cursus ne dépasse jamais les 75². De plus la tendance est plutôt vers une diminution graduelle des inscriptions : pour l'année 2004-2005 on compte simplement 29 médecins en formation.

Les raisons de cette diminution importante des médecins intéressés par l'acupuncture peuvent être diverses, les médecins que nous avons rencontrés donnent des avis souvent similaires :

...le nombre d'étudiants qui a diminué, parce que c'était moins à la mode, d'une part, il y a aussi des médecins qui avaient fait ça en croyant avoir un truc facile à faire, et puis qui se sont aperçu que c'était d'une part pas facile et qu'en plus ça ne marchait comme ils l'imaginaient. Donc, ça a perdu de son aura, et puis les étudiants ont trouvé d'autres filières pour s'orienter dans le domaine médical...

(F-6)

Aujourd'hui, si vous voulez vous installer, ou bien les gens ne sont pas remboursés et ils ne viennent pas vous voir, ou bien ils sont remboursés mais vous ne gagnez pas assez d'argent. Cela explique le manque de nouveaux médecins acupuncteurs...

(F-1)

L'entrée de l'enseignement de l'acupuncture dans le cadre de l'Université, la fermeture du secteur II et la fin d'une mode, ont cruellement frappé les acupuncteurs et les associations d'acupuncture. Seules ont survécu les plus anciennes.³

¹ Cf. : Chapitre IV, p. 413.

² Cf. : Chapitre IV, p. 413.

³ André G., *CFA*, 1994, p. 4.

L'argument qui soutient que le succès de l'acupuncture correspond à un phénomène de mode revient parfois dans les avis des acteurs de l'acupuncture française, mais pas toujours. Nous ne pensons pas qu'il s'agit véritablement d'un phénomène de mode qui passe – un regard rapide sur la diffusion de l'acupuncture dans d'autres pays européens nous le confirme, à ce propos nous verrons comment les choses évoluent en Italie. Ce qui semble plus important ce sont les difficultés que les jeunes médecins rencontrent pour pouvoir s'installer comme médecins acupuncteurs.

Il apparaît, après discussion, qu'une des causes de cette diminution d'inscrits, réside dans la faiblesse de la cotation de l'acte d'acupuncture et la fermeture du secteur II.¹

Les raisons de la crise de la diffusion de l'acupuncture en France semblent donc être pour la plus grande partie dues à une difficulté concrète de pratiquer cette thérapeutique de manière rentable pour le médecin acupuncteur. Nous l'avons vu au chapitre II² lorsque nous avons analysé le travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France. Cela réapparaît ici, juste quand l'acupuncture trouve une place reconnue dans le monde académique, en 1987, elle perd sa valeur et son importance pour ce qui en est de la diffusion de sa pratique.

¹ Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, Bobigny, 9 février 1996.

² Cf. : Chapitre II, p. 146-173.

9. La Fédération des Acupuncteur pour leur Formation Médicale Continue

La fin de l'enseignement de l'acupuncture par les associations privées correspond aussi à un moment de crises pour ces dernières et pour les médecins acupuncteurs qui le représentent. Nous l'avons vu en analysant l'évolution des principales associations privées françaises, à la fin des années 1990, pour les médecins acupuncteurs, et pour leurs associations, surgit l'exigence de se réunir, se regrouper, se retrouver sous un toit commun. Cela s'avère important plusieurs années après la création du Diplôme Inter-Universitaire d'Acupuncture (DIU), quand toutes les associations faisant aussi office d'écoles de formation à l'acupuncture se retrouvent, après 1989, privées de leur fonction d'enseignement. De plus, l'acupuncture à la fin des années 1980 sort de sa période de grand essor, pour rentrer dans une période de retrait, les acupuncteurs convaincus de l'importance de leur travail et militants pour une reconnaissance de cette médecine se retrouvent en nombre plus limité, et pour cela avec moins d'occasions d'échanges, moins de ressources financières, moins de raisons de créer des occasions de formation, les élèves étant en général très peu moins nombreux qu'une quinzaine d'années auparavant.

Comme le disait le docteur Jean-Marc Kespi dans l'éditorial de 1996 que nous avons cité¹, il est temps pour les médecins acupuncteurs français de se regrouper, de se rencontrer et de travailler ensemble en réunissant les différentes approches et les conceptions de l'acupuncture. La diversité entre les différentes associations est source d'enrichissement selon le docteur Kespi, et son message semble correspondre à une exigence ressentie par plusieurs médecins acupuncteurs et sur plusieurs fronts. C'est ainsi que la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (F.A.FOR.ME.C.) est créée.

La **F.A.FOR.ME.C.** a été créée en 1997, lors de son premier congrès à Bordeaux. Elle est formée de la quasi-totalité des associations de Médecins Acupuncteurs en France. Actuellement (en mai 2003), elle compte [26 associations](#) originaires des 4 coins de l'hexagone. Comme son nom l'indique, elle a une fonction de représentation de la formation médicale continue en acupuncture en France.²

¹ Cf. : Chapitre II, p. 137-138.

² Site de la F.A.FOR.ME.C. : <http://www.acupuncture-medic.com/home.htm>

Notons donc que, auprès de la F.A.FOR.ME.C. sont réunies pour la première fois deux associations qui ont été opposées depuis leur naissance, l'Association Française d'Acupuncture (AFA), ex Société Française d'Acupuncture, fondée par Roger de la Fûye en 1943, et l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF), ex Société d'Acupuncture, fondée en 1945 par les médecins proches de George Soulié de Morant. Les deux associations, toujours séparées par une hostilité entre leurs membres, étaient éloignées aussi pour des raisons liées aux contenus de leur travail et à l'approche de la médecine chinoise poursuivie par les médecins qui les représentaient. Nous avons consacré plusieurs pages à l'activité de ces deux associations, et nous les voyons ici, proches l'une de l'autre dans une fédération créée pour trouver un espace de travail et de formation après le cursus de base offert par le DIU.

La fédération [...] est super-structure et qui permet aux associations de se relier, de travailler entre elles. C'est la fédération qui permet à toutes les associations - y compris l'université - d'être en contact. Donc ça c'est la structure qui existe actuellement: on se forme à l'université, on se perfectionne dans les associations, et on peut travailler entre associations à travers la fédération.

(F-4)

Or cette fédération semble réunir les médecins acupuncteur qui, après des années d'expansion de l'acupuncture, trouvent encore important de perfectionner leur pratique, et offrir une formation continue à ceux qui travaillent avec l'acupuncture et qui viennent de terminer leur formation.

Ses buts, ainsi qu'ils sont énoncés dans le statut, sont :

Aider les associations à assurer une FMC de qualité :

- en organisant des formations de formateurs,
- en faisant le tri entre les fausses certitudes et les hypothèses traditionnelles validées par les faits cliniques et expérimentaux,
- en soutenant les initiatives de traductions rigoureuses de textes canoniques afin d'éviter les interprétations fantaisistes,
- en expérimentant des outils pédagogiques et en faisant la démonstration lors du congrès annuel,
- en aidant les associations au niveau de leur gestion.

Favoriser l'accréditation des associations :

- en négociant avec les pouvoirs publics en faisant valoir le point de vue fédératif,
- en restant vigilant sur les évolutions récentes de la FMC légale,
- en collaborant avec L'U.N.A.FOR.ME.C.,
- en faisant connaître notre spécificité.

Favoriser un travail inter-associatif :

- en réunissant des compétences éparses ou isolées,
- en utilisant la puissance d'une fédération pour diffuser les conclusions de ce travail,
- en favorisant les échanges des idées,
- en organisant un congrès inter-associatif,
- en favorisant l'émergence des personnalités les plus compétentes.

Favoriser les contacts avec les médecins acupuncteurs étrangers :

- en unifiant notre langage, en le rendant représentatif d'une certaine spécificité de l'acupuncture française,
- en nourrissant les associations et leurs représentants éclairés d'informations fiables soutenues par un centre de documentation en rapport
- Collaboration avec l'ICMART (International Council Medical Acupuncture and Related Techniques).

Favoriser la diffusion d'informations de qualité afin de promouvoir l'acupuncture

- au niveau du corps médical à travers la presse spécialisée, le conseil de l'ordre, l'académie de médecine et les instances corporatives médicales,
- au niveau du public à travers la presse, les médias audio-visuels.¹

Le premier but de la F.A.FOR.ME.C. est donc de garantir une formation continue pour les médecins acupuncteurs. Mais plusieurs commissions ont été créées à l'intérieur de la F.A.FOR.ME.C. afin de mieux organiser l'activité de la fédération et de permettre aux médecins membres de travailler sur des sujets spécifiques.

La commission « communication » est chargée de :

Favoriser la communication entre les médecins acupuncteurs de France
Favoriser la diffusion d'une image positive de l'acupuncture dans le monde médical et le grand public²

¹ Site de la F.A.FOR.ME.C. : <http://www.acupuncture-medic.com/home.htm>

² Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

La commission « pédagogique », qui joue un rôle fondamental dans l'activité de la F.A.FOR.ME.C. a comme but de réfléchir sur la formation et la formation des formateurs, elle est aussi chargée d'entretenir les relations avec l' U.N.A.FOR.ME.C. et de se battre pour la reconnaissance d'une formation continue en acupuncture comme une formation spécifique, de plus :

Sur le plan national, la F.A.FOR.ME.C. adhère à L'U.N.A.FOR.ME.C. en tant que fédération nationale au même titre que d'autres associations de spécialistes. Cette adhésion marque un choix de politique et d'engagement pour la FMC mais aussi pour les nouvelles exigences que représentent les évaluations des pratiques professionnelles. Les outils proposés par L'UN.A.FOR.ME.C. sont naturellement adoptés par la F.A.FOR.ME.C., à savoir la Démarche Assurance Qualité, la rédaction de bonnes pratiques professionnelles et les Groupes de Pratiques UN.A.FOR.ME.C.¹

La commission « évaluation » a comme objectifs :

- de répondre à la demande d'évaluation de l'acupuncture
- d'assurer un suivi des recherches cliniques et expérimentales en acupuncture
- de développer une réflexion critique sur la méthodologie de l'évaluation de l'acupuncture.

Elle regroupe des experts acupuncteurs dans le domaine de l'évaluation

Elle assure des formations spécifiques à l'évaluation en acupuncture

La Commission trouve une place naturelle dans le cadre de la F.A.FOR.ME.C. et se compose de membres de diverses associations.²

La commission « médico-sinologique », dont nous avons déjà brièvement parlé, naît

...pour répondre au besoin d'une approche plus évaluative, à la fois clinique et sinologique des textes traditionnels de la médecine chinoise, principalement du Nei Jing. [...]

Les travaux de la Commission médico-sinologique visent à restituer dans sa plénitude la théorie des méridiens d'acupuncture, englobant les fonctions viscérales, telle qu'elle s'exprime dans le *Ling Shu* et le *Su Wen*, dans le Traité des Pouls, dans le livre des Difficultés et bien d'autres ouvrages consacrés plus spécialement à la science des aiguilles

¹ Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

² Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

et des moxas. Un nouveau regard est ainsi posé sur le concept chinois de Syndromes (*Zheng*), sur les mécanismes subtils qui les sous-tendent et sur les indications parfois si curieuses des points d'Acupuncture.

Avec ces travaux, l'accent est mis sur l'importance capitale d'une transmission vivante reçue de la Chine, sur la nécessité de ne plus entreprendre de démarche qui ne soit fermement conduite selon des critères clairs et rigoureux.

Il n'y a pas que l'"Evidence Based Medicine" (EBM) pour être scientifique !

Composée de médecins pour la plupart sinisants et d'experts chinois reconnus comme tels dans leur propre pays, la Commission médico-sinologique marque ainsi son souci de prolonger l'oeuvre de ceux qui, au cours du XX siècle, surent aller puiser directement à la source vive de la médecine traditionnelle chinoise. C'est ainsi seulement que pourront être rapportés d'autres éléments traditionnels pour une meilleure connaissance de l'homme et une meilleure pratique des soins.¹

Cette commission propose donc un travail de revisitation des textes anciens mais en ayant toujours à l'esprit que « l'accent est mis sur l'importance capitale d'une transmission vivante reçue de la Chine ». L'approche « sinologique » de cette commission est donc plutôt actuelle, se rapportant aux expériences menées en Chine récemment, une attitude différente si on la confronte avec les démarches des médecins de l'AFA qui ont fait époque entre le début des années 1970 et la fin des années 1980. Ces derniers étaient, comme nous l'avons montré, centrés sur leurs interprétations des textes anciens, en suivant les traces laissées par une vision « vietnamienne » de la médecine chinoise, en particulier celle du docteur Nguyen Van Nghi. Au contraire le président de la commission médico-sinologique, le docteur Jean-Claude Dubois, ayant passé plusieurs années en Chine, défend une connaissance de l'acupuncture et de la médecine chinoise à travers les textes, et non à travers leurs traductions, il préconise une méthodologie selon laquelle :

On attend toujours qu'une élite se dégage, capable de s'affronter aux textes et à leurs commentaires et non plus seulement aux traductions. Cette démarche n'a rien à voir, répétons le sans se lasser, avec l'analyse étymologique de quelques caractères chinois sur lesquels on brode sa propre théorie. Il faut prendre exemple sur les meilleurs sinologues et philosophes qui ne se permettent jamais de telles fantaisies. Le crédit des médecins

¹ Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

acupuncteurs en dépendra de plus en plus à l'avenir du fait de la connaissance de plus en plus fine de la culture chinoise même au sein du grand public.¹

Et tout cela en ayant comme modèle la recherche médicale conduite en Chine à l'époque contemporaine :

Il est donc envisagé, en partenariat avec la Commission évaluation de constituer un groupe de travail spécifique travaillant sur ce thème des « Zheng », comme cela se fait en Chine sur une plus large échelle.²

Enfin d'autres commissions sont actives à l'intérieur de la F.A.FOR.ME.C., la commission « acupuncture auriculaire » qui a comme but d'approfondir la connaissance et la recherche en ce secteur de l'acupuncture (qui répond à une théorie qui n'est pas exactement celle de l'acupuncture), et la commission *qigong* qui, avec beaucoup de difficultés, essaye de promouvoir cette pratique médicale.

Il y a maintenant 10 années qu'un « projet » de Commission *qigong* existe à la F.A.FOR.ME.C., sous la forme d'un « collège » dont je suis la responsable et chargée des relations avec la Chine. Malgré de multiples tentatives pour relancer ce projet, et même avec l'aide d'une présence sur notre site F.A.FOR.ME.C., sans compter les encouragements multiples de certains, cela ne semble pas facile aux uns et aux autres, de s'engager. Ceci est d'autant plus paradoxal que la participation de centaines de personnes aux ateliers de *qigong* dans le cadre des congrès démontre chaque année l'intérêt porté au *qigong* par de très nombreux médecins acupuncteurs !³

La formation continue offerte par la F.A.FOR.ME.C. se concrétise tout d'abord avec un congrès annuel, qui se tient en rotation dans une ville française. Pendant le congrès les représentants de l'acupuncture française interviennent pour présenter les résultats cliniques, leurs nouvelles démarches, leurs acquisitions en matière d'acupuncture et parfois de pharmacopée chinoise et de *qigong*. Le congrès de la F.A.FOR.ME.C. est un moment de rencontre, d'échange et de confrontation entre les médecins acupuncteurs individuels, mais

¹ F.A.FOR.ME.C., Bulletin n° 19, automne 2006. Site : <http://www.acupuncture-medic.com/home.htm>

² Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

³ F.A.FOR.ME.C., Bulletin n° 19, automne 2006. Site : <http://www.acupuncture-medic.com/home.htm>

aussi entre les associations faisant partie de la fédération.¹ De plus, à l'occasion de ces congrès, les résultats des différentes commissions chargées de faire progresser les buts de la F.A.FOR.ME.C. sont présentés et discutés publiquement.

Depuis la naissance de la F.A.FOR.ME.C. dix congrès ont été organisés avec des thèmes différents :

1997, Bordeaux

1998, Nîmes

1999, Paris (l'acupuncture et l'homme face à sa douleur)

2000, Rouen (influences et mutations, efficacité et complémentarité)

2001, Nantes (tradition et modernité, points et méridiens, pas de séparation)

2002, Clermont Ferrand (la qualité de vie, de la prévention à la thérapeutique)

2003, Marseille (lombalgies et lombosciatiques)

2004, Strasbourg (l'acupuncture en gynécologie et obstétrique)

2005, Lyon (stress et vie moderne, de l'anxiété à la dépression)

2006, Toulouse (L'acupuncture chez le sportif, de l'activité au bien-être)²

Pour finir il est intéressant de voir quelle est la définition donnée par la F.A.FOR.ME.C. de l'acupuncture :

L'acupuncture nous vient de la **médecine chinoise**.

Elle a été remise au goût du jour en Europe, et en particulier en France, par Georges Soulié de Morant dans les années 1920 qui nous a livré un texte extrêmement complet, élément de référence de nombreuses écoles d'enseignement actuelles.[...]

Si l'acupuncture n'est qu'un volet de la médecine chinoise, elle décrit toutefois, à travers des livres canoniques, la physiologie d'être en bonne santé, ainsi que les différentes perturbations qui modifient celle-ci.

Et dans la page « Grands principes » on peut lire :

L'acupuncture, branche principale de la médecine chinoise, est une médecine qui permet de comprendre le fonctionnement spontané de l'être humain dans son ensemble,

¹ Nous avons participé à deux de ces congrès ; parmi les congrès d'acupuncture auxquels nous avons participé ceux organisés par la F.A.FOR.ME.C. sont certainement les plus animés, riches en communications différentes, avec un nombre de participants assez élevé.

² Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Op. Cit.*

afin de pouvoir rétablir, lors des incidents de parcours, le cours naturel de l'élément vital qui l'anime.

Le principe fondamental de l'acupuncture est essentiellement basé sur le fait que l'être humain se situe dans un espace médian, entre ce qu'on appelle le Ciel en haut et la Terre en bas, et qu'on ne peut pas le séparer ou l'isoler de cet environnement dans lequel il baigne, dans lequel il se nourrit et qu'il nourrit en retour.

La vitalité qui permet à l'être humain de s'exprimer à la fois sur le plan subtil du mental, sur le plan sensoriel, grâce à ses orifices de communication qui lui ouvrent les portes de son environnement, et sur le plan physique par sa mobilisation dans l'espace, est indissociable de l'animation du milieu subtil qui l'entoure, qu'on peut appeler céleste et du milieu "grossier" qui le supporte qu'on peut appeler terrestre. On parle de la trilogie : Ciel - Homme - Terre.¹

Remarquons dans ce que nous venons de citer que cette thérapeutique semble fondée sur une vision qu'on pourrait définir comme « holistique ». L'accord entre les différentes approches de l'acupuncture en France contribue à une synthèse qui met l'accent sur l'homme en tant qu'être vivant et dans ses relations avec son environnement. Nous trouvons ici les aspects cosmologiques propres de la pensée chinoise, sur lequel se fonde l'approche « traditionaliste » de l'acupuncture qui s'est diffusée en France.

9.a. Le Collège Français d'Acupuncture

Parmi les membres de la F.A.FOR.ME.C. naît, à la fin de l'année 2002, la volonté de créer une société savante. Le Collège Français d'Acupuncture (CFA) est composé par des médecins acupuncteurs actifs à l'intérieur de la F.A.FOR.ME.C. qui se proposent de :

...réaliser les recherches en Acupuncture et Médecine chinoise, d'organiser des réunions scientifiques, de publier des documents scientifiques, d'éditer des ouvrages, d'octroyer des bourses et des prix de recherche en Acupuncture et Médecine chinoise, de collecter, gérer et diffuser la documentation, de coordonner et d'échanger des travaux avec les associations et structures équivalentes au niveau européen et mondial, de constituer le pôle de référence et d'expertise pour l'acupuncture et la médecine chinoise auprès des instances professionnelles, universitaires, ordinales, sociales ou autres.²

¹ Site de la F.A.FOR.ME.C. : *Ibidem*.

² Site du CFA: <http://holloway.free.fr/cfa/>

À sa naissance le CFA stipule une convention avec la F.A.FOR.ME.C. selon laquelle :

Collège français d'acupuncture constitue le pôle scientifique de référence de l'acupuncture médicale, en France. Il réalise un travail de Société savante.

La Fédération des acupuncteurs pour leur F.M.C., constitue le pôle de la formation médicale continue des médecins acupuncteurs de France.

Les deux associations décident par convention d'échanger en permanence toutes les informations importantes relatives à la connaissance et à l'exercice de l'acupuncture en France.

Avant d'engager toute action susceptible de décider de l'avenir de l'acupuncture en France, les deux associations s'engagent à demander l'avis préalable de l'autre association.¹

À l'heure actuelle le CFA à pour ambition tout d'abord d'établir un état des lieux de l'acupuncture en France, pour améliorer son exercice et sa diffusion.

Plusieurs propositions sont faites afin de réussir à garantir une formation sérieuse à l'acupuncture, inciter les jeunes médecins à s'approcher à cette thérapeutique, mieux informer la clientèle, entretenir des liens avec les associations d'acupuncteurs des autres pays européens et enfin, se questionner sur d'autres moyens thérapeutiques faisant partie de la médecine chinoise tels la phytothérapie, la gymnastique ou les massages.

¹ Site du CFA: [idem](#)

10. Nouvelles perspectives de l'acupuncture en France

Quelles sont les perspectives pour l'acupuncture en France ? Il est difficile de donner une réponse en observant quelle a été l'évolution récente de la pratique et de l'enseignement de cette méthode de soin. En effet, nous avons vu que les démarches au niveau gouvernemental à l'égard d'une reconnaissance de l'acupuncture sont au point mort depuis plusieurs années. L'activité privée continue à rester en vie avec les associations dont nous venons de parler (la F.A.FOR.ME.C. et le CFA) aussi bien que le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, mais le nombre des médecins acupuncteurs en France semble continuer à diminuer malgré les efforts de ceux qui militent pour la diffusion de leur pratique. Cependant en février 2007, Gilles de Robien, ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche annonce l'ouverture prochaine d'une « capacité de médecine » en acupuncture. La nouvelle est annoncée sur le site du ministère de l'éducation :

Gilles de Robien fait entrer l'acupuncture à l'université par la grande porte.

Répondant au souhait des autorités chinoises d'une meilleure prise en compte des apports potentiels de l'enseignement de la médecine traditionnelle chinoise et tout particulièrement de l'acupuncture dans les facultés de médecine françaises, Gilles de Robien, ministre de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, a signé vendredi 2 février à Pékin un protocole de coopération universitaire sur ce thème.

Le ministre a annoncé dans ce cadre, la création pour la prochaine rentrée universitaire d'un nouveau diplôme national français : la capacité de médecine en acupuncture, dont la maquette sera prochainement présentée au CNESER. Ce diplôme sera accessible aux docteurs en médecine après deux ans d'études spécialisées effectuées dans les universités qui seront habilitées à le délivrer.

Dans le prolongement de cet accord et afin de marquer l'importance de cette évolution, le ministre a assisté à une démonstration d'acupuncture et rencontré des enseignants - chercheurs et des étudiants des universités Paris V et Paris XIII, concernés par cet enseignement.

Le ministre a rappelé qu'à l'heure actuelle, « l'acupuncture est la seule des composantes de la médecine chinoise à être enseignée dans nos facultés de médecine ». En

effet, il existe déjà un diplôme inter-universitaire qui permet aux médecins d'exercer cette discipline et de la transmettre.

Pour donner un cadre plus solide et mieux reconnu à la pratique de l'acupuncture, j'ai donc décidé que nous devions aller plus loin, et passer d'un simple diplôme inter-universitaire à un vrai diplôme national. C'est ce qu'on appelle dans le langage de l'université, une « capacité de médecine ».¹

Nous ne pouvons pas savoir, pour l'instant, quelle sera la suite de cet accord. Néanmoins nous pouvons nous demander si cette initiative n'est pas en quelque sorte le miroir de ce qui se passe actuellement en Italie et dont nous verrons mieux les détails au chapitre III².

¹ Voir le site : <http://www.education.gouv.fr/>, Communiqué de presse - Gilles de Robien, 12 février 2007.

² Cf. : Chapitre III, p. 394-399.

11. La diffusion de l'acupuncture de Marseille dans le monde : le docteur Nguyen Van Nghi

11.a. Le début de sa carrière de médecin acupuncteur et l'origine de son succès

Nous l'avons déjà vu¹, et nous le trouvons confirmé dans les citations qui suivent, le début des années 1970 correspond à une véritable expansion de l'acupuncture en France et en Occident².

Mensuel du médecin acupuncteur, n° 1, mai 1973:

Depuis quelques années, on assiste à un réveil de l'Acupuncture en Occident...³

Mensuel du médecin acupuncteur, n°3, avril 1973

Au moment où l'Acupuncture connaît en Occident un essor sans précédent...⁴

Mensuel du médecin acupuncteur, n° 5, octobre 1973

Parallèlement à l'essor que prend l'Acupuncture dans le monde médical moderne...⁵

Nous avons aussi vu que cette croissance et ce développement de la pratique médicale venant de Chine se produisent avec une rapidité et une importance inattendues. Des associations, des groupes, des écoles se forment ; des médecins se réunissent, traduisent, réfléchissent, expérimentent, publient ; des revues, des articles, des ouvrages font leur apparition ; des congrès, des symposiums, des stages, des séminaires, des cours sont organisés. La ferveur de l'activité autour de l'acupuncture à cette époque est difficile à cerner à cause de son ampleur et de sa croissance soudaine autour des années 1970. Cet essor, que les revues d'acupuncture citées ci-dessus signalent, a eu une large portée sociale, et pourrait être analysé de ce point de vue. Nous nous proposons quant à nous de nous intéresser particulièrement aux personnages protagonistes et contributeurs de cette diffusion. Un de ces protagonistes, probablement le plus connu au fil des années et au-delà des frontières françaises, est le docteur Nguyen Van Nghi.

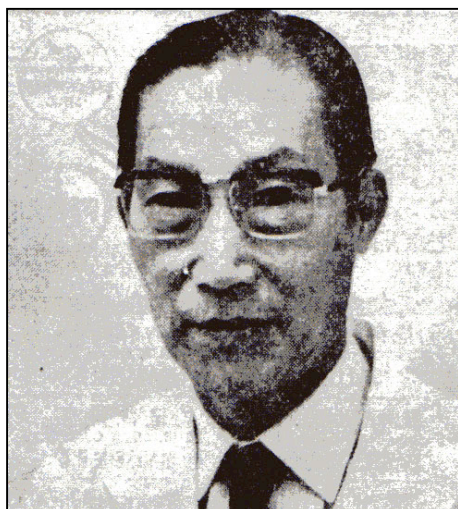
¹ Cf. : Chapitre II, p. 121-146.

² Le docteur Georges Cantoni dans les mêmes années déboute un certains nombres des ses Editoriaux de la revue *Méridiens* en exprimant le même concept d'expansion de l'acupuncture en France et en Occident.

³ Nguyen V. N., « Éditorial », *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, n°1, mai 1973, p. 1.

⁴ Nguyen V. N., « Éditorial », *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, n° 3, juillet 1973, p. 1.

⁵ Nguyen V. N., « Éditorial », *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, n° 5, octobre 1973, p. 1.



Dr Nguyen Van Nghi

Revue Française d'Acupuncture, n° 174-180



Nguyen Van Nghi naît formellement à Hanoï, mais plus probablement dans une ville chinoise aux confins du Vietnam le 11 janvier 1909. Il poursuit sa vie à Hanoi, où il fait ses premières études chez les jésuites. Il continue sa formation à Hong-Kong entre 1925 et 1929

En 1931 il arrive en France, où il restera jusqu'à la fin de sa vie (après l'indépendance du Vietnam il gardera la nationalité française). En France il accomplit ses études de médecine dans les facultés de Montpellier et de Marseille, où il obtient un diplôme de l'Institut de médecine exotique en 1938. En 1940 il soutient sa thèse de Doctorat en Médecine.

Il est devenu médecin occidental, il a pratiqué la médecine générale de 1940 à 1958, pendant vingt ans dans de petits villages de Provence. Imaginez dans les années 40, un médecin vietnamien qui soignait les paysans provençaux...

(F-18)

Le docteur Nguyen Van Nghi est d'abord médecin conventionnel, un médecin de campagne (il vivait à Tourves, dans le Var) pendant la deuxième guerre mondiale :

Il soignait avec les médicaments occidentaux disponibles dans les années 1940... C'est un parcours de pionnier. En acupuncture aussi, c'est un parcours et une attitude de pionnier...

(F-18)

C'est un de ses quatre fils qui le peint en « pionnier », pour la médecine conventionnelle pendant la guerre, comme, quelques années plus tard, pour l'acupuncture.

À ce sujet, le docteur Nguyen Van Hong, son frère, qui travaillait à l'Institut de Médecine Traditionnelle de Hanoi, et qui était aussi ministre de la santé du Vietnam du Nord, lui envoya dans les années 1950 plusieurs documents concernant la médecine chinoise.

Sa formation à l'acupuncture commence à partir ces années, et elle se fait à travers ce matériel venant de Hanoi que Nguyen Van Nghi étudie et commence à traduire en français :

Il se forme à l'acupuncture uniquement en autodidacte à partir des données que son frère lui a fait parvenir, suivant la documentation traditionnelle. [...] En fait, il avait des sources chinoises à une époque où ce n'était pas accessible. Il a apporté tout un corpus théorique ...

(F-18)

Le docteur Nguyen Van Nghi est donc celui qui apporte une nouvelle conception de l'acupuncture en France, celui qui fait connaître la véritable acupuncture chinoise. Cependant, son travail doit attendre quelques années avant de se voir largement reconnu.

Effectivement, pendant une dizaine d'années (entre 1950 et 1959) l'affirmation de son acupuncture - comme elle est conçue par le docteur Nguyen Van Nghi- rencontre des oppositions. Les praticiens qui conçoivent l'acupuncture comme « une réflexothérapie avec ses “points” et ses “méridiens” »¹ trouvent laborieux et inutile de s'investir dans la réélaboration et l'approfondissement d'une théorie et d'une physiopathologie centrée sur un corpus venant d'Orient.

À la fin des années 1960 le docteur Nguyen Van Nghi commence à nouer des relations avec les médecins de l'AFA². En particulier il entre en relation avec le docteur Albert Chamfrault qui à cette époque est le Président de l'AFA.

Mais il faut savoir que Chamfrault avait été initié à l'acupuncture au Vietnam et il y avait vécu 15 ans. Les livres qu'il a traduits, il les a traduits avec un médecin vietnamien. Il y avait donc cette liaison qui passait pour le Vietnam. Je pense en effet que Van Nghi a entendu parler de Chamfrault, et quand il a cherché de diffuser son enseignement il s'est adressé à lui.

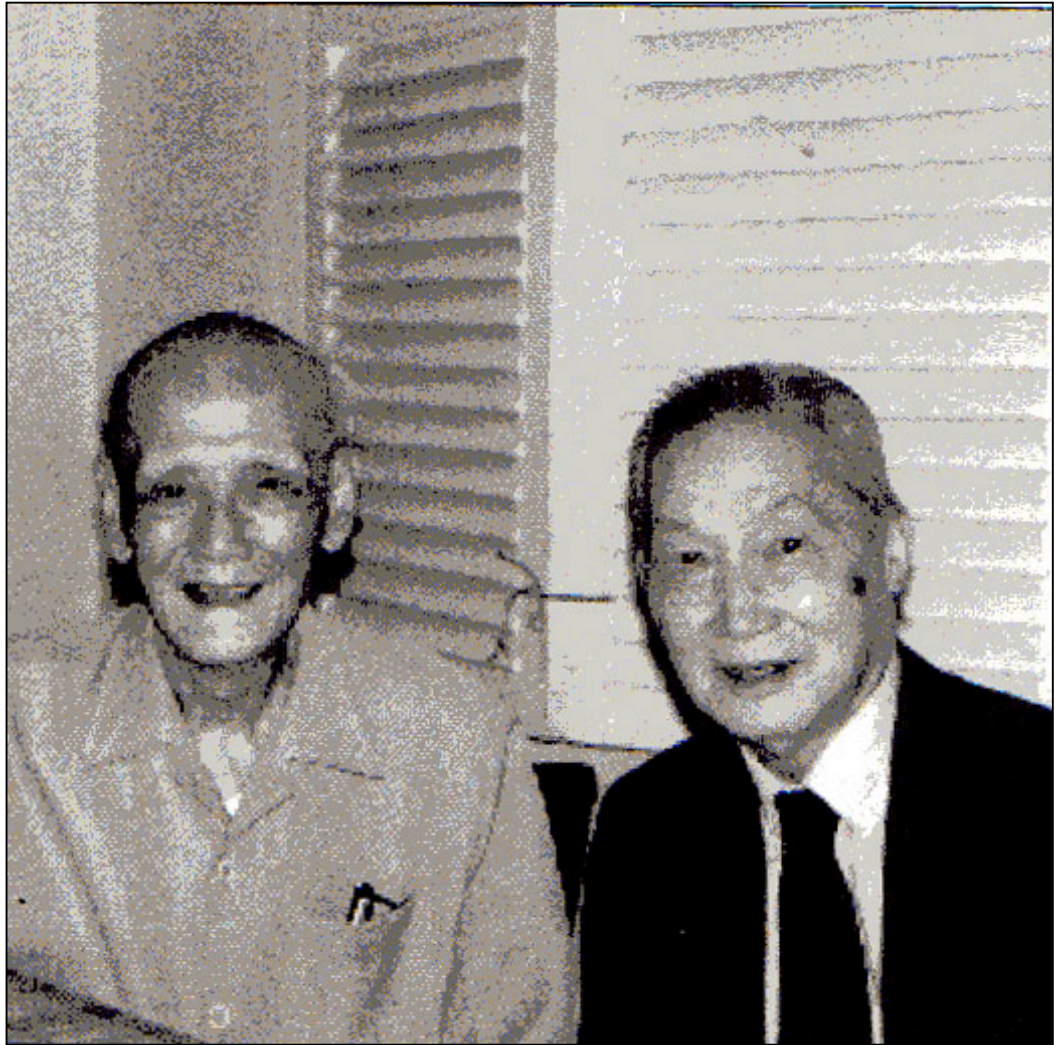
Il avait beaucoup d'estime et d'affection l'un pour l'autre. Pour moi ce n'est pas dissociable, Chamfrault et Van Nghi ce n'est pas dissociable. En plus Chamfrault meurt assez vite et il ne reste plus que Van Nghi...

(F-27)

C'est donc grâce à l'appui du docteur Chamfrault que le docteur Nguyen Van Nghi trouve le biais pour commencer à rendre publique ses traductions et pour diffuser ses

¹ Nguyen Van Nghy, *Op. Cit.*, 1973.

² Ces contacts se font après la fusion de deux sociétés d'acupuncture (la Société Française d'Acupuncture et la Société d'Acupuncture), quand l'Association Française d'Acupuncture (AFA) remplace de la Société Française d'Acupuncture (SFA). Cf. : Chapitre II, p. 110-121.



Dr Nguyen Van Nghi et Dr Nguyen Van Huong, ancien ministre de la santé, lors
d'une réunion d'étude de MTC à Hochimin, 1991

Revue Française d'Acupuncture, n° 173, février-mars 1997, p. 42

apports à la médecine chinoise en France¹. En 1969 le docteur Chamfrault publie le VI Tome du *Traité de Médecine Chinoise* en collaboration avec Nguyen Van Nghi :

Et nous voici, quinze ans plus tard, à nouveau en présence de documentations inédites qui viennent compléter celles que nous avons présentées.

Ces documents nous ont été fournis par le docteur Nguyen Van Nghi qui a la plus grande part dans la valeur que peut présenter ce Tome. Je le remercie du travail parfois fort délicat. Nous pouvons tous, surtout le remercier d'avoir accepté de nous révéler ces textes qu'il eut été difficile, sinon impossible, à un Occidental de se procurer.²

À partir de cette publication, le travail de Nguyen Van Nghi commence à avoir un écho important. Ses articles apparaissent dans la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture* à partir de 1970³ et rapidement dans plusieurs autres revues, françaises et non⁴. En 1971 il publie son premier ouvrage *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*⁵ suivi juste après, toujours dans la même série, par *Topographie énergétique en médecine chinoise*⁶. Ces deux textes deviennent les ouvrages avec lesquels le docteur Nguyen Van Nghi commence véritablement à s'imposer dans le monde de l'acupuncture. Il continue à publier (des livres aussi bien qu'une quantité très importante d'articles) jusqu'à la fin de sa vie. Dans ses livres il s'attache à la traduction des textes fondamentaux de la médecine chinoise⁷, mais il produit aussi des œuvres sur la théorie médicale chinoise et de synthèses de ses travaux cliniques⁸ dont sa *Théorie et pratique de*

¹ Pour ce qui en est de la rencontre des docteurs Albert Chamfrault et Nguyen Van Nghi, Cf. : Chapitre I, p. 72-83.

² Chamfrault A., « Préface », in Chamfrault A. et Nguyen V. N., *Traité de Médecine Chinoise*, Tome VI, Angoulême, Imprimerie de la Charente, 1969, p.7.

³ Cf. : Nguyen V. N., « L'énergétique humaine », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, octobre - décembre 1970, p. 461-481. Notons aussi que le premier article du docteur Nguyen Van Nghi est publié en Italie : Nguyen Van Nghi, « L'énergétique humaine », *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, octobre novembre décembre 1970, p. 461-481.

⁴ Pour une bibliographie complète des publications du docteur Nguyen Van Nghi Cf. : Nguyen J., *Op. Cit.*, 1999, p. 13-60.

⁵ Nguyen V.G., Picou E., *Op. Cit.*, 1971.

⁶ Nguyen V.G., Picou E., *Topographie énergétique en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971.

⁷ Nguyen V. N., *Op. Cit.*, 1973 -1°; *Hoang ti nei king so ouen, part 2*, Marseille, éditions NVN, 1975 ; avec Dzung T. V., Recours-Nguyen C., *Da cheng, art et pratique de l'acupuncture*, Marseille, éditions NVN, 1982 ; avec Tran V. D., Recours-Nguyen C., *Da cheng, art et pratique de l'acupuncture, part 2*, Marseille, éditions NVN, 1985 ; avec Nguyen P., *Hoang ti nei king so ouen, part 3*, Marseille, éditions NVN, 1988 ; avec Recours-Nguyen C., *Hoang ti nei king so ouen, part4*, Marseille, éditions NVN, 1991 ; avec Bui V. T., Recours-Nguyen C., *Mai jing classique des pouls de Wang Shu He*, Marseille, éditions NVN, 1993 ; *Huangdi neijing – Lingshu. Livre IV et V*, Marseille, éditions NVN, 1995.

⁸ Nguyen V. N., avec Mai V. D., *Sémiologie et thérapeutique en médecine énergétique orientale*, Marseille, éditions NVN, 1981 ; *Pharmacologie en médecine énergétique orientale*, Marseille, éditions NVN, 1981 ;

*l'analgésie par acupuncture*¹ est probablement le principal. Néanmoins la figure du docteur Nguyen Van Nghi n'est pas cruciale seulement pour ses ouvrages et ses publications, mais aussi – et peut-être surtout - pour son charisme, sa visibilité et son action concrète dans la communauté internationale liée à la médecine chinoise. Son nom est déjà plusieurs fois apparu dans les événements décrits jusqu'ici et nous verrons un peu plus loin quels seront ses engagements pour la diffusion de l'acupuncture au niveau internationale et pour l'instauration de liens avec les pays orientaux (la Chine notamment).

Mais, pour revenir à la contribution de Nguyen Van Nghi, et à son apparition dans l'évolution de la pensée médicale chinoise qui se développe en France, citons quelques phrases du docteur Picou venant du texte *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise* auquel il avait collaboré avec Nguyen Van Nghi² :

Par une étude extrêmement poussée le docteur Chamfrault donna la véritable cause des maladies énergétiques, expliqua leur évolution et définit une thérapeutique, dans son dernier ouvrage : *L'Energie humaine en médecine chinoise*, écrit en collaboration avec notre ami, le docteur Nguyen.

[...] La disparition prématurée du docteur Chamfrault laissa son œuvre inachevée.

Son désir était de construire en France une « médecine chinoise » cohérente et complète, avec l'aide des organismes officiels (Instituts des Recherches Expérimentales de médecine Orientale) de Chine et du Vietnam.

Le docteur Nguyen continue cette œuvre inachevée, mais ses occupations professionnelles l'empêchent de se livrer entièrement à ces recherches extrêmement vastes et difficiles.

C'est pour cette raison qu'il m'a fait l'honneur et le très grand plaisir de me demander mon aide pour la confection de cet ouvrage de véritable médecine chinoise.³

Ces mots du docteur Picou nous montrent comment le docteur Nguyen Van Nghi prend le relais du travail commencé par Albert Chamfrault. Le docteur Chamfrault avait

Nguyen V. N., avec Recours-Nguyen C., *Médecine traditionnelle chinoise*, Marseille, éditions NVN, 1984 ; *Maladies évolutives des 3 yin et 3 yang, selon le Shanghan lun de Zhang Zhong-Jing, pulsologie, nosologie, principes thérapeutiques*, Marseille, édition NVN, 1987.

¹ Nguyen V. N. avec Mai V.D., Lanza U., *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*, Marseille, éditions NVN, 1974.

² Notons que le docteur Nguyen Van Nghi publie ses ouvrages toujours en collaboration avec un autre médecin, ou très souvent avec Christine Recours Nguyen, sa fille. Cf. : les notes précédentes ou Nguyen J., *Op. Cit.*, 1999, p. 13-60.

³ Picou E., « Avertissement au lecteur », in *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971, p. 16.

certainement donné et transmis à ses collègues acupuncteurs une approche à la médecine chinoise qui voulait être la plus « vrai » et la plus proche possible de la médecine pratiquée en Chine et conforme à la tradition du pays. Néanmoins il était un médecin occidental - français pour la précision- et pour cela, afin de mener à bonne fin son idée, il a été obligé de faire appel à des savants asiatiques. Il avait travaillé avec le lettré vietnamien Ung Kan Sam, comme nous l'avons vu. Chamfrault avait connu ce lettré en Indochine et il avait pu travailler avec lui pendant ses années de séjour là bas. Les deux avaient traduit les textes que le docteur Chamfrault utilise plus tard, une fois rentré en France pour publier ses ouvrages. Rappelons ce que Ung Kan Sam disait de son travail de traduction avec le docteur Chamfrault :

L'esprit contenu dans le *Nei King* a capté l'intérêt du docteur Chamfrault ; il a désiré absolument le traduire intégralement et le faire publier en France. J'en suis personnellement très flatté, mais je doute que notre médecine primitive puisse intéresser les médecins européens si avancés.¹

Les perplexités exprimées par ce lettré vietnamien ne sont nullement comparables avec les convictions et la détermination du docteur Nguyen Van Nghi quelques années plus tard, comme nous allons essayer de le montrer.

Si l'œuvre d'Albert Chamfrault, avec cet ami lettré vietnamien, eut pour vertu d'ouvrir les médecins acupuncteurs français à la conception de l'acupuncture chinoise à partir de la connaissance des textes médicaux, l'intervention de Nguyen Van Nghi correspond à un vigoureux changement dans la perspective de travail et de connaissance du savoir médical et de la technique venant de Chine.

Les innovations apportées par les traductions de Nguyen Van Nghi ne se placent pas en rupture par rapport à ce qui est jusqu'à ce moment connu en France sur la théorie médicale fondant l'acupuncture. Le savoir médical qui a été l'objet des publications, et qui est transmis dans les lieux d'enseignements français, se fonde sur la connaissance des douze méridiens principaux et sur leurs fonctions. Or les textes vietnamiens traduits par le docteur Nguyen Van Nghi décrivent la théorie médicale chinoise ainsi qu'elle avait été

¹ Ung Kan Sam, *Op. Cit.*, p. 15. Aussi Cf. : Chapitre I, p. 72-83.

établie dans les années 1950 en Chine - le « great treasure » selon la définition de Mao Tse-tung en 1958¹ - et qui est enseignée dans les universités chinoises et indochinoises.

Comme nous le dit le docteur Chamfrault dans la préface aux Tome VI de son ouvrage :

Les textes que nous publions présentement correspondent à l'enseignement qui est actuellement donné à l'Institut de Médecine Extrême-Orientale d'Hanoi, dans les Facultés de Médecine de Nankin et de Pékin.

Ces textes correspondent donc aux recherches effectuées, tant en Chine Populaire qu'au Nord Viêt-nam, dans les textes fondamentaux de la Médecine traditionnelle chinoise.²

Le texte auquel fait référence le docteur Nguyen Van Nghi est la traduction en vietnamien du *Zhongyixue gailun*, ouvrage publié pour la première fois en 1958 par le Collège de médecine chinoise de Nankin³ qui, la même année, est traduit en vietnamien par le Ministère de la Santé du Vietnam. Le docteur Nguyen arrive à obtenir ce texte, accompagné probablement par d'autres documents, tel le *Huangti neijing* (Canon interne de l'empereur jaune) en version vietnamienne. En effet, le docteur Nguyen Van Nghi remercie ses correspondants au Vietnam ainsi :

Nous remercions les professeurs de la Faculté de Médecine de Hanoi, en particulier le docteur Nguyen Van Huong, Phan Ba Cu, Tran Quang Hy de l'Institut de Recherche expérimentale de la Médecine Orientale, de nous avoir communiqué les documents d'enseignement des Universités de Pékin (Chine) et Hanoi (Viêt-nam), recueillis sous les noms de Trung Y Hoc (Médecine Chinoise).

Ces importants documents alliés au So Ouenn et au Nei King⁴, ont constitué un outil précieux dans la rédaction de cet ouvrage.⁵

¹ Cf. : Unschuld P., *Medicine in China. A history of ideas*, Berkely, University of California Press, 1984, p. 251.

² Chamfrault A., « Préface », in Chamfrault A. et Nguyen V. N., *op.cit.*, 1969, p.7.

³ Nanjing Zhongyixue yuan (Collège de médecine chinoise de Nankin) éd, *Zhongyixue gailun*, Pékin, Renmin weisheng chubanshe, 1958. Pour plus de précisions sur l'ouvrage cf. Sheid V., *Chinese Medicine in Contemporary China*, London, Duke University Press, 2002, p. 352-354.

⁴ Le docteur Nguyen Van Nghi utilise une traduction en vietnamien du *Huangti neijing*, dont il publiera une version française traduite du vietnamien.

⁵ Nguyen V. N., « Préface », in Chamfrault A. et Nguyen V. N., *Op. Cit.*, 1969, p.11.

Le contenu des apports à la théorie médicale chinoise est résumé par le docteur Nguyen dans la préface à la publication de 1969 :

Nous ne reviendrons pas, toutefois, sur les 12 méridiens Principaux déjà étudiés minutieusement dans le TRAITE DE MEDECINE CHINOISE (tome I) du D^r Chamfrault [...]. Nous insisterons cependant sur la grande circulation *superficielle* et *profonde* de l'énergie Yong (nourricière) formant le circuit cyclique des 12 méridiens. Ceci permettra de comprendre les positions des 3 *Inn* et des 3 *Yang* afin de déterminer l'évolution de la maladie.

Les vaisseaux secondaires sont des *grandes ramifications* des Méridiens principaux¹. On les classe en quatre groupes :

- a) les Lo longitudinaux et transversaux ou « Lac Biêt »,
- b) les méridiens Curieux ou « Ky Kinh »,
- c) les méridiens Distincts ou « Kinh Biêt »,
- d) les méridiens Tendino-Musculaires ou « Kinh Cân ».

L'étude de ces méridiens nous amènera à préciser les principales notions de la Médecine Chinoise :

- *Extérieur - Intérieur* (Biêu Ly)
- *Haut - Bas* (Thuong Ha)
- *Gauche - Droite* (Ta Huu)
- *Froid - Chaleur* (Han Nhiêt)
- *Vide - Plénitude* (Hu Thuc).

Enfin une étude approfondie des points antiques ou « Su » (*Ting, Iong, Iu, Iunn King, Ho*, en Chinois ; *Tinh, Huynh, Du, Nguyễn, Kinh, Hôi*, en vietnamien ; *Sei, Ei, Yu, Yun, Kei, Go*, en japonais) s'avèrera nécessaire pour déterminer les réactions de l'Energie cosmique (saisonnaire) au niveau des points énergétiques du corps. On arrivera ainsi à une meilleure compréhension de la règle des « *Cinq Eléments* » appliqué à l'être humain. Ceci permettra « *une parfaite utilisation des points antiques suivant la saison* » (So Ouenn, Chapitre 78).

Nous avons donc, dans notre ouvrage, introduit de nouvelles notions présentées en Occident. La connaissance de ces notions complémentaires permet une meilleure compréhension de l'effet thérapeutique de l'Acupuncture qui devient ainsi plus évident et plus efficace.²

¹ Avant la traduction et les ouvrages du docteur Nguyen Van Nghi les médecins français connaissaient surtout les méridiens principaux. Les ramifications de ces derniers et leurs utilisations cliniques sont introduites par le médecin vietnamien.

² Nguyen V. N., *Op. Cit.*, 1969, p.10-11.

Le docteur Nguyen Van Nghi arrive à diffuser en France les résultats de ses études et traductions sur la médecine chinoise à peu près une quinzaine d'années après le début de son travail d'autodidacte sur les textes médicaux venant du Vietnam.

Notons que la prise de conscience d'une systématisation de la médecine chinoise intégrant des « nouvelles notions » fait référence à des textes médicaux Extrême-orientaux (chinois à l'origine) rédigés à l'époque contemporaine. Ces mêmes textes seront aussi la base de toutes les descriptions occidentales de la médecine chinoise, aussi bien pour les praticiens que pour plusieurs universitaires travaillant sur le sujet *grosso modo* à la même époque et pour les quinze années suivantes¹. De plus, le début de la reconnaissance en France de la valeur du travail du docteur Nguyen Van Nghi se produit au moment de la mise en place de l'ouverture de la Chine vers l'Occident².

Nous pouvons penser que l'extrême importance de l'action de ce médecin dans le contexte médical occidental, pour ce qui est de l'acupuncture, est lié à plusieurs facteurs dont le contexte politique international n'est pas le moindre. La place prise par ce médecin venant du Vietnam, ayant étudié en France la biomédecine, ayant des relations étroites avec les représentants du gouvernement vietnamien et surtout s'investissant dans une réévaluation et revalorisation de la médecine orientale en Occident correspond à un moment nouveau de l'acupuncture française.

L'origine asiatique du docteur Nguyen Van Nghi a certainement joué un rôle important dans sa carrière d'acupuncteur et de porte-parole en France, ainsi qu'en Europe et en Amérique, du paradigme médical institutionnellement reconnu en Chine. Ses origines asiatiques lui permettent non seulement d'avoir les moyens linguistiques pour déchiffrer les textes médicaux, mais lui garantissent aussi une certaine crédibilité auprès des institutions médicales et des médecins acupuncteurs européens. Cela lui permettra de devenir le porte-parole en France de la médecine chinoise – d'une médecine chinoise venant d'Extrême-Orient, non nécessairement de Chine-. D'autre part, son action dans la communauté médicale française sera fructueuse quant aux relations que les médecins européens entretiendront avec les institutions chinoises³.

¹ Cf. : Sheid V., *Op. Cit.*, 2002, p. 277.

² Le début des années 1970 dont nous pouvons rappeler quelques dates : 25 octobre 1971, la Chine retrouve son siège à l'ONU, 21-28 septembre 1972, visite du Président américain Nixon en Chine et signature du communiqué de Shanghai.

³ La présence du docteur Nguyen Van Nghi dans toutes les occasions formelles facilitera les relations des médecins acupuncteur français avec la Chine.

11.b. L'acupuncture analgésique

Si nous revenons aux déclarations du docteur Nguyen en 1973 nous pouvons entrevoir un autre élément du succès de l'acupuncture (et, nous pourrions dire, du docteur Nguyen Van Nghi) :

Cet événement [la diffusion de l'acupuncture chinoise] –pour ne pas dire cette révolution – est la conséquence de deux faits :

- L'Acupuncture n'est pas comme on l'a trop longtemps considérée, une réflexothérapie avec ses « points » et ses « méridiens ». La connaissance directe des classiques fondamentaux de la Médecine chinoise permet enfin de la replacer dans son véritable cadre. **Il existe des bases théoriques de l'Acupuncture.**
- L'Acupuncture n'est plus un domaine figé et secret. Les spectaculaires expériences d'analgésie sont pour beaucoup dans la vogue actuelle de l'Acupuncture. Elles ont poussé beaucoup de médecins à s'y intéresser et à poursuivre leurs propres expériences. L'Acupuncture est devenue un domaine de recherche : **Il existe une actualité en marge de l'Acupuncture.**¹

Ces passages sont les premières affirmations du premier numéro du *Mensuel du Médecin Acupuncteur*, la revue que le docteur Nguyen Van Nghi dirige et qu'il créa en 1973.

Selon les affirmations du docteur Nguyen Van Nghi, à ce moment, l'acupuncture sort finalement d'une condition de secret et de mystère grâce à des preuves factuelles. Les années 1970 sont l'époque d'or de l'acupuncture analgésique (nous l'avons déjà vu) en France – comme elles le sont en Chine - et ce médecin d'origine vietnamienne joue un rôle crucial dans l'affirmation de cette technique en France (voire en Europe).

Mais la diffusion de l'utilisation de l'acupuncture pour ses effets anesthésiants en Europe n'est que le reflet d'une tendance explicitement choisie par le gouvernement chinois afin de mettre en œuvre une intégration, sinon « fusion » de la médecine chinoise avec la médecine occidentale². Il affiche le projet « idéologique » d'allier la médecine chinoise avec la médecine occidentale afin de créer une « médecine universelle », ou

¹ Nguyen V. N., « Éditorial », *Op. Cit.* 1973 – 2°, p. 1.

² Cf. : Sivin N., *Traditional medicine in contemporary China*, University of Michigan, Center of Chinese Studies, 1987, p. 16-20; Hoizey D., Hoizey M. J., *Histoire de la médecine chinoise*, Paris, Payot, 1988, p. 235-239.

« mondiale » ; dans ce contexte, le binôme anesthésie par acupuncture/acte chirurgical en devient l'emblème.

En effet, en 1971, James Reston, un journaliste qui accompagnait l'équipe américaine de ping-pong pendant une visite culturelle, publie à la une du *New York Times*¹ un article rapportant comment ses souffrances après une opération d'appendicite, furent soulagées à l'aide de trois aiguilles d'acupuncture². L'année suivante, le président américain, Richard Nixon, se rend en Chine. À l'occasion de ce voyage le médecin de cette mission assiste à plusieurs opérations chirurgicales sous anesthésie par acupuncture.

Dès lors, le regard de l'Occident se tourne vers la thérapie par aiguilles d'une façon nouvelle.

L'exotisme de la perception chinoise de la douleur et les effets impénétrables et insuffisamment explicables des aiguilles lors d'opérations compliqués créèrent, sur fond de Chine inaccessible depuis des décennies, un cocktail journalistique qui fascina une grande partie de l'opinion.³

Effectivement l'utilisation de l'acupuncture pour ses propriétés antalgiques devient un instrument de preuve objectif et indiscutable avancé par la Chine.

Le syncrétisme des deux médecines tient aussi fortement à cœur certains médecins acupuncteurs occidentaux. L'anesthésie par acupuncture en devient l'atout principal, étant suffisamment stupéfiant dans son évidence ; les médecins acupuncteurs français n'hésitent pas à utiliser cette méthode comme preuve d'efficacité de l'acupuncture pour donner définitivement une place à leur thérapeutique.

C'est juste à ce moment là que le docteur Nguyen fait son apparition dans la communauté médicale de l'acupuncture française. Il se fait connaître grâce aux traductions de textes médicaux mais, au même temps, il s'investit dans l'application de l'acupuncture pour l'anesthésie :

Le véritable tournant désormais historique se situe en 1958, avec l'entrée dans l'ère de l'analgésie par acupuncture. Bien qu'elle soit théoriquement le prolongement logique de la méthode thérapeutique millénaire, il aura fallu quarante-sept siècles pour que soit réalisée une intervention chirurgicale sous analgésie par acupuncture. Cette méthode

¹ Reston J., « Now, about my operation in Peking », *The New York Times*, 26 juillet 1971, p.1.

² Cf. : Unschuld P., *Médecines chinoises*, Montpellier, Edition Indigene, 2001.

³ Unschuld P., *Ibidem*, p. 104.



Brelet-Rueff C.,

« J'ai subi la première césarienne sous
acupuncture en France »,
L'Express, 10 mars 1974,

in « Acupuncture en Occident »,
*Revue française de médecine
traditionnelle chinoise*,
n° 171, juillet-septembre 1996, p. 137



analgésique, restée expérimentale de 1958 à 1968, s'étend sous l'influence de la révolution culturelle et entre dans la pratique courante dans tout les pays à partir de 1970.¹

Le docteur Nguyen, avec la collaboration de quelques médecins chirurgiens de Marseille, arrive à réaliser, pour la première fois en France, l'enlèvement d'un kyste ou poignet en octobre 1971, suivi par l'ablation d'un sein en juillet 1972 et en mars 1974 par une césarienne. Le compte rendu de cette dernière opération, touchant et émouvant puisque écrit par la patiente elle-même qui donne une description détaillée de son expérience, se conclut avec les phrases suivantes :

...mais ce n'est pas facile d'être un cobaye.

Pendant toute cette aventure, car c'en est une, deux mondes se sont affrontés celui du taylorisme et celui du « tao ». Le « tao », éthique de l'amour et fusion de la communicabilité, est inséparable de l'acupuncture, véritable médecine écologique, qui considère l'homme dans sa totalité, c'est-à-dire son corps, ses énergies et ses relations avec l'environnement.

Je suis persuadée que cette toute première expérience n'est qu'un succès relatif, car je n'aurais dû sentir aucune douleur si la Science occidentale et la Science chinoise avaient pu réellement collaborer. Il m'a fallu au fur et à mesure résoudre leurs contradictions en improvisant moi-même avec l'aide de mon mari.²

L'efficacité relative de cette méthode est bien exprimée par ce témoignage. La patiente, qui ne regrette nullement d'avoir été le cobaye pour cette opération, ne se borne pas à en exprimer les apports et les avantages, mais elle signale aussi les limites de cette méthode.

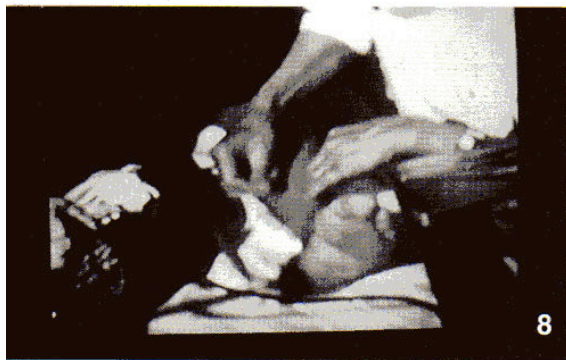
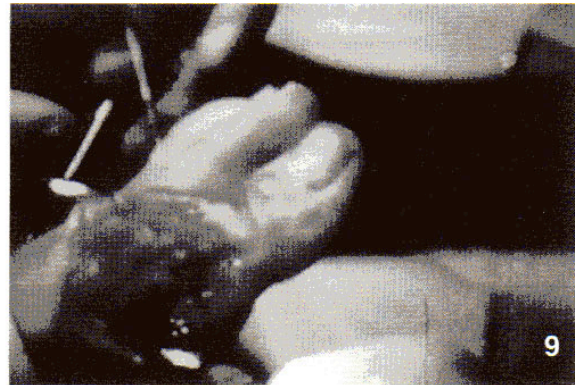
Cela dit en 1971 le docteur Nguyen Van Nghi affirme :

Appliquée exclusivement dans son pays d'origine pendant une dizaine d'années après sa découverte, elle [l'analgésie acupuncturale] est introduite en France en 1971 par notre équipe travaillant en concert avec les équipes chirurgicales du docteur Remi et du

¹ Nguyen V. N., « Réflexion sur l'analgésie par acupuncture », Marseille, 20 décembre 1971, in « Acupuncture en Occident : période 1971-1981 », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 171, juillet - septembre 1996, p. 127.

² Brelet-Rueff C., « J'ai subi la première césarienne sous acupuncture en France », *L'Express*, 10 mars 1974, in « Acupuncture en Occident », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 171, juillet-septembre 1996, p. 137.





Exérèse d'un *halus valgus* : chirurgien Dr Rami J. (Marseille) ; acupuncteurs : Dr Nguyen V. N. (Marseille), Dr Gurion A. (Marseille), Dr Trinh R. (Marseille).

Revue Française d'Acupuncture, n° 175, juillet-septembre 1997, p. 150-158

docteur Gastaud, dont les noms méritent d'être inscrits sur les premières pages de l'histoire de l'analgésie acupuncturale en Occident.

Evidemment. L'éventail de nos interventions est plus réduit et nos séries sont plus courtes. Mais nous pensons que notre contribution permet de montrer que la technique chinoise de l'analgésie par acupuncture est reproductible.

Dans l'ensemble, les résultats sont déjà encourageants, et l'espoir d'une extension ultérieure de cette technique analgésique est bien fondé.¹

Effectivement dans la décennie 1970-1980 l'utilisation de l'acupuncture comme antalgique est de plus en plus répandue, au point que l'on peut établir une liste importante d'essais et de médecins prêts à l'utiliser².

11.c. Son image et son investissement dans le domaine international

Le docteur Nguyen, en tant que porteur et diffuseur de l'anesthésie par acupuncture en France, lie au fil des années des relations avec plusieurs autres pays occidentaux. Le premier pays à s'intéresser au travail mené à Marseille par le médecin vietnamien est certainement l'Italie. C'est en effet juste à ce moment que la relation entre la France et l'Italie se met en place, devenant de plus en plus solide pendant une vingtaine d'années. Si l'on veut établir une date formelle du début de la collaboration entre l'Italie et la France et de la « transmission » de l'acupuncture et de son savoir de la France à l'Italie nous pouvons choisir l'année 1974 et la date de publication du traité *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*. Ce texte, en fait, porte le nom de trois auteurs, le docteur Nguyen Van Nghi, le docteur Mai Van Dong et le docteur Ulderico Lanza. Ce dernier, nous le verrons peu plus loin, sera un des personnages clé de l'introduction de l'acupuncture française en Italie. Le docteur Nguyen Van Nghi et le docteur Lanza collaborent pour la rédaction de ce texte de plus de huit cent pages traitant de l'anesthésie par acupuncture d'un point de vue théorique, aussi bien que pratique, et présentant une quinzaine de cas cliniques venant des hôpitaux vietnamien et chinois. Il s'agit encore une fois de la réélaboration de documents venant du Vietnam, mais avec la contribution des

¹ Nguyen V. N., Mai V. D., Lanza U., « Introduction » (Marseille, 20 décembre 1973), *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*, Marseille, Socedim, 1974, p. 14.

² À ce sujet voir le recueil de témoignages et d'articles que le docteur Nguyen Van Nghi et sa fille publient vingt ans après. Cf. : Nguyen V. N., Recours-Nguyen C., « Acupuncture en Occident : période 1971-1981 », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 171-180.

expériences menées en Europe, auxquelles participent plusieurs chirurgiens et médecins acupuncteurs - qui sont d'ailleurs remerciés dans l'ouverture de l'ouvrage¹.

C'est grâce aux expériences cliniques d'antalgie exécutées sous la direction du docteur Nguyen Van Nghi que le prestige et la renommée de ce médecin acupuncteur commencent à se diffuser au-delà de la France. Les relations de Ngyuen Van Nghi avec d'autres nations européennes ainsi qu'avec l'Amérique s'intensifient de plus en plus à partir de 1972 et 1973, jusqu'à ce que Nguyen Van Nghi devienne le président européen de la première association mondiale d'acupuncture réunissant non seulement les nations occidentales mais aussi quelques pays asiatiques dont la Chine, la World Federation of Acupuncture and Moxibution Societies créée en 1987.

Néanmoins l'utilisation de l'acupuncture pour ses effets antalgiques perd son importance à partir des années 1980, donc une dizaine d'années après les premières interventions par acupuncture et la sortie de l'ouvrage *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*. Les avantages offerts par l'analgésie acupuncturale (aucune ou très faible utilisation de produits chimiques, aucune complication anesthésique post-opératoire) ne valent pas le travail de pose des aiguilles, le temps d'induction (qui est variable selon le patient, en sachant que parfois le patient peut être réfractaire à l'action anesthésiante de l'acupuncture), sans considérer le nombre de médecins nécessaires afin de procéder à une anesthésie par acupuncture (un ou deux acupuncteurs sont présent en salle opératoire en plus de l'anesthésiste conventionnel). Notons que les déclarations du docteur Remi, le chirurgien qui exécute la première opération sous anesthésie par acupuncture avec le docteur Nguyen Van Nghi en 1971, expriment de l'enthousiasme, mais laissent aussi entrevoir les limites de cette méthode :

L'anesthésie par acupuncture peut venir en aide aux malades déficients ou à ceux qui craignent les produits chimiques. Elle en est encore tout à fait à ses débuts, en Occident du moins. Elle ne saurait avoir la prétention de faire disparaître complètement la douleur opératoire par l'application des aiguilles (du moins actuellement).

Elle recourt parfois à des doses faibles de produits chimiques qui permettent de potentialiser son énergie. [...]

Les complications post-opératoires sont nulles. [...]

¹ Les auteurs remercient dans leurs ouvrages une trentaine de chirurgiens européens et américains et une trentaine de médecins acupuncteurs.

Les actes que nous avons pratiqués sont mineurs ou moyens. Mais un acte mineur, ne serait-ce qu'une simple hernie peut déclencher une embolie post-opératoire, parfois mortelle.

Avec cette anesthésie, le chirurgien peut dormir tranquille.¹

En effet, dans les années suivantes, l'acupuncture analgésique continue à être utilisée dans des contextes restreints sans réussir à largement se diffuser. L'efficacité de cet emploi de l'acupuncture reste limitée : puisque elle ne supprime pas totalement la douleur elle n'équivaut pas à une véritable anesthésie. Comme Paul Unschuld l'indique, il serait plus approprié de parler d'antalgie par acupuncture plutôt que d'anesthésie par acupuncture².

Le gouvernement chinois, devant l'évidence de l'efficacité objective (l'acupuncture peut réduire la douleur d'une façon importante), mais non comparable à l'anesthésie occidentale (l'acupuncture a un effet antalgique, mais ne peut pas produire une véritable anesthésie, ni locale et encore moins totale) et aussi non scientifiquement reproductible (chaque patient réagit à l'acupuncture d'une façon différente) de cette application de l'acupuncture décide rapidement de suspendre son soutien à l'intégration ce moyen anesthésique dans la chirurgie. Du même coup l'intérêt pour cette forme d'utilisation de l'acupuncture diminue aussi en Occident au début des années 1980. En Chine comme en Occident la l'acupuncture employée pour ses vertus analgésiques laisse la place à l'utilisation de l'acupuncture thérapeutique générale, qui vient peu à peu occuper le premier plan³.

Cependant les dix ans de renommée de cette méthode ont, malgré tout, apporté célébrité au docteur Nguyen Van Nghi qui, entre 1970 et 1980, l'a pratiquée, diffusée et enseignée en Europe aussi bien qu'en Amérique du nord. La portée des rencontres, des interventions et sa remarquable capacité à savoir présenter et « vendre » son savoir est illustré par les entrées de sa biographie de l'année 1973 (nous nous limitons à citer ici une seule année titre d'exemple) :

¹ Remi A., « Réflexion sur la naissance en Occident de l'anesthésie par acupuncture le 23 octobre 1971 », *Mensuel du médecin acupuncteur*, n° 4, septembre 1973, p. 30.

² Cf. : Unschuld P., *Medicine in China. A history of ideas*, London, University of California Press, 1985, p. 360-366.

³ Cf. : Hsu E., « Innovation in acupuncta: acupuncture, analgesia, scalp and ear acupuncture in the people's republic of China », *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 3, p. 421-430.

January, 2-4, 1973: The « SEMINARY of ACUPUNCTURE », New York, USA. Clinic demonstrations in the Royal Hospital.

President: Dr A. Rusk. Honorary presidents: Prof. Kao, Prof. Lee, Dr Darras, Dr. N.V.N. et Dr Fisch.

January, 5-8, 1973: The « INTERNATIONAL SYMPOSIUM of Acupuncture » in St Petersburg, Florida , USA.

Presidents: Dr N.V.N. (France) and Dr Guido Fisch (Switzerland)

January, 8-9, 1973: Scientist meeting at the military hospital in Washington (U.S.A.): Clinic demonstrations by Dr Darras and Dr N.V.N..

January, 26-28, 1973: The « JOURNEES d'ACUPUNCTURE », Berlin, Germany: surgical interventions under acupuncture anaesthetics (Varicocele..) by Dr Darras and Dr N.V.N.

President: Dr Von Leitner.

February, 7, 1973: curettage by Dr N.V.N.. Surgeon: professor Henri Serment.

February, 11, 1973: CONFERENCES for NewYork physicians by Dr N.V.N., Dr De Timowski, Dr Darras, Dr Antonietti, Dr Schatz, Dr Fisch.

February, 12, 1973: Maimonides Hospital, Brooklyn (State University of New York, Downstate Medical Centre): two surgical interventions on acupuncture anesthesy (hernies inguinales)

Surgeon : Prof Estrin. Acupuncturists: Dr N.V.N., Dr Darras. Assistant: Prof Kao

February, 17, 1973: Stripping by Dr N.V.N., Marseilles, France. Surgeon: Dr Bourdoncle.

February, 23, 1973: RESPONSIBLE for TEACHING of the Chinese medicine at the Marseille University open to medicine students. First course of Acupuncture in the department of the Professor Delboy at the Hopital de l'Hotel Dieu in Marseille:

Teachers: Dr Albert Gourion, Dr Reboul, Dr Hubert, Dr Vilay, Dr Poutchovsky, Dr Tam Ham Khoam.

Opening of hospital shifts in Marseille : Hopital Hotel Dieu (Prof. Delboy, interne medicine), Hopital Nord (Prof. Monges, gastro enterology), Hopital Sainte Marguerite (Prof. Mouren, neuro-psychiatry), Hopital de la Calade (Prof. Casanova, infectious diseases).

March, 16-18, 1973: The « SEMINAIRE de l'institut du centre d'acupuncture de France », Angoulême, France.

With AFA and groupe Lacretelle.

March, 23-25, 1973: The « FIRST SEMINARY of the German society of acupuncture », Freudenstadt, Germany.

President: Dr Von Leitner. Honorary presidents: Dr N.V.N. and Dr Darras.

March, 30, 1973: The « Journées d'information de l'institut d'anesthésiologie et de réanimation » of the university of Turin, Italy. Surgical intervention: inguino-scrotal hernia.

President: Prof Ciocatto, Dr U. Lanza. Honorary presidents: Dr N.V.N., Dr Darras.

March, 31, 1973: Scientific Meeting at the Institute of Anaesthesiology of the Parma University, Italy.

May 1973: Birth of the magazine « MENSUEL DU MEDECIN ACUPUNCTEUR »

Director of publication: Dr N.V.N., Redactor in chief: Dr Albert Gourion.

June, 20-24, 1973: The « 3eme SYMPOSIUM INTERNATIONAL de médecine biologique », Lausanne, Switzerland.

July, 2-9, 1973: Course of ACUPUNCTURE in English language (groupe Lacretelle, AFA), Paris, France.

Président: Dr J.-C. Darras. Honorary president: Dr N.V.N.

September 1973: Issue of the book *NEIJING SUWEN part 1*

November 1973: President and organizer of the « First CONGRESS of WUASS » under the patronage of Altesses serenissimes prince et princess de Monaco.

December 1973: The official CREATION of « WORLD UNION OF ACUPUNCTURE SCIENTISTS AND SOCIETIES » (W.U.A.S.S.). In french : « union scientifique mondiale des médecins acupuncteurs et des sociétés d'acupuncture (U.S.M.M.A.S.A.) »

President: Dr N.V.N.

General secretaries: Dr J.C Darras (Europe), Prof. Sung J. Liao (America), Dr Tran Dinh Que (Asia), Dr Mai Van Dong (Africa), Dr Tully (Australia)

Vice presidents: Dr Lanza (Italy), Dr Monnier (France), Dr Fisch (Switzerland), Dr Von Leitner (Germany), Prof Ghiorghiu (Romania), Prof Kao (U.S.A.)

Honorary Members: Prof Tran Dinh De (U.S.A.), Prof Renato De luca (Italy).¹

1973 : Founding and president of C.E.D.A.T. (Centre d'Enseignement et de Diffusion de l'Acupuncture Traditionnelle). Assisted by Dr Albert Gourion.

Ce que nous venons de citer montre non seulement l'intensité de l'activité du médecin, mais aussi, l'effervescence autour de l'acupuncture au début des années 1970. En 1973 Nguyen Van Nghi est invité aux Etats-Unis et en Allemagne, il commence à dispenser des cours d'acupuncture à l'Université de Marseille, il se rend en Italie et en

¹ Recours-Nguyen C., « Biographie de Nguyen Van Nghi », manuscrit, texte non publié. Voir aussi le site internet : <http://www.institutevannghi.net/pages/nvndata/works.html>

Suisse, il fonde la revue le *Mensuel du médecin acupuncteur*, il publie la première partie de sa traduction du *Huangdi neijing suwen*, il crée l'Union Scientifique Mondiale des Médecins Acupuncteurs et des Sociétés d'Acupuncture (USMMASA ou en anglais WUASS).

En 1973 Nguyen Van Nghi arrive à imposer l'acupuncture comme enseignement universitaire dans la ville de Marseille. Il est le premier à parvenir à réaliser un des buts des médecins acupuncteurs français depuis plusieurs dizaines d'années, comme nous l'avons vu en analysant l'activité du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France aussi bien de l'AFA (Association Française d'Acupuncture) et de l'A.S.M.A.F. (Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France). Le docteur Nguyen Van Nghi est donc le directeur de l'enseignement, qui se déroule à la Faculté de médecine de Marseille. Ce cours de formation pour son organisation et pour ses contenus est calqué sur le programme des Facultés de médecine chinoise en Asie. Il prévoit trois ans de formation comprenant un enseignement théorique de sept conférences d'une heure obligatoires pour chaque année, et un enseignement pratique formé par quatre stages de six mois pendant la deuxième et la troisième année dans des consultations hospitalières à Marseille ou à Toulon. À la fin de chaque année est prévu un examen constitué par une épreuve uniquement écrite pour la première année, et une épreuve écrite et orale pour la deuxième et la troisième année. Les conférences qui se déroulent tous les mercredis après-midi sont assurées par les médecins acupuncteurs travaillant à Marseille à côté du docteur Nguyen Van Nghi et les médecins faisant partie du Groupe Lacretelle de Paris¹. Cet enseignement subsistera pendant une quinzaine d'années, jusqu'à l'institution d'un Diplôme Inter-Universitaire d'acupuncture qui réunira les universités françaises dispensant le seul diplôme d'acupuncture reconnu en France.

En 1973 le docteur Nguyen Van Nghi donne naissance à sa première revue d'acupuncture : le *Mensuel du médecin acupuncteur*. Comme le titre l'indique cette revue paraît tous les mois en publiant, en une trentaine de pages, quelques articles (entre 5 et 7) du docteur Nguyen Van Nghi, de plusieurs médecins d'origine vietnamienne et chinoise (par exemple le docteur Thuong Thi Ngai et le Professeur Sung I Liao), du docteur Gourion collaborateur de Nguyen Van Nghi à Marseille et quelques interventions des docteurs Kespi, Schatz et Requena. En 1982 le *Mensuel du médecin acupuncteur* se

¹ Pour ce qui en est de l'organisation et du contenu du programme d'enseignement des cours universitaires organisés par Nguyen Van Nghi. Cf. : « Enseignement d'acupuncture à la Faculté de médecine de Marseille », *Le Mensuel du médecin acupuncteur*, mai 1976, p. 203-204.

transforme et prend le nom de *Revue française de médecine chinoise*. Cette dernière revue devient bimestrielle pendant une dizaine d'années, et trimestrielle à partir de 1993. Elle sera l'organe de relation et diffusion de l'acupuncture « traditionaliste », donc de la pensée, de l'enseignement et de la clinique dispensées par le docteur Nguyen Van Nghi et tous les médecins acupuncteurs (souvent d'origine vietnamienne) étant liés à son enseignement et à son école. Notons le changement de nom de cette publication : elle était une revue d'acupuncture jusqu'en 1982 puis elle devient une revue traitant de la « médecine traditionnelle chinoise ». Cela correspond en effet à un changement de tendance que le travail du docteur Nguyen Van Nghi subit à la même période - dicté par les événements du moment - c'est-à-dire l'abandon de l'acupuncture comme simple moyen analgésiant, pour approcher, pratiquer et diffuser une acupuncture faisant partie d'un corpus théorique médical chinois plus ample et riche. Y paraissent des articles sur la théorie médicale chinoise très souvent signés par Nguyen Van Nghi (parfois cosignés avec sa fille), des articles relatant des résultats cliniques et des articles d'« information professionnelle » où sont présentés les résultats des congrès, la création de nouvelles associations, l'information sur des démarches entreprises au niveau administratif aussi bien que clinique en France ou à l'étranger. Il est intéressant de noter que, bien qu'il s'agisse d'une revue française, il est fréquent de lire des comptes-rendus d'initiatives internationales ou provenant d'autres pays que la France. Le caractère d'ouverture internationale de cette revue est encore une fois l'image du travail mené par son fondateur, le docteur Nguyen Van Nghi.

Une autre caractéristique du travail accompli par ce médecin acupuncteur est la création d'un nombre considérable d'associations et d'écoles, lieux d'enseignement et de diffusion de l'acupuncture en France. En 1973, nous l'avons vu il démarre l'enseignement universitaire à Marseille, mais il ne se limite à cela, la même année il fonde le Centre d'Enseignement et de Diffusion de l'Acupuncture Traditionnelle (C.E.D.A.T.), dont il est le président avec le docteur Albert Gourion qui s'occupera des aspects organisationnels de l'école. En 1974 Nguyen Van Nghi fonde le Groupe d'Etudes et de Recherche sur l'Acupuncture (G.E.R.A.), avec les docteurs Robert Lamorte et Johan Nguyen (son fils). Ce groupe, qui existe encore aujourd'hui, ne s'occupe pas d'enseignement, mais uniquement de publications et de recherche autour de l'acupuncture et de la médecine chinoise.

Enfin, quelques années plus tard, quand la position de Nguyen Van Nghi s'affirme d'une façon indiscutable (autour de 1980), il crée l'Association de Médecine Orientale (AMO).

L'AMO c'est l'école de mon père. C'est un groupe de Vietnamiens qui étaient réunis autour de mon père, avec une forte composante ethnique.

(F-18)

Cette dernière est certainement l'école que le docteur Nguyen Van Nghi suit de plus près. Il ne s'agit pas véritablement d'une école de formation initiale à l'acupuncture, mais de formation continue qui regroupe des médecins pour la plus grande partie d'origine vietnamienne. Cette école qui est et restera très peu ouverte aux médecins d'origine occidentale (bien que parmi les rares exceptions il y ait quelques médecins italiens comme le docteur Nicola Andreano) est le lieu au sein duquel le docteur Nguyen Van Nghi partage son savoir avec ses collègues. Quoiqu'étant une association de médecine chinoise assez connue en France, l'Association de Médecine Orientale garde très peu de visibilité, regroupant un cercle de médecins très liés à l'enseignement traditionaliste du fondateur.

Pendant les réunions avec ces médecins il élabore sa clinique et transmet son enseignement.

...J'ai suivi son enseignement pendant vingt ans, jusqu'à sa mort. Je suis de l'école de Van Nghi.

[...] Van Nghi était vietnamien, on parlait vietnamien ensemble, on avait des vocabulaires vietnamiens...

(F-16)

Avec les membres de cette école, le docteur Nguyen Van Nghi voyage souvent au Vietnam

Après avoir demandé la retraite il y est allé cinq ou six fois [au Vietnam]. Pour des conférences... Il y allait souvent avec l'AMO, raconter son parcours au Vietnam.

(F-18)

L'Association de Médecine Orientale est certainement pour le docteur Nguyen Van Nghi ce qui lui permet de garder contact avec son pays d'origine.

Non seulement le docteur Nguyen Van Nghi donne naissance à ces associations en France, mais il est aussi le président de quelques importantes associations internationales. La première naît en 1973, il s'agit de l'Union Scientifique Mondiale des Médecins Acupuncteurs et des Sociétés d'Acupuncture (ou USMMASA, et en anglais : « World Union of Acupuncture Scientists and Societies » ou WUASS). Il s'agit de la première union mondiale formée par des représentants vraiment internationaux.

En 1981, avec les docteurs Xue Chong Chen, Ulderico Lanza, Jean Schatz et Oscar Wexu, il fonde l'International Association of Traditional Chinese Medicine (IATCM) qui a son siège au Canada (Montréal). Comme nous l'avons déjà vu en montrant le parcours tracé par le docteur Schatz¹ cette association réunissait des docteurs en médecine, mais aussi des praticiens non diplômés en médecine conventionnelle.

Enfin en août 1987 se tient à Pékin la deuxième session de réunion pour la création de la World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies (WFAS), il s'agit de la première association réunissant véritablement les pays de l'Ouest avec la Chine et le Japon. Son siège est à Pékin, la WFAS a plusieurs membres français (les docteurs Kespi, Bossy, Serres), tandis que le docteur Nguyen Van Nghi est le vice-président représentant l'Europe entière (il est le président de la section européenne). La Confédération Nationale des Associations de Médecins Acupuncteurs de France (CNAMA), qui réunit les principales associations et les écoles françaises, fera partie de la WFAS.²

La WFAS aura un poids bien plus important dans les décisions internationales et dans les tractations mondiales que les associations internationales d'acupuncture créées auparavant. Par exemple elle sera la référence pour le Conseil Européen en 1990, au moment de l'organisation d'un workshop à Rome qui avait comme but

... to harmonize the training procedures and programmes of Acupuncture-moxibustion in Europe.³

C'est à cette époque que le problème de la définition et de la coordination entre les différents pays européens de la pratique et de l'enseignement de l'acupuncture commence à sérieusement se poser par la Communauté Européenne. À cette date est aussi créée une

¹ Cf. : Chapitre II, p. 183-196.

² Notons que parmi les membres du comité de direction de la WFAS apparaissent aussi des médecins italiens : les docteurs Andreano, Cracolici et Di Concetto.

³ Conseil de l'Europe, « Report of de meeting held in Rome, at the Higher institute of Health, on 3rd March 1990 », in *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, mai – juin 1990, p. 120

section indépendante de la WFAS, réunissant uniquement les pays européens (la WFAS qui est sous la présidence de Nguyen Van Nghi). Le rôle de la WFAS dans le contexte européen est de fournir les éléments sur lesquels construire les critères nécessaires pour une formation et une évaluation de l'acupuncture et de ses praticiens en Europe.¹

Il est dans ce cas intéressant de noter comment l'acupuncture est définie dans ce workshop de 1990 :

Acupuncture-moxibustion, as medical method, is scientifically valuable only if we have a vision of it as an organic whole; Acupuncture-moxibustion is a discipline that cannot be split, nor can one part of it be isolated.

The therapeutical techniques of Acupuncture-moxibustion must be applied under the guidance of its own peculiar theories through all the stages of the clinical treatment, as well as a good command of the application methods: only in this way can Acupuncture-moxibustion produce the best possible results.

The theoretic arguments of Acupuncture-moxibustion as well as its therapeutical methods cannot derive from the conventional medicine.

The basic training of Acupuncture-moxibustion for the education of qualified acupuncturists must necessarily include at least four subjects:

1. Basic knowledge of the modern medical science
2. Master-ship of the theoretic corpus of Acupuncture-moxibustion
3. Both theoretic and manual mastery of the Acupuncture-moxibustion techniques.
4. Adequate practical training.²

Sans aller plus loin dans les démarches au niveau européen de l'acupuncture, ce que nous pouvons lire nous parle de la conception de l'acupuncture en Europe en 1990. L'acupuncture a gagné le statut d'une discipline totalement reliée à sa théorie médicale, et cette dernière ne peut être conçue que comme une médecine à part entière. La citation nous confirme que, 60 ans après les premières expériences d'acupuncture en France, cette thérapie se présente comme un véritable système médical, avec une formation et une pratique à elle tout à fait spécifiques.

¹ La WFAS a perdu son importance en Europe avec la mort du docteur Nguyen Van Nghi. En réalité, pour ce qui nous a été possible de comprendre, l'importance de la section européenne de cette Fédération mondiale était complètement liée à la figure du docteur Nguyen.

² Conseil de l'Europe, *Op. Cit.*, 1990, p. 121.

Enfin, il faut aussi citer ici la contribution du docteur Nguyen Van Nghi dans la définition de la nomenclature des points et des méridiens chinois qui est élaborée dans sa version définitive par l'Organisation Mondiale de la Santé entre 1989 et 1990¹. L'exigence d'un langage commun pour rendre possibles l'enseignement, la recherche et la pratique clinique dans une optique d'échange international pousse l'Organisation Mondiale de la Santé à organiser des groupes d'experts afin de définir une nomenclature pour les méridiens et les points d'acupuncture. La version définitive de cette nomenclature « alpha-numérique » est mise au point en 1990. Les règles utilisées pour attribuer un nom aux méridiens et à leurs points sont : 1. Est utilisée la traduction anglaise des noms des méridiens chinois ; 2. Pour chaque point existe un code « alpha-numérique » ; 3. Le nom chinois de chaque point est conservé avec sa transcription en Pinyin ; 4. Seul la transcription en caractères chinois de chaque point est gardée (et non celle en vietnamien par exemple). Les 361 points d'acupuncture seront donc définis par un chiffre et une ou deux lettres. Le chiffre indique le numéro du point d'un méridien ; tandis que le méridien sera désigné par des lettres.² Cette uniformisation de la nomenclature évite les ambiguïtés et les erreurs dans la communication entre un pays et l'autre. Notons qu'encore aujourd'hui en France les médecins acupuncteurs ont tendance à utiliser l'ancienne nomenclature française introduite par Roger de la Fûye.

11.d. L'héritage de Nguyen Van Nghi

Nous l'avons dit à plusieurs reprises, l'acupuncture en France est désormais associée au nom de Nguyen Van Nghi. Plusieurs composantes autour de la vie de cet homme ont fait en sorte qu'il a pu laisser une trace importante dans la communauté médicale et dans la mémoire de tous ceux qui se sont intéressés à l'acupuncture au cours de vingt dernières années.

Nous avons retracé plusieurs étapes de la carrière de ce médecin qui a su saisir à chaque fois les occasions qui lui étaient offertes. Certes il n'eut pas que des amis, à preuve ce témoignage

¹ Parmi les membres de la commission qui prépare ce travail il y a les docteurs Nguyen Van Nghi, R. Nogier, J. Bossy, J. Niboyet, G. Serres.

² Par exemple le point trois du méridien du foie est: LR 3

...Des clients lui disent : « Mais vous êtes Chinois ? », « Oui. ». Alors qu'il n'était pas Chinois du tout....Bref !

Voilà ! Ça a commencé comme ça. Ce qui est terrible c'est que sa clientèle était devenue énorme. Et il est devenu «San Giovanni Boccadoro». Voyez ?

Il n'y avait personne d'autre. Il n'y avait rien, il n'y avait rien, il était tout seul. Nous sommes dans les années 50-60.

Et lui [Nguyen Van Nghi], il faisait un raffut monumental. Donc il était le... pilier! La référence! ... Il allait à droite, il allait à gauche, il faisait des conférences, des cours, il a fait un battage formidable, et comme il n'y avait pas de critères, on a dit : «C'est lui qui a raison». Voilà ! [...]

Comme en France on n'avait rien, on ne pouvait pas savoir si c'était vrai ou faux. Entre autres, il a sorti la traduction de la Bible [le *Neijing Suwen*], Et, à ce moment-là, nous sommes en 70, les années passent assez vite...

Années 70, on commence à bouger en France... « Ah, l'acupuncture, c'est intéressant... », il y a une demande, les gens ne voulaient plus prendre de médicaments, et puis il y a eu ce mouvement international de pseudo-orientalisme bidon. Voyez, ça faisait bien de faire le *zen*, alors qu'ils ne savent même pas ce que c'est, on parle du *taï qi*, ils savent encore moins ce que c'est, mais c'était Chinois, la médecine chinoise, merveilleuse et gnagnagna... Là-dessus, il crée une consultation dans un hôpital spécialisé, à Saint Joseph [à Marseille]. C'était la première implantation de l'acupuncture en milieu hospitalier reconnu !!! Et voilà qu'un petit groupe se forme, il y avait des élèves, de plus en plus nombreux, et lui qui trônait, comme je vous l'ai dit, « San Giovanni Bocca d'oro ». Voilà !

(F-3)

On l'a en effet accusé d'avoir profité de ses traits asiatiques, en se faisant passer pour un chinois afin d'avoir emprise, et de séduire¹ sa clientèle. Mais de cet entretien apparaît aussi l'individualisme de cette figure qui s'impose en France, puisque « Il n'y avait personne d'autre. Il n'y avait rien, il n'y avait rien, il était tout seul. » Le docteur Nguyen Van Nghi se dirige vers un chemin que personne ne semble avoir encore battu. Il est connu par tous médecins acupuncteurs français, dont la plupart lui confère le rôle de

¹ Nous aurions à faire alors à une fascination des usagers pour le monde chinois. Le fait d'être Chinois l'emporterait sur les véritables compétences du médecin acupuncteur. Ce type de représentation existe indubitablement dans la construction de l'image de l'acupuncteur. Cf. : Hor T., *La médecine chinoise en France observée par un chinois entre 1993 et 2003. Essai anthropologique sur ses aspects traditionnels en rapport avec l'image de la Chine en Occident*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, octobre 2004.

porteur de la véritable médecine chinoise grâce à ses nouvelles informations, mais aussi de connaisseur de la clinique et des techniques de soin chinoises.

De plus sa pratique, son enseignement ont contribué à la définition de l'approche traditionaliste qui caractérise encore aujourd'hui une grande partie de l'acupuncture française.

Or, pourquoi ce traditionalisme ? Quelle a été son attitude vis-à-vis de l'acupuncture confrontée à la médecine occidentale ?

... Il s'est retrouvé à une époque où l'acupuncture n'était pas totalement établie et acceptée, donc il s'est retrouvé en rupture par rapport à la médecine occidentale. Il a pris une attitude plus d'opposition à la médecine occidentale que d'intégration [...] La médecine française et occidentale dans les années 30 n'était pas très éloignée du corpus chinois.

[...] Et le paradoxe c'est que mon père était un très bon médecin occidental.

Mais oui ! On voyait les gens, on les interrogeait dans les villages et on disait que c'était un très bon praticien de médecine générale. Tous les gens ont gardé un souvenir de lui dans les années d'occupation, pendant la guerre. Il était très pragmatique et très déterminé.

(F-18)

Mais d'une façon très claire, l'acupuncture pour Nguyen Van Nghi est :

Une médecine autonome ayant ses propres méthodes d'approche du malade et de la maladie...¹

Dans son discours prononcé aux Congrès Mondial de la World Federation of Acupuncture and Moxibution Societies, en novembre 1999, il s'exprime ainsi à propos de la difficulté d'harmoniser les deux médecines :

Pour nous, il est indispensable de s'atteler à deux tâches : - la première, c'est de maîtriser totalement l'ensemble des connaissances de la Médecine Traditionnelle Chinoise, encore hélas méconnues, par l'analyse complète des ouvrages de référence que sont le Su Wen et le Ling Shu ;

¹ Ardoin R., « L'acupuncture !... Médecine ou charlatanisme ? », in *La marseillaise*, novembre 1973, cité in « Acupuncture en Occident : période 1971-1981 », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 172, octobre - décembre 1996, p. 201.

- la seconde, c'est de persuader tout le corps médical qu'il n'y a pas incompatibilité mais complémentarité entre Médecine Occidentale et Médecine Traditionnelle Chinoise.¹

La définition de « complémentarité » entre médecine chinoise et médecine occidentale est développée un peu plus loin :

Il est nécessaire de mieux comprendre la Médecine Traditionnelle Chinoise, d'approfondir toutes ses données, sans en négliger arbitrairement certaines (comme actuellement les notions de base : *jing qi shen* et *sanjiao* - TR). Il reste encore à analyser et à diffuser des bases de l'acupuncture méconnues ou négligées. Nous estimons que nous avons compris seulement la moitié des données physiopathologiques. Beaucoup sont donc encore à découvrir. Pourtant, elles sont contenues dans deux livres de référence, le *Su Wen* et le *Ling Shu*. Ces ouvrages clés nous livrent, un peu en vrac, des données complexes et très touffues qui sont essentielles. Il est donc devenu absolument nécessaire de s'atteler activement à la tâche de comprendre et de divulguer les informations des textes anciens pour pouvoir maîtriser la Médecine Traditionnelle Chinoise. Car à quoi sert de tenter des travaux sur la validation de l'acupuncture si d'une part, on ignore ses véritables bases et d'autre part, on la juge selon les critères exclusifs occidentaux ?²

Dans ce discours, qui sera le dernier avant sa mort, le docteur Nguyen Van Nghi demande de continuer le travail d'exégèse des textes anciens pour pouvoir donner une véritable force et une stabilité à l'acupuncture. Ce travail de compréhension des textes est ce qui garantit la connaissance de la vraie acupuncture. Cette conviction est le fondement de l'approche traditionaliste de l'acupuncture française.

Pour compléter le portrait de ce médecin, citons l'avis d'un médecin qui l'a connu personnellement :

Le deux choses principales pour Van Nghi étaient la diffusion de l'acupuncture et sa fille. Pour lui était fondamental que l'acupuncture se diffuse dans le monde, et, bien évidemment, c'était à lui de la diffuser et que l'acupuncture soit associée à son nom.

Je me souviens quand il venait chez nous [le docteur Nguyen Van Nghi était souvent invité à Turin pour donner des conférences], il se levait toujours très tôt, vers cinq heures je crois, et il écrivait. Il disait qu'il fallait laisser des choses écrites parce que les

¹ Nguyen V. N., « Discours à l'occasion du Congrès Mondial de la WFAS », *Méridiens*, n°113, 1999, p. 10.

² Nguyen V. N., *Op. Cit.*, 1999, p. 10-11.

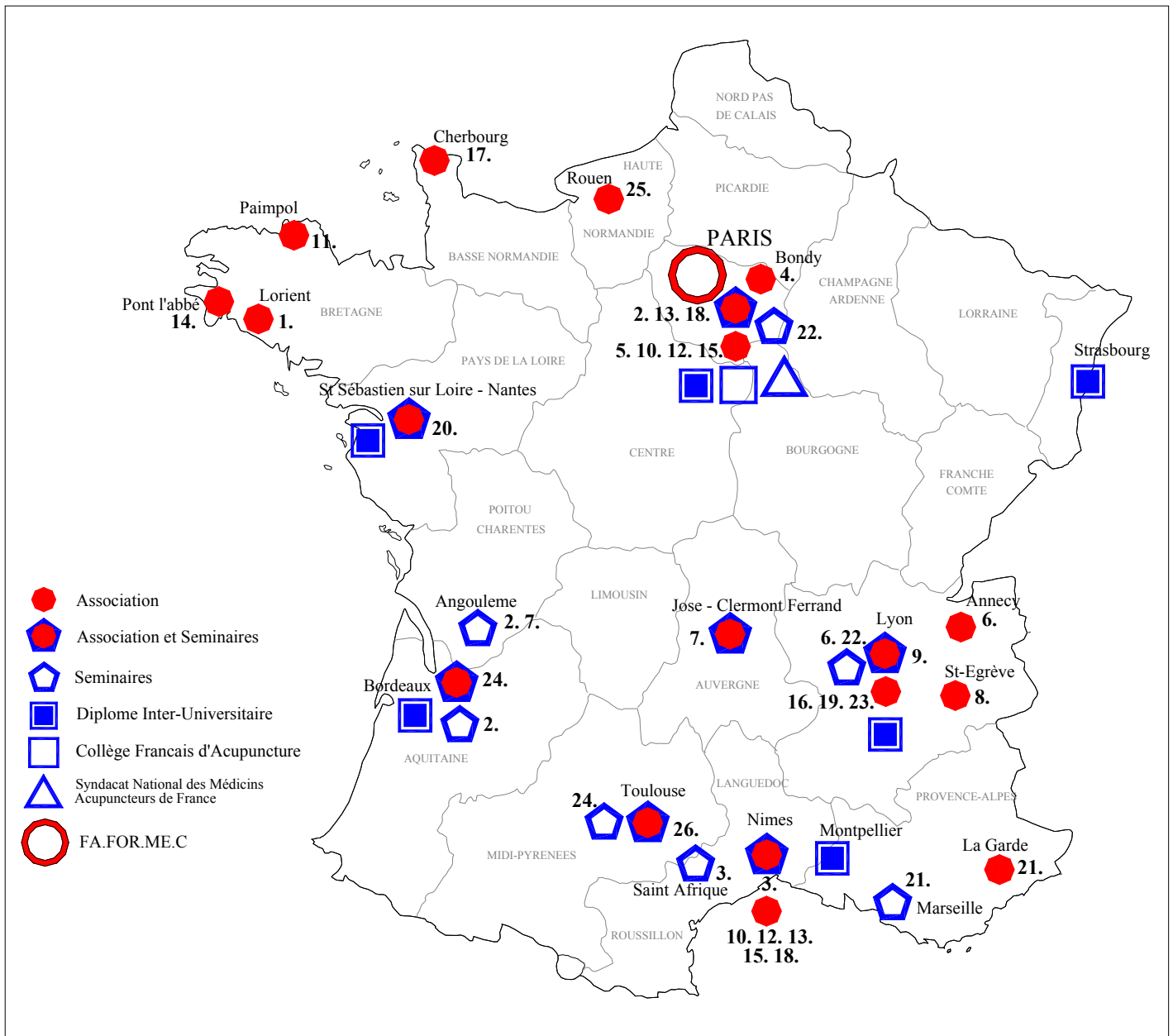
paroles se perdent. Il écrivait souvent, et il a en effet beaucoup publié. Il disait qu'il devait laisser des choses écrites aux générations suivantes, et qu'on devra se souvenir de lui. Il était un homme intelligent et ambitieux.

Ambitieux et très diplomatique, il cherchait toujours d'être en accord avec tout le monde, de ne pas créer des frictions. Aussi pour ce qui en était des relations avec les autres écoles, il cherchait toujours à être du côté de tout le monde.

(I-42)

Dans cette description, l'ambition du docteur Nguyen Van Nghi est accompagnée par sa force de travail (il se réveillait tôt pour écrire...). Un autre caractéristique est mise en lumière : sa diplomatie. Effectivement, nous l'avons vu, son nom apparaît dans les meetings d'associations, d'écoles les plus importantes, dans des publications et des revues qui souvent étaient gérées par des organisations en opposition l'une avec l'autre. Le docteur Nguyen arrive presque toujours à être présent et le bienvenu dans les occasions cruciales pour la diffusion de l'acupuncture en Europe e dans le monde.

Ainsi que nous l'avons vu pour George Soulié de Morant, le docteur Nguyen Van Nghi joue un rôle fondamental dans l'histoire de l'acupuncture en France, qui est marquée par les contributions et les apports venant de médecins à forte personnalité et qui sont les seuls, à un certain moment, à jouer un rôle majeur. Mais encore plus que tous les autres médecins Nguyen Van Nghi représente le vrai médecin acupuncteur intégré dans la profession médicale française (il est médecins conventionnel formé en France), mais au même temps porteur direct du savoir venant de Chine. Il traduit des textes qu'aucun médecin français n'aurait pu traduire. Cela fait que son expertise est ressentie comme beaucoup plus légitime que celle qui avait été accordée à George Soulié de Morant (qui avait longuement été en Chine, qui connaissait la langue, mais qui n'était pas médecin), ainsi qu'à tous les médecins français, qui ont suivi Soulié de Morant et précédé Nguyen Van Nghi.



Acronyme des Associations françaises

Source : site web FA.FOR.ME.C 2006

- 1. A.A.S.F.
- 2. A.F.A.
- 3. A.F.E.R.A.
- 4. A.F.M.C.A.P.N.
- 5. Alliance Médical
- 6. A.M.A. 74
- 7. A.M.A.C.
- 8. A.M.A.I.
- 9. A.M.A.R.R.A.
- 10. A.M.O.
- 11. A.R.E.A
- 12. A.R.M.A.
- 13. A.S.M.A.F.E.F.A.

- 14. C.A.O.
- 15. C.D.M.T.C.
- 16. C.L.A.
- 17. COTACUP
- 18. E.E.A.
- 19. E.I.P.N.
- 20. F.M.C.R.D.A.O.
- 21. G.E.R.A.
- 22. G.L.E.M.
- 23. I.D.F.
- 24. S.A.A.
- 25. S.A.H.N.
- 26. S.A.M.P.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE III – L’acupuncture et la médecine chinoise en Italie

1. Les premiers médecins italiens acupuncteurs

Le travail, la personnalité et l’influence du docteur Nguyen Van Nghi dans la communauté médicale intéressée par l’acupuncture ont été assez importants et marquants pour que nous y consacrons entièrement une section de notre étude. Or son nom apparaît aussi dans la description que nous allons faire de l’apparition et des premières étapes de la diffusion de l’acupuncture en Italie.

L’acupuncture fait son apparition en Italie bien plus tardivement qu’en France, puisque ce n’est que plusieurs années après la deuxième guerre mondiale que l’on assiste à la montée de l’intérêt pour la médecine chinoise et la croissance de la diffusion de l’acupuncture.

En Italie, au fil du XIX^e siècle, peu de travaux ont été consacrés à la médecine chinoise par les médecins. C’est vers 1820 que quelques médecins de Vénétie s’intéressèrent à l’acupuncture, les premiers ouvrages étant publiés dès cette date. Bozzetti publie alors un premier texte sur l’acupuncture¹ ; en 1825, Antonio Carraro et Francesco Saverio da Camin consacrent trois ouvrages - « the most curious and interesting writings »² - à ce même sujet³. Mais comme le dit Loris Premuda dans « L’agopuntura tra Veneto e Cina »⁴, le travail de Francesco S. da Camin et Antonio Carraro ne fut jamais remarqué par le milieu académique :

Da Camin et Carraro ont ouvert en dehors du cadre universitaire. Ce sont des médecins concrets, doués, surtout le premier, d’une bonne culture, dans leur profession penchés vers l’obtention de résultats positifs, pragmatiques et rapides. Néanmoins ils respirent à pleins poumons l’air de la médecine « romantique », qui trouve ses fondements dans la philosophie de la nature et qui, souvent, adopte une dynamique vitaliste. Dans cette dynamique opèrent des forces vitales, des stimuli et des réactions des fibres organiques sur

¹ Bozzetti S., *Memoria sull’ago-puntura*, Milan, 1820.

² Lu Gwei-Djen, Joseph Needham, *Celestial Lancet*, Cambridge, 1980, pp. 269-264.

³ Da Camin F. S., *Sulla operazione della ago-puntura. Lettera del Dr. Francesco da Camin, medico fisico e chirurgo scientifico distrettuale condotto di Dolo*, Treviso, 1825. Le même ouvrage est republié en 1834 à Venise ; *Della ago-puntura e della galvano puntura; osservazioni*, Venise, 1837. Carraro A., *Saggio sull’agopuntura del dottor Antonio Carraio medico condotto in Piove di Sacco*, Udine, 1825.

⁴ Premuda L., « L’agopuntura tra Veneto e Cina », in Panciotti L. (éd.), *Sviluppi scientifici, prospettive religiose, movimenti rivoluzionari in Cina*, Florence, Leo S. Olschki, 1975, p. 73-81.

les forces stimulantes et dans laquelle sont perceptibles et agissant des principes de nature électrique.¹

Leurs ouvrages montrent bien qu'en Italie l'intérêt pour l'acupuncture reste circonscrit à un milieu bien plus restreint qu'en France à la même époque. Comme le soulignent Loris Premuda ou encore Paul Unschuld², les docteurs Francesco S. da Camin et Antonio Carraro étaient attirés, non par les principes théoriques de l'acupuncture, mais plutôt par ses possibles explications électriques.

Da Camino searched for a theoretical foundation of acupuncture. These meagre notions that had been related from Asia to Europe did not satisfy him; he finally accepted an "electro-nervous" explanation of the effects of needling, as proposed by Jules Cloquet, Morand, and others.³

Da Camin, comme probablement d'autres médecins italiens alors intéressés par l'acupuncture, semble se référer dans ses expériences aux travaux des médecins français qui avaient déjà travaillé dans ce domaine. Cloquet, Morand, mais aussi Berlioz⁴ sont les sources auxquelles puisent les acupuncteurs italiens au XIX^e siècle pour trouver confirmation de leurs intuitions et avoir du matériel de comparaison avec leurs essais cliniques.

Il est ainsi intéressant de noter que les liens entre la France et l'Italie en matière d'acupuncture se mettent en place à cette époque pour mieux se définir par la suite, comme nous allons le montrer.

¹ Premuda L., « L'agopuntura tra Veneto e Cina », in Panciotti L. (éd.), *Sviluppi scientifici, prospettive religiose, movimenti rivoluzionari in Cina*, Florence, Leo S. Olschki, 1975, p. 74.

² Unschuld P., « On the reception of acupuncture in early 19th century Europe as reflected in the writings of Francesco da Camino », in *Le scienze mediche nel Veneto dell'ottocento, Atti del primo seminario di storia delle scienze e delle tecniche nell'ottocento veneto*, Venise, Istituto veneto di scienze, lettere e arti, 1990, p. 217-230.

³ Unschuld P., « On the reception of acupuncture in early 19th century Europe as reflected in the writings of Francesco da Camino », in *Le scienze mediche nel Veneto dell'ottocento, Atti del primo seminario di storia delle scienze e delle tecniche nell'ottocento veneto*, Venise, Istituto veneto di scienze, lettere e arti, 1990, p. 228.

⁴ Cf. : Premuda L., « L'agopuntura tra Veneto e Cina », in Panciotti L. (éd.), *Sviluppi scientifici, prospettive religiose, movimenti rivoluzionari in Cina*, Florence, Leo S. Olschki, 1975, p. 75.

Or, entre la moitié du XIX^e siècle et l'après-guerre en Italie, l'intérêt pour l'acupuncture semble totalement disparaître et les raisons de ce silence sont aussi difficiles à expliquer pour l'Italie qu'elles l'ont été pour la France.

Ce n'est vraiment qu'au début des années 1970 que des médecins italiens commencent à travailler avec l'acupuncture, même si quelques « pionniers » italiens initient ce rapprochement dès les années 1950. Ce seront deux médecins venant du Piémont, de Turin en particulier, qui ouvriront les portes à l'entrée de l'acupuncture en Italie.¹

1.a. Le docteur Alberto Quaglia-Senta

C'est le docteur Alberto Quaglia-Senta de Turin qui le premier instaurera des relations médicales avec la France. En effet, en 1950 son nom apparaît déjà dans le programme du IV^e Congrès International organisé par le docteur Roger de la Füyé et la Société Internationale d'Acupuncture à Paris².

Né à Genève de parents italiens, Alberto Quaglia-Senta (1903-1978) vit à Turin où il exerce sa profession de médecin acupuncteur. À Turin, il crée une Société ainsi qu'une École d'acupuncture. Probablement par culture familiale, ou parce qu'il a passé son enfance en Suisse, il reste très proche de la France et des Français :

...Ces Français auxquels il était si lié, par l'éducation qu'il avait reçue, enfant d'abord et puis adulte, quand, une fois diplômé en médecine et chirurgie, il allait chez de la Füyé pour apprendre l' « acupuncture », son seul vrai amour.³

Nous ne savons quelles sont les raisons qui ont poussé le docteur Alberto Quaglia-Senta à se rapprocher de l'acupuncture, mais, ce qui est sûr, c'est qu'il entame sa formation en France, à l'Institut du Centre d'Acupuncture de France, l'école de la Société Française

¹ Il faut souligner la proximité géographique du Piémont et de Turin avec la France. Dans cette région italienne où pendant longtemps règne la maison de Savoie, l'influence française est aujourd'hui encore très présente. En est un exemple le fait que souvent les habitants de Turin et du Piémont parlent plus ou moins correctement la langue française et que leur dialecte conserve des expressions françaises ou des prononciations « à la française ».

² Voir les actes du Congrès publiés par la Société Internationale d'Acupuncture dans sa revue : Quaglia-Senta A., « Indications et limites de l'acupuncture (à propos d'un cas de salpingite avec pelvipéritonite) », *Revue Internationale d'Acupuncture*, n° 1, janvier – mars 1951, p. 5-8.

³ Rocca L., « Ricordo del Dott. Alberto Quaglia Senta », *Minerva medica*, n° 24, 19 mai 1979, p. 1695.

d'Acupuncture, et donc auprès du docteur de la Füye. En France on se rappelle de lui en le décrivant ainsi :

Point trop grand, la voix douce, le cheveu sage, l'œil clair et vif, attentif, pénétrant, ironique ou tendre, Alberto plaisait. À Lyon surtout, cette ville si parente de Turin, la sienne.

La recette d'un tel succès ? Son élégance diverse et racée, son goût inné de la mesure et du beau, son amour de la table (toutes les voluptés se tiennent), son sérieux, sa modestie, son excessive pudeur... jusqu'à la fin...¹

Le docteur Quaglia-Senta établit donc des relations avec la Société Française d'Acupuncture dans un premier temps, mais aussi avec la Société d'Acupuncture (la société des médecins proches de G. Soulié de Morant). En fait, il est présent aux IV^è Journées d'Acupuncture organisées par la Société d'Acupuncture en 1959 à Clermont-Ferrand. Plus tard, il sera en relation avec le docteur Paul Nogier de Lyon, et le Groupe Lyonnais d'Études Médicales (GLEM).

...son intuition rare pour certaines particularités dans ce champ[l'acupuncture] a apporté une remarquable, sinon déterminante, contribution à l'étude de l'Auriculothérapie. Le docteur Paul Nogier de Lyon, dans son discours inaugural de la méthode conçue par lui-même pour l'application de l'Auriculothérapie, déclare d'avoir reçu du docteur Quaglia-Senta « le feu vert » qui lui permit une telle conquête.²

Le docteur Quaglia-Senta s'intéresse donc aux travaux de réflexothérapie de l'école lyonnaise d'acupuncture, du docteur Nogier et du docteur René Bourdiol. Il publie deux ouvrages en français (un directement en français, le deuxième traduit de l'italien en français)³ et surtout en 1973 il fonde, à Turin, en collaboration avec le docteur Rocchia, la Società Italiana di Ricerca in Agopuntura ed Auricoloterapia - SIRAA (Société Italienne de Recherche en Acupuncture et Auriculothérapie)- et sa revue le *Giornale Italiano di*

¹ Cristofori-Chosson N., « Alberto quaglia-Senta », *Méridiens*, n° 47-48, 1979, p. 19.

² Gaito A., « Ricordo del Dott. Alberto Quaglia Senta », *Minerva medica*, n° 24, 19 mai 1979, p. 1696.

³ Quaglia-Senta A., *L'acupuncture chinoise*, Paris, Maisonneuve, 1969 ; *Le système sympathique en acupuncture*, Paris, Maisonneuve, 1976.

riflessoterapia ed agopuntura. Le docteur Quaglia-Senta lui-même définit l'esprit de la société qu'il a créée :

Contrairement à ce qu'on affirme dans certaines écoles fidèles à une tradition transmise sous les fausses apparences de l'exotisme, la symbolique chinoise relève d'une médecine logique, construite sur des fondements physiologiques valides, dans le cadre d'une biologie rationnelle qui embrasse des horizons pour nous nouveaux, à l'examen desquels se sont intéressés des physiopathologistes. Une nouvelle physiologie, néanmoins déchiffrable [...]

Traduire la médecine orientale dans un code occidental, dans le respect cependant de la tradition chinoise et sans en altérer son esprit.¹

Nous reconnaissons dans les affirmations du docteur Quaglia-Senta un esprit très proche de celui qui avait animé presque trente ans avant le docteur de la Fūye en créant sa Société Française d'Acupuncture : tout ésotérisme est exclu de cette société italienne. Les médecins engagés dans son activité gardent une attitude de recherche susceptible «...[d']approfondir les connaissances sur les problèmes vitaux et les rythmes énergétiques qui sont à la base des phénomènes biologiques»² afin de réaliser une médecine « biophysique et psycho-somatique »³.

La SIRAA existe encore aujourd'hui, et pendant plusieurs années (jusqu'en 1987 quand sera créée la Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura – FISA) elle sera, avec la Società Italiana d'Acupuncture (SIA), un lieu de rencontre et de recherche en acupuncture. La SIRAA aura aussi deux écoles à Turin qui feront référence à elle, le Centro Studio Terapie Naturali et l'Associazione per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie⁴.

¹ Quaglia-Senta A., « Minerva riflessoterapeutica », *Minerva medica*, n° 5, 31 janvier 1976, p. 327.

² Quaglia-Senta A., « Minerva riflessoterapeutica », *Minerva medica*, n° 5, 31 janvier 1976, p. 328. Notre traduction.

³ Quaglia-Senta A., « Minerva riflessoterapeutica », *Minerva medica*, n° 5, 31 janvier 1976, p. 328.

⁴ Par la suite nous ne rentrerons pas dans les détails du fonctionnement de la SIRAA puisqu'elle aura un rôle moins important que d'autres sociétés italiennes (notamment la Società Internazionale d'Agopuntura, la SIA) restant plus une réalité locale, qui caractérisera l'acupuncture dans la région de Turin. De plus l'acupuncture mise en oeuvre au sein de la SIRAA sera orientée vers la réflexothérapie et l'auriculothérapie ; notre recherche portant plutôt sur la diffusion de l'acupuncture comme thérapeutique faisant référence à la théorie médicale chinoise, nous nous occuperons plus spécifiquement d'autres sociétés et écoles italiennes.

1.b. Le docteur Ulderico Lanza

Quelques années après le docteur Quaglia-Senta, un autre médecin piémontais, le docteur Ulderico Lanza, se rapproche de l'acupuncture française pour devenir le fondateur de deux associations et de deux revues d'acupuncture et de médecine chinoise. Né en 1917 à Piovasco (Piémont), le docteur Lanza fait ses études de médecine à la Faculté de Turin. Il s'installe alors à Torre Pellice, près de Turin où il commence à pratiquer en libéral en tant que pédiatre. Sa femme étant française, il se rend souvent en Provence avec sa famille pour ses vacances. C'est pendant un de ses séjours à Aix-en-Provence, dans les années 1963-1964, qu'il remarque sur la plaque d'un cabinet médical le mot « acupuncture ». Il fait ainsi la connaissance du docteur Blanc qui l'invite à assister à quelques séances d'acupuncture et qui l'adressera vers la formation qui existait à Marseille. C'est alors -on est à la moitié des années 1960- qu'il rencontre Nguyen Van Nghi qui l'initie à l'acupuncture. La collaboration entre les deux médecins ne s'arrêtera qu'à la mort du docteur Nguyen. Comme nous l'avons vu précédemment¹, le docteur Lanza organise une « Journée d'information de l'institut d'anesthésiologie et de réanimation » à Turin pour inviter le docteur Nguyen à une démonstration d'anesthésie par acupuncture. En 1974, ils publieront ensemble leur premier texte *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*².

Le docteur Lanza se forme à l'acupuncture française qui inspirera tout son travail et qui influencera son enseignement. Dans ses conférences, il se réfère aux textes plus connus en France : les livres de Chamfrault ainsi que les écrits de Soulié de Morant. Comme le dit son fils :

Son approche était vraiment traditionnelle, il puisait aux textes comme le *Neijing suwen*, les textes de Chamfrault...une approche traditionaliste et donc énergétique...

(I-42)

Mais il sera aussi protagoniste de certains événements français ou internationaux. La proximité géographique et la connaissance de la langue française permettront au

¹ Cf. : Chapitre II, p. 278-286.

² Nguyen V. N., Mai Van Dong, Lanza U., *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*, Marseille, Socedim, 1974.



Dr Ulderico Lanza (Turin)

En deuxième plan Dr Nguen Van Nghi (Marseille) et Dr Dadone
(Italie)

Revue Française d'Acupuncture, n° 174, avril-juin 1997, p. 103

docteur Lanza d'être souvent présent en France et de participer aux activités de la communauté médicale des acupuncteurs français, ou internationaux. En effet, il fait partie, en 1973, de la World Union of Acupuncture Scientists and Societies (WUASS), et plus tard, en 1979, présent au Symposium International de Pékin, il sera parmi les fondateurs de l'International Association of Traditional Chinese Medicine, (IATCM) qui aura son siège à Montréal. Lanza fera aussi partie de plusieurs missions en Extrême-Orient organisées par les associations françaises dans les années 1970¹.

Pour ce qui est de l'activité menée en Italie, Ulderico Lanza, sous l'incitation du docteur Nguyen Van Nghi et surtout du docteur Perpere, fonde en 1968 la Scuola Italiana di Agopuntura et la Società Italiana di Agopuntura (SIA). Ces deux sociétés sont les deux premières organisations autour de l'acupuncture à apparaître en Italie. Le travail de diffusion de cette thérapeutique est encore entièrement à faire, et ces deux organismes y contribueront d'une façon importante : le premier en offrant un lieu de formation aux médecins acupuncteurs, le deuxième, existant encore aujourd'hui, en constituant un organisme de recherche, de diffusion et de sauvegarde de l'acupuncture en Italie. La Société Italienne d'Acupuncture est en effet une section de la Société Internationale d'Acupuncture fondée par Roger de la Füyé et gérée, dans les années 1970, par le docteur Jean Schatz².

À travers les deux sociétés qu'il a créées, le docteur Lanza commence à instaurer des échanges entre les médecins acupuncteurs français et l'Italie : le docteur Nguyen Van Nghi et le docteur Albert Gourion viendront souvent donner des séminaires à la Scuola Italiana d'Agopuntura, ou encore, quelques années plus tard, le docteur Requena. Entre les médecins français et le docteur Lanza se nouent des liens d'amitié aussi bien que professionnels.

Van Nghi venait souvent à Turin, et puis il était hébergé chez nous. Je m'en souviens très bien. Avec mon père ils travaillaient ensemble. Le docteur Gourion aussi venait souvent. Et puis plus tard, après 1980, il a beaucoup travaillé avec le docteur Requena...

(I-42)

¹ En Corée, ed 1979, il sera le premier Occidental à être nommé professeur associé à l'Université Kyung Hee de Séoul.

² Cf. : Chapitre II, p. 183-196.

La position de « pionnier » de l'acupuncture italienne est soulignée par son fils à plusieurs reprises, comme ici :

De plus il n'y avait absolument pas de matériel dans les années 1965, 1968, 1970... Hors de question d'avoir des aiguilles chinoises, donc il y avait Badoux, l'artisan qui les produisait en France, mais ce n'était pas très pratique. Puis il y a eu l'Agoelettronica à Turin, c'était un monsieur que mon père connaissait qui a commencé à produire des aiguilles ici en Italie...

(I-42)

Outre ses liens avec la France, le docteur Ulderico Lanza entreprend en Italie des démarches pour faire paraître l'acupuncture aux côtés de la médecine conventionnelle. Il devient acupuncteur au moment de l'expansion de l'anesthésie par acupuncture, dans les années 1970, et, de ce fait, noue des relations avec les milieux de la médecine conventionnelle qui pourraient être intéressés par cette utilisation de l'acupuncture. Pendant quelques années, il enseigne l'acupuncture à l'Université, à la Faculté de Médecine de Turin, à la Chaire d'Anesthésiologie dirigée par le professeur Ciocatto (là où Nguyen Van Nghi est invité en 1973)¹ et à l'Institut d'Anatomie humaine de la Faculté de Médecine et de Chirurgie de Bologne. Ces cours, du moins à Turin, sont de véritables cours d'acupuncture dépendant de la Faculté de Médecine². Il s'agit d'un fait unique pour l'acupuncture italienne. Mais malheureusement les oppositions de la part de l'institution étaient trop fortes, et le docteur Lanza est obligé d'arrêter cet enseignement quelques années à peine après sa mise en place.

Ces cours ne durent pas très longtemps. Bien évidemment le milieu institutionnel s'oppose à ce type de formation à l'Université. A cette époque-là, parler d'acupuncture c'était une hérésie...

(I-42)

Malgré les obstacles qu'il rencontre, le docteur Lanza n'hésite pas, dans les années 1980, à présenter une audition auprès des groupes parlementaires pour discuter d'une loi

¹ Cf. : Chapitre II, p. 280-282.

² Les élèves sont inscrits directement à la Faculté de Médecine, mais nous ne connaissons pas dans les détails les conditions d'organisation de ces cours.

définissant le statut des médecines complémentaires¹. Mais cela aussi sans obtenir aucun résultat concret.

Au fond, comme le dit son fils -et que sa production importante corrobore-, le docteur Lanza aime son travail de médecin et son travail d'écriture. C'est probablement pour cela que, quand, dans les années 1980, l'acupuncture commence à se développer en Italie d'une façon importante et très rapide, il se consacre moins à la diffusion de cette thérapeutique et plus à sa production personnelle. En effet, à partir de 1983, il abandonne la présidence de la Società Italiana d'Agopuntura (SIA), cette dernière étant transférée de Turin à Milan. Le docteur Ulderico Lanza continuera à travailler jusqu'en 2000, mais pour sa seule clientèle personnelle et pour la rédaction de ses ouvrages².

Notons néanmoins que les deux médecins dont nous venons de parler et que nous avons définis comme les « pionniers » de l'acupuncture italienne travaillent pratiquement dans la même ville et à la même époque. Plus âgé que le docteur Lanza d'une dizaine d'années, le docteur Quaglia-Senta a connu l'acupuncture française un peu avant son cadet ; néanmoins, pendant un certain temps, il ne développe aucune activité d'enseignement, ni de diffusion de l'acupuncture en Italie. C'est plus tard que le docteur Lanza s'intéresse à l'acupuncture sans être, du moins au début, en contact avec les mêmes circuits d'acupuncteurs que le docteur Quaglia-Senta. Et voilà que, presque à la même époque et dans la même ville, il fonde deux sociétés d'enseignement et de soutien de l'acupuncture.

Il semble que le docteur Lanza, connaissant de nom le docteur Quaglia-Senta, ait essayé de rencontrer ce dernier avant de créer ses deux sociétés. Le docteur Quaglia-Senta ne jugeant probablement pas le moment encore propice à la diffusion de l'acupuncture en Italie, ou alors n'étant pas prêt à partager son expérience, ne s'associe pas aux démarches du docteur Lanza qui crée la Scuola Italiana di Agopuntura et la SIA en 1968.

¹ À cette époque on parlait de « médecines complémentaires ». Ce n'est qu'après 1997, avec l'action de Paul Lannoye au Parlement européen pour une reconnaissance des ces médecines, que le terme « complémentaire » est souvent remplacé par la définition de « médecines non conventionnelles ».

² Parmi les ouvrages produites par le docteur Ulderico Lanza nous rappelons ici (parfois avec des indications bibliographiques incomplètes, nous nous excusons) : Lanza U., *Agopuntura moderna in tre lezioni*, Milan, 1967 ; Gourion A., Lanza U., *Reumatologia e traumatologia nella pratica agopunturale*, Turin ; Lanza U., *Agopuntura classica*, Turin ; Lanza U., Lanza R., *La massopuntura mobilizzante in medicina tradizionale cinese*, 1981 ; Lanza U., Requena Y., *Agopuntura e psicologia*, Palerme, 1988 ; Lanza U., Schwarz E. (présentation), *Le manipolazioni e le trazioni vertebrali: vertebroterapia*, Turin, 1969 ; Gourion Y., Lanza U., *Le articolazioni*, Lucerna San Giovanni, 1980 ; Lanza U., Grall G. (présentation), *Agopuntura moderna e reflexologia*, Turin, 1966 ; Lanza U., Lanza R., *Sport e agopuntura*, 1980.

Quelques années après, nous l'avons vu, le docteur Quaglia-Senta organise à son tour la Società Italiana di Ricerca in Agopuntura ed Auricoloterapia (SIRAA) qui débute ses activités en 1973.

S'agit-il de rivalité entre les deux médecins ? Assistons-nous ici, à Turin, dans les années 1970, à ce qu'on avait observé à Paris dans les années 1945 ? Autour de deux acupuncteurs se créent des sociétés et des écoles avec des approches de l'acupuncture différentes sinon opposées. En France, cela a produit l'AFA (Association Française d'Acupuncture, ex Société Française d'Acupuncture) et l'ASMAF (Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France, ex Société d'Acupuncture) pendant longtemps en rivalité l'une avec l'autre, affirmant récemment simplement deux approches différentes de l'acupuncture. À Turin, si les deux sociétés n'ont jamais montré une véritable rivalité entre elles.

Le docteur Quaglia-Senta décide de créer sa propre société relativement tard : acupuncteur dans les années 1950, il crée sa société en 1973. Pouvons-nous penser qu'il réagit à la naissance des sociétés créées en 1968 par le docteur Lanza en créant la sienne propre ? Rien ne peut confirmer cette hypothèse. Sans doute, sa position d'acupuncteur étant consolidée, ses recherches sur le système sympathiques étant plus avancées, Quaglia-Senta considère-t-il, au début des années 1970, que son acupuncture mérite enfin d'avoir une société qui la soutienne et une école qui l'enseigne.

Ces deux sociétés restent néanmoins indépendantes, soutiennent et cherchent à diffuser deux aspects de l'acupuncture : la SIRAA, plus proche de l'acupuncture du docteur Nogier et de l'auriculothérapie française, la Scuola Italiana d'Agopuntura et la Società Italiana di Agopuntura plus proche de l'acupuncture traditionaliste du docteur Nguyen Van Nghi et des médecins liés à lui, comme par exemple les médecins du Groupe Lacreteille.

C'est donc au cours des années 1970 que l'acupuncture commence à se diffuser en Italie et, pendant relativement longtemps, l'acupuncture française inspirera toutes les écoles italiennes. Mais c'est aussi à cette époque que l'Italie se démarque par une caractéristique particulière du processus de cette diffusion tel que nous l'avons observé en France. Après les personnalités que sont les docteurs Alberto Quaglia-Senta et Ulderico Lanza, qui nous rappellent les médecins français qui ont œuvré à l'évolution et à l'affirmation de l'acupuncture en France, en Italie, le charisme individuel laissera la place

à l'action associative, à l'école, à la société, à la fédération. Par la suite, nous rencontrerons encore quelques noms de médecins plus connus que d'autres, mais toujours à l'intérieur d'une organisation, et non représentant à eux seuls l'organisation comme nous l'avons vu pour la France (pensons à Roger de la Fûye, Georges Cantoni, Jean Schatz, Nguyen Van Nghi, et plus récemment Jean Bossy, Jean-Marc Kespi, etc.).

1.c. Le docteur Nguyen Van Nghi et ses relations avec l'Italie

L'acupuncture italienne vient donc de France et, pendant quelques années, le docteur Nguyen Van Nghi a été en Italie, probablement encore plus qu'il ne l'avait été en France, le détenteur du savoir concernant cette thérapeutique. Au tout début des années 1970, quand l'acupuncture était presque inconnue et non pratiquée en Italie, les premiers contacts à être établis le sont avec la France, probablement pour des raisons géographiques (Marseille est plus proche que Paris), mais aussi du fait de la renommée personnelle du docteur Nguyen Van Nghi, certains médecins italiens se formant à l'acupuncture enseignée par lui. Nous l'avons vu pour le docteur Ulderico Lanza au début des années 1960. Or, une dizaine d'années plus tard, le nombre des médecins italiens se dirigeant vers l'acupuncture augmente rapidement ; l'Italie est un terrain vierge relativement à l'acupuncture et le docteur Nguyen est sollicité dans diverses initiatives. Outre les relations qu'il entretenait avec l'École de Turin du docteur Lanza, le docteur Nguyen sera le personnage clé pour la création d'une école d'acupuncture à Florence (Toscane), et à Syracuse (Sicile) et il deviendra le conseiller d'un service d'acupuncture pour les handicapés à Ravenne et à Syracuse.

Dans les années 1970, le docteur Nello Cracolici se forme à l'acupuncture au Centre d'Enseignement et de Diffusion de l'Acupuncture Traditionnelle (CEDAT) de Marseille, l'école du docteur Nguyen Van Nghi. Le docteur Cracolici prend donc l'initiative de créer une école d'acupuncture à Florence, la Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze. Cette école naît en 1980, et sera la troisième école, par ordre d'ancienneté, créée en Italie. Son directeur est le docteur Cracolici, mais la direction de l'enseignement est confiée au docteur Nguyen Van Nghi. Ce dernier gardera ses fonctions une dizaine d'années et sera accompagné dans son enseignement d'autres

enseignants français que nous avons rencontrés plusieurs fois déjà. L'actuel Directeur de l'École témoigne :

Les premières années, les cours ont été donnés par le docteur Jean Schatz, le Père Claude Larre, le docteur Albert Gourion, Jean-Marc Kespi, le docteur Cracolici et bien évidemment le docteur Nguyen Van Nghi.

(I-13)

Et, en effet, la salle d'attente et l'entrée de cette école d'acupuncture de Florence, qui occupe de magnifiques locaux sur une colline proche de la ville, sont tapissées des photographies des enseignants français qui sont passés -et souvent revenus- pour donner cours, conférences et séminaires à la Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze. Parmi eux, le docteur Nguyen, qui apparaît sur de nombreuses photos parmi les plus anciennes.

Presque à la même époque, en 1979 précisément, naît à Syracuse la Scuola Mediterranea di Agopuntura (aujourd'hui connue sous le nom d'Associazione Scuola Mediterranea di Agopuntura, ASMA). Le docteur Giuseppe Barbagallo suit un parcours similaire à celui du docteur Cracolici. Il se forme à l'acupuncture à l'école du docteur Lanza (la Scuola Italiana di Agopuntura) et au CEDAT. de Marseille puis fonde son école en Sicile, dont il est encore aujourd'hui le Président, en jumelage avec le CEDAT. Pendant plus d'une quinzaine d'années, l'activité de la Scuola Mediterranea di Agopuntura restera liée à celle du CEDAT et les élèves diplômés de l'école italienne recevront en même temps une validation du diplôme du CEDAT Dans l'école de Cracolici, à Florence, comme dans l'école de Barbagallo, à Syracuse, le docteur Nguyen Van Nghi ou ses collaborateurs (notamment le docteur Albert Gourion) seront présents au moment des examens pour délivrer le diplôme final de Médecin Acupuncteur.

Enfin, le docteur Nguyen Van Nghi s'occupera dans les années 1980 d'un service sanitaire à Ravenne où l'acupuncture est utilisée pour traiter des patients handicapés. En effet, à l'intérieur de l'USL¹ n° 35 de Ravenne, un service d'Acupuncture rattaché au Service d'Anesthésie, analgésie et réanimation de l'hôpital Santa Maria delle Croci de la ville, est mis en place. Le docteur Grilli, anesthésiste, et deux autres médecins – eux aussi

¹ U.S.L., Unité Sanitaire Locale.



Le docteur Nguyen Van Nghi pendant une consultation à l'USL n° 35 de Ravenne.

Revue Française d'Acupuncture, n° 176, Octobre-Décembre 1997, p. 209

anesthésistes – diplômés en Acupuncture à l'École de Marseille avec l'aide de l'Associazione Italiana Assistenza agli Spastici (AIAS), commencent un travail de prise en charge des patients handicapés (patients avec des pathologies du système nerveux comme : troubles du langage et de l'audition, paralysie spastique, épilepsie, maladie de Parkinson...)¹. Cette démarche se fait sous la direction du docteur Nguyen Van Nghi qui suit périodiquement le travail du service et assure une formation pour les médecins engagés dans ce projet². En 1988, une initiative similaire est prise à Syracuse. Un Centre d'acupuncture est mis en place à l'AIAS de Syracuse, suivi par le docteur Barbagallo et encore une fois avec la collaboration du docteur Nguyen Van Nghi³.

Nous verrons aussi que le docteur Nguyen et son enseignement seront en Italie une référence pour des écoles et pour les médecins qui vont les créer.

¹ Cf. : Grilli M., « Un decennio di applicazioni a Ravenna dell'agopuntura nei soggetti portatori di handicap », *Rivista italiana di agopuntura*, n° 64, janvier – avril 1989, p. 10-12.

² Cf. : Grille M., Galli R., « Ambulatorio di agopuntura: unità sanitaria locale n° 35 – AIAS Ravenna », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 139, mars – avril 1990, p. 38-39. Aussi Cf. : Brandolini R., « Conferenza premio solidarietà 1 giugno 1994 », *Revue française de médecine traditionnelle chinoise*, n° 164, octobre – décembre 1994, p. 209-213.

³ Cf. : Barbagallo R., « Bilancio di circa 7 mesi di attività presso il servizio di agopuntura dell'A.I.A.S. di Siracusa », *Rivista italiana di agopuntura*, n° 64, janvier – avril 1989, p. 8-10. Aussi Cf. : Marchi D., « Aghi contro l'handicap », *L'Unità*, 15 mars 1991, p. 20.

2. La Società Italiana di Agopuntura

Comme nous l'avons vu précédemment, la Società Italiana di Agopuntura (SIA) naît en 1968 à Turin par la volonté du docteur Ulderico Lanza qui en sera le président jusqu'en 1983¹. Dès les premières années de son activité, la SIA s'occupe principalement de regrouper les médecins italiens intéressés par l'acupuncture. Comme il est dit dans la présentation même de la société :

La Società Italiana di Agopuntura est la première institution qui réunit les médecins intéressés par l'étude, l'approfondissement, l'application et la diffusion de l'acupuncture et des autres aspects de la médecine traditionnelle chinoise.

Cette fin est poursuivie à travers plusieurs initiatives culturelles et scientifiques :

a. Publication d'une revue tous les quatre mois (*Rivista Italiana di Agopuntura*, *Giornale di Agopuntura*), arrivée à son 114^{ème} numéro, pour un total de 850 articles originaux de recherche clinique concernant l'acupuncture, le *tuina*, la phytothérapie, la diététique, les techniques du corps, les recherches de sinologie classique et moderne.

b. Publication tous les quatre mois d'un bulletin d'information (*Siainform*) concernant les séminaires, les cours, les congrès et d'autres événements d'intérêt national et international (cette publication est mise en place à partir de 1995).

c. Organisation de trois séminaires annuels gratuits (au nord, au centre et au sud du pays) de mise à jour et de formation continue en acupuncture et médecine traditionnelle chinoise.

d. Organisation d'un Congrès National (le dernier a eu lieu à Milan, Palazzo della Stelline), souvent monothématique, avec des collaborations externes.

e. Collaboration culturelle et scientifique avec des associations étrangères et internationales (par exemple : the World Medical Acupuncture Association, the European Academy of Traditional Chinese Medicine, l'Association Française d'Acupuncture).

f. Organisation et soutien d'initiatives de confrontation et de débat entre les représentants de la médecine conventionnelle ayant pour but de garantir une plus grande synergie dans le domaine médical.²

Nous voyons que les buts de la SIA sont d'une part de promouvoir toutes les initiatives concernant l'acupuncture à travers une publication régulière, la *Rivista Italiana di Agopuntura*, d'organiser un congrès annuel et des séminaires au niveau régional, d'autre

¹ Cf. : Chapitre III, p. 299-304.

² Site de la Società Italiana di Agopuntura : <http://www.sia-mtc.it/> Notre traduction.

part d'assumer la fonction d'interface entre la communauté médicale et les intérêts des médecins acupuncteurs. De fait, la SIA recouvre pour certains aspects les fonctions qui étaient assurées par l'Association Française d'Acupuncture en France. Son histoire en témoigne : née en 1968 en tant que Siège détaché de la Société Internationale d'Acupuncture, elle lui restera longtemps liée¹. Les premières années, l'activité de la SIA se fera parallèlement à celle de la Société Internationale d'Acupuncture (rappelons la proximité entre les docteurs Lanza et Schatz). Quand, en 1983, le docteur Lanza se retire de son rôle de Président de la société, le siège de la SIA quitte Turin².

À Milan à partir de 1984, la SIA a le docteur Dadone pour Président. Elle sera ensuite liée à une importante école d'acupuncture, l'École Sowen - dont nous ne manquerons pas de parler plus en détail. En effet, à partir de 1988, le docteur Terenzio Cantoni³, un des fondateurs de l'école Sowen, est élu Président de la SIA Il sera suivi successivement des docteurs Riccardo Morandotti en 1991, Emilio Minelli en 1994, Carlo Di Stanislao en 1997, Roberto Gatto en 2000.

La SIA joue dans les années 1980 un rôle central dans la diffusion de l'acupuncture⁴ en Italie. Elle réunit les acupuncteurs qui souhaitent adhérer à la société pour contribuer au développement de l'acupuncture italienne⁵. Son rôle n'est pas de garantir une formation de base à l'acupuncture (comme plusieurs sociétés qui se créent en Italie à ce moment), mais de centraliser toutes les activités de recherche, d'approfondissement et d'amélioration de cette thérapeutique.

Ainsi qu'il est dit dans ses Statuts :

La Società Italiana d'Agopuntura a pour buts de donner une impulsion aux recherches scientifiques et de contribuer à l'étude et au développement de l'acupuncture et de la médecine extrême-orientale.

Pour aboutir à ces fins, la SIA a le pouvoir :

¹ Rappelons que la Società Italiana di Agopuntura est un des premiers Sièges de la Société Internationale d'Acupuncture à se rendre indépendant de l'institution mère, en gardant néanmoins des relations avec la France.

² Nous ne connaissons pas les véritables raisons de ce déplacement. Apparemment, il y avait deux médecins intéressés par la place du docteur Lanza : les docteurs Arcari et Dadone. C'est le docteur Dadone qui deviendra Président.

³ À ne pas confondre avec Georges Cantoni, Médecin militaire Président de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

⁴ Comme nous l'avons dit, la S.I.R.A.A., dont le Siège est à Turin, joue un rôle proche de celui de la S.I.A. mais moins intéressant dans le cadre de notre travail, la S.I.R.A.A. étant moins active dans le domaine de l'acupuncture thérapeutique se référant à la théorie médicale chinoise que dans celui de l'acupuncture réflexothérapeutique.

⁵ Voir Article n° 7 des Statuts de la Società Italiana di Agopuntura. Cf. « Statuto della S.I.A. », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 61, janvier – avril 1988, p. 4-8.

- de procéder aux recherches, études, enquêtes, rapports ;
- d'entretenir des relations avec des associations proches ;
- d'adhérer à d'autres associations.¹

Néanmoins, concrètement, la position de la SIA dépasse les buts présentés dans ses statuts : elle s'occupe aussi des aspects plus « politiques » de l'acupuncture italienne (elle est présente dans les négociations avec la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici et les Ordres de Médecins provinciaux ; elle sera aussi attentive aux démarches du ministère de la Santé concernant l'acupuncture). Afin de lui permettre de travailler spécifiquement aux buts pour lesquels elle avait été créée et surtout afin de réunir les médecins acupuncteurs –même ceux ayant des approches différentes de l'acupuncture -, commence à être envisagée à l'intérieur du Conseil de Direction de la SIA, en 1985, la possibilité de réunir les deux principales sociétés d'acupuncture italiennes, la SIA et la SIRAA La Federazione Italiana delle Società di Agopuntura naît deux ans plus tard, le 9 mars 1987, avec pour vocation d'affronter tous les problèmes de nature syndicale et liés à la reconnaissance formelle et institutionnelle de l'acupuncture².

Quelques années plus tard, suite à la création de la FISA, le Président de la SIA, le docteur Morandotti, se charge de préciser les buts de la société :

La SIA ne doit pas servir à des fins personnelles et/ou politiques, et elle ne doit être utilisée par personne (à commencer moi-même) dans un but utilitaire.

La SIA doit s'occuper uniquement – comme il est dit dans ses statuts – d'activités culturelles et scientifiques ainsi que dans la formation du médecin acupuncteur. Tout ce qui concerne les affaires « syndicales » et le dialogue avec les pouvoirs publics [...] a été déferé depuis longtemps à la F.I.S.A....³

2.a. Le pouvoir public et les institutions

À l'Assemblée générale, le docteur Morandotti rappelle, l'année suivante, les démarches entreprises par la SIA et expose les directions à suivre que nous pouvons ainsi résumer :

¹ « Statuto della S.I.A. », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 61, janvier – avril 1988, p. 4.

² Cf. Garavaglia G., « Verbale della seduta del consiglio direttivo della S.I.A. », *Rivista Italiana d'Agopuntura*, n° 52, janvier – avril 1985, p. 6-8.

³ Morandotti R., « Editoriale », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 72, septembre – décembre 1991, p. 3. Notre traduction.

La SIA a commencé depuis un certain temps à prendre contact avec les responsables des Ordres des Médecins, qui, en Italie, sont gérés au niveau provincial. Ce sont les docteurs Morandotti et Martucci qui s'en occupent.

La SIA a mis en place un recensement dont le docteur Gatto est le Responsable pour déterminer le nombre de médecins acupuncteurs et pour comprendre pourquoi ils ne sont pas inscrits à la Société.

Un Bureau de Presse géré par les docteurs Martucci et Mazzanti permet d'être au courant des toutes les publications concernant l'acupuncture.

La SIA centralise toutes les annonces de séminaires et toutes les activités culturelles grâce au docteur Lomuscio.

Des recherches multicentrées¹ sont organisées par le docteur Minelli sur le territoire italien, de manière à produire les données les plus sérieuses et les plus scientifiques possible.

Le docteur Di Concetto assure avec passion le service bibliographique pour les associations membres et pour les médecins associés.

La SIA recommence à être présente dans les congrès, et le Président affirme à ce propos :

La SIA est revenue dans les congrès et dans les réunions. C'est le désir du Conseil que la présence de la SIA soit ininterrompue dans le futur : partout où l'on parle d'Acupuncture et de MTC, nous serons présents et nous ferons entendre notre voix.²

Le Président souhaite aussi que, pour un bon fonctionnement de la Société, toutes les tâches soient correctement réparties et les objectifs respectés. Il le répète à plusieurs reprises dans ses éditoriaux de la *Rivista Italiana di Agopuntura*, concluant ainsi à propos de l'Assemblée de 1992 :

Un dernier argument correspond aussi à mes « rêves dans le tiroir ». Mon désir de médecin acupuncteur est que tous les acupuncteurs italiens, d'extraction traditionnelle ou d'extraction neuroreflexologique, se réunissent dans une seule association. Mais cela, c'est un « rêve », et vous bien savez que les rêves, selon un dicton populaire de ma Florence natale, « restent entre les draps ». Pourtant... parfois, ils se réalisent.³

¹ Faisant appel à plusieurs institutions.

² Morandotti R., « Assemblea dei soci 1992, relazione del presidente », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 75, septembre – décembre 1992, p. 7.

³ Morandotti R., « Assemblea dei soci 1992, relazione del presidente », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 75, septembre – décembre 1992, p. 7.

Malheureusement, le rêve du docteur Morandotti ne se réalisera pas, et même, au contraire, on constate après son mandat une mutation à l'intérieur de la SIA dans l'organisation du travail. En effet, en 1994, le nouveau Conseil de Direction de la SIA propose le nouveau programme qui se présente de la façon suivante :

Le Conseil de Direction de la Società Italiana di Agopuntura à l'unanimité a adopté le programme opérationnel proposé par le Centro Studi sull'Agopuntura – So Wen-, qui vise au développement correct et à une pratique correcte de la Médecine Chinoise en Italie et il s'engage à poursuivre le programme pour obtenir l'adhésion du plus grand nombre possible de Médecins Acupuncteurs, et cela avec l'inscription directe à la Società Italiana di Agopuntura ou par les écoles ou associations d'Acupuncture et de Médecine Chinoise actives sur le territoire national [et inscrite à la SIA].¹

Cinq points fondamentaux sont affichés dans ce programme. Au plan syndical, la SIA s'engage à promouvoir les médecins pratiquant la médecine chinoise en jouant le rôle d'interlocuteur avec l'Ordre des Médecins, le ministère de la Santé, le ministère pour la Recherche Scientifique, l'Université ; elle travaillera à harmonisation et à la définition des modalités d'entrée aux structures publiques de l'enseignement et de la pratique de la médecine chinoise ; elle étudiera un projet d'évaluation des titres pour fournir une liste des professionnels qualifiés en acupuncture ou médecine chinoise ; elle travaillera à l'abolition de la Loi De Lorenzo de 1992 sur la publicité médicale². D'un point de vue scientifique, elle s'engage à soutenir toutes les activités de diffusion et de recherche en matière d'acupuncture ou de médecine chinoise par les adhérents, les écoles ou les associations membres ; elle coordonnera tous les échanges culturels avec le monde scientifique ; elle organisera une ou plusieurs recherches multicentrées auxquelles la SIA collaborera avec des structures de préférence publiques. Pour l'enseignement, elle projette d'harmoniser les programmes de formation des écoles pour présenter un programme cohérent aux instances publiques. La SIA s'engage aussi à préparer un code déontologique concernant la pratique de l'acupuncture. De plus, ayant constaté la diffusion de la pharmacopée chinoise en Italie, elle se propose de promouvoir la classification des plantes chinoises et de préparer un code

¹ « Notiziario », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 81, septembre – décembre 1994, p. 5.

² La Loi n° 175, dite De Lorenzo, entrée en vigueur le 5 février 1992, vise à la répression de l'exercice abusif des professions sanitaires. Selon cette loi, il n'est possible de faire de la publicité qu'aux seules activités médicales officiellement enseignées, et donc qu'aux titres issus d'une spécialisation médicale. Pour les médecins acupuncteurs, cela signifie l'impossibilité de déclarer publiquement pratiquer l'acupuncture.

déontologique pour la pratique de la phytothérapie chinoise¹. Enfin, elle s'investit dans la récolte d'informations concernant l'acupuncture et la médecine chinoise et elle en garantit la diffusion.²

Le programme d'activité de la SIA est ambitieux. Le plus étonnant, c'est qu'il fait doublon avec celui de la FISA, semblant oublier ce pourquoi cette dernière fédération a été créée et que la SIA a elle-même cautionné. Ce que nous observerons les années suivantes c'est que, en effet, les deux organisations ont des objectifs similaires alors que leurs activités aboutissent parfois à une opposition entre les projets et les intentions respectifs. Tout compte fait, la SIA sera particulièrement attentive et active dans les activités de recherche ainsi que dans les relations avec les Ordres des Médecins, tandis que la FISA travaillera, comme nous le montrerons, pour la définition d'un programme d'enseignement commun à toutes les écoles.

2.b. L'activité de recherche, de diffusion et d'enquête sur l'acupuncture et les relations avec les autres sociétés

L'activité de recherche de la SIA se fait principalement autour du Congrès national organisé depuis le début de la mise en place de ses activités. Le Congrès de la SIA se tient chaque année dans une ville italienne différente et réunit les contributions de médecins acupuncteurs italiens et étrangers, venant de toutes les associations ou écoles. Le premier congrès à témoigner du début de l'affirmation de l'acupuncture en Italie est le Congrès de Florence, organisé par le docteur Lanza en 1980, qui regroupe plus de 600 médecins acupuncteurs. Les congrès sont souvent monographiques³ et constituent un moment de

¹ En Italie, entre autres grâce au travail des médecins venant de la S.I.A., la phytothérapie chinoise se développe de manière importante dans les années 1990. Deux maisons pharmaceutiques ainsi que deux sociétés s'occupant de phytothérapie chinoise la Qu Tian et la Lao Dan existent en Italie.

² Cf. : « Programma operativo S.I.A. », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 81, septembre – décembre 1994, p. 6-8.

³ En 1984, il se tient à Arcireale (Sicile) et porte sur « Les méridiens curieux » ; en 1985, à Luino : « Psychisme et acupuncture » ; en 1986, à Urbino : « La séméiotique en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1987, à Vieste : « L'acupuncture et les autres thérapies de la médecine traditionnelle chinoise » ; en 1988, à Bardolino : « Appareil digestif en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1989, à Civitanova Marche « Physiopathologie du sang et des liquides organiques en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1990, à Paestum : « Dermatologie en médecine traditionnelle chinoise », le Congrès étant organisé cette année-là avec la SIRAA ; en 1991, à Bardolino : « Maladies neuro-immunoendocrines en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1992, à Chianciano : « Les maladies de l'appareil génito-urinaire » ; en 1993, à Viterbe : « Clinique et thérapie en médecine occidentale et en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1994, à L'Aquila : « Gériatrie en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1996, à Palerme : « Corrélations entre la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale » ; en 1997, à Salsomaggiore : « Expériences cliniques en médecine traditionnelle chinoise » ; en 1999, à Reggio di

confrontation entre les acupuncteurs venant d'écoles différentes¹. Les interventions sont l'objet de publications dans la *Rivista italiana di agopuntura* au titre d'articles scientifiques.

L'autre activité fondamentale de la SIA est l'organisation, pendant l'année, de séminaires monographiques. D'une ou plusieurs journées, ceux-ci sont organisés par la SIA elle-même, parfois avec le concours d'une autre école italienne ou d'une institution pas nécessairement concernée par la médecine chinoise, comme l'Associazione Italia-Cina² de Milan. Ces séminaires sont nationaux mais, quand ils sont liés à une école d'acupuncture, ils peuvent avoir un caractère plus régional. L'organisation des séminaires par la SIA s'intensifie particulièrement dans les années 1990 sous l'impulsion donnée par le président de la société, le docteur Morandotti, et par la collaboration d'un groupe de médecins devenus acupuncteurs et désireux d'intensifier le travail, la réflexion et l'échange d'expériences autour de l'acupuncture et de la médecine chinoise³ (voir, par exemple, les séminaires organisés par les docteurs Morandotti et Veggiani à Rome, et par le docteur Martucci à Milan pendant les années 1990, 1991 et 1992⁴).

Un des rôles centraux de la SIA est d'entretenir les relations avec les associations ou les sociétés étrangères. Elle est très proche de la France, nous l'avons vu, et cela nous est confirmé par les annonces de la *Rivista Italiana di Agopuntura* : la SIA est en relation étroite avec le Groupe d'Étude et de Recherche en Acupuncture (GERA) de Marseille et l'Association Française d'Acupuncture (AFA) de Paris. La SIA, représentée par l'Associazione Medici Italiani Agopuntori (AMIA) de Rome et, plus tard (à partir de 1995), par la Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze, est aussi membre de la World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS).

Calabre : « Les points » ; en 2001, à Stresa, le Congrès est organisé avec l'Association Française d'Acupuncture et porte sur deux thèmes : « Les dépendances » pour les Italiens et « L'acupuncture dans le quotidien » pour les Français ; en 2002, à Naples : « Acupuncture : confrontation ou complémentarité avec d'autres médecines » ; en 2003, à Milan : « Acupuncture et médecine chinoise : le futur » ; en 2004, à Cagliari : « Cœur et Xin : expériences cliniques et lignes directrices » ; en 2005, à Florence : « L'extrémité céphalique » ; en 2006, à Milan : « Médecine des évidences ou médecine psychosomatique ? ».

¹ Les congrès sont souvent organisés avec le soutien et la participation de l'AFA de Paris ou de l'école marseillaise du docteur Nguyen Van Nghi, le CEDAT et le centre GERA.

² L'Associazione Italia-Cina est une association née à la fin des années 1968 qui soutient tous les contacts et échanges avec la Chine (elle fournit des conseils pour les voyages, les échanges culturels, etc.), centralise les informations autour de la Chine, organise des activités comme les cours de langue chinoise. Pour ce qui est de la médecine chinoise, un cours hebdomadaire est organisé par la SIA dans les locaux de l'Associazione Italia-Cina qui porte chaque année sur un sujet différent.

³ Nous pensons notamment aux docteurs Caterina Martucci, Grazia Rotolo, Emilio Minelli, Giorgio Di Conetto, Bruno Viggiani, Lucio Pippa, Lucio Sotte, Roberto Gatto...

⁴ Voir annonces des séminaires : *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 69, septembre – décembre 1990, p. 5 ; *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 72, septembre – décembre 1991, p. 6.

À travers sa revue, la SIA se charge aussi d'informer des initiatives, des cours de formation à l'acupuncture, des congrès et des séminaires qui se tiennent en Italie et dans le monde.

Enfin, elle travaille à la mise en place de plusieurs recherches multicentrées. D'abord, avec les centres de Ravenne et de Syracuse qui, au début des années 1980, utilisent l'acupuncture dans la prise en charge des handicapés – comme nous l'avons évoqué précédemment à propos du travail de Nguyen Van Nghi en Italie ¹. Plus tard, avec l'aide du département d'Informatique Médicale de l'Université de Milan et par la volonté des docteurs Minelli, Caspani, Serafini et Barbagallo, elle met en place des études expérimentales pour le traitement des arthropathies et des phlébopathies des membres inférieurs. Les recherches en acupuncture sont de plus en plus diffusées et, bien qu'elles aboutissent rarement à des résultats contrôlés d'études cliniques, elles auront le grand mérite d'introduire la pratique de l'acupuncture dans les services de plusieurs structures publiques. En 2000, l'acupuncture est pratiquée dans les services publics de quatorze régions italiennes, avec un développement important en Piémont, Lombardie et Toscane, suivis par le Lazio, l'Emilie Romagne et la Vénétie.²

2.c. Le statut de l'acupuncture en Italie et les relations avec les Ordres des Médecins

Son but étant de développer l'acupuncture en Italie, la SIA s'occupe aussi, les premières années de son existence, des aspects relatifs à la reconnaissance institutionnelle et légale de cette pratique de soin.

Nous avons vu brièvement que le docteur Lanza, pendant les années de sa présidence, travaille à la reconnaissance de l'acupuncture auprès du Parlement italien ; or les premières décisions formelles concernant sa pratique ne sont prises en Italie qu'après 1980. C'est par intervention de la magistrature que l'acupuncture italienne obtiendra sa première définition légale fondamentale. En effet, le premier pas dans ce sens fait suite à plusieurs accusations de violation de l'article 348 du Code pénal (« exercice abusif d'une profession ») et donc d'exercice illégal de la médecine.

¹ Cf. : Chapitre III, p. 304-306.

² Cf. : Di Stanislao C, Bacetti S., Iommelli O., Fusaro P., *Libro bianco dell'Agopuntura*, Milan, Società Italiana di Agopuntura, 2000, p. 47-62.

La Sixième Section de la Cour Suprême de Cassation, par une sentence du 19 juillet 1982, a sanctionné que pour l'exercice de l'acupuncture est demandée l'obtention de la *laurea* [l'équivalent de la maîtrise] en médecine et celui qui la pratique sans ce titre commet le délit en examen. En effet, « bien que l'acupuncture ne constitue pas une matière d'enseignement dans les universités italiennes, elle peut être exercée uniquement par des médecins chirurgiens, la connaissance de la médecine et de la chirurgie étant nécessaire pour formuler un diagnostic exact ainsi que pour éviter des conséquences nuisibles au patient.¹

Cette décision de l'autorité de justice, qui confie aux seuls médecins le droit de pratiquer l'acupuncture, représente une conclusion importante puisqu'elle définit la valeur de cette technique thérapeutique autant d'un point de vue juridique que sanitaire.² D'un point de vue légal, la sentence du 19 juillet 1982 ne constitue pas une véritable loi ; néanmoins elle aura une valeur exécutive qui est restée valide à ce jour. D'autre part, cette décision du ministère de la Justice comporte une réglementation au niveau sanitaire qui prendra beaucoup de temps, d'efforts et de négociations avant d'être précisée pour sa mise en place.

On se trouve donc dans la même situation observée en France à peu près trente ans plus tard. L'acupuncture italienne est domaine réservé des médecins et, contrairement à ce qu'on peut observer en France, elle restera l'apanage de la communauté médicale³. Les sociétés d'acupuncture italiennes, mais aussi toutes les écoles de formation, travailleront à l'affirmation de cette thérapeutique comme acte exclusivement réservé aux médecins. Malgré les désaccords qui se créent entre les sociétés italiennes d'acupuncture, la défense de l'acupuncture pratiquée par les seuls ayant droit, donc les médecins, reste le point commun entre tous les centres d'activité en Italie. Au-delà des oppositions, des divisions et des réorganisations que les sociétés italiennes d'acupuncture peuvent rencontrer, tous les médecins acupuncteurs travailleront à une intégration de leur pratique dans le milieu médical conventionnel.

¹ « Leggi e sentenze », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 48, septembre – décembre 1983, p. 6. Notre traduction.

² Cf. : Vasapollo D., « Problemi medico legali nella pratica dell'agopuntura », *Rivista Italiana di Medicina legale*, n° 2, avril – juin 1984, p. 369-398.

³ Sans entrer dans les détails, nous avons vu qu'en France l'acupuncture est aussi enseignée aux non médecins et pratiquée par des personnes n'ayant pas la qualification institutionnelle pour le faire. Il n'en va pas de même en Italie.

La première institution à laquelle les médecins acupuncteurs sont amenés à s'adresser afin de voir reconnue leur profession est la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici (FNOM). En 1983, en effet, la SIA propose à la FNOM de créer un « albo nazionale dei medici agopuntori » (« tableau national des médecins acupuncteurs ») censé être régulièrement mis à jour par cette dernière. Ce à quoi le Président de la FNOM répond :

Le Comité Central de la FNOM a décidé dans la réunion du 23 mars de ne pas accueillir cette demande pour les raisons qui sont mentionnées ensuite.

Comme on le sait, les *laureati* en médecine et en chirurgie peuvent exercer toutes les disciplines médicales à l'exclusion de la radiologie, c'est donc pour cette raison que l'exercice de l'acupuncture ne peut pas être de la compétence exclusive des médecins acupuncteurs.

De plus, il n'existe aucune norme juridique qui prévoit la création d'un Tableau national d'une discipline médicale particulière [par exemple l'acupuncture]. Par contre le 3^{ème} alinéa de l'art. 3 du DPR du 5 avril 1950 n° 221 prévoit, dans une colonne spéciale du Tableau, l'indication des titres d'enseignement et de spécialisation reconnus par la loi.

L'acupuncture, à l'heure actuelle, bien qu'elle ait été considérée comme un acte médical par la Cour de Cassation, ne peut certainement pas l'être comme une spécialisation, cette dernière n'étant pas prévue dans l'organisation académique italienne.¹

Ces affirmations sont le début d'une longue négociation de la part des médecins acupuncteurs auprès de la FNOM. En Italie, le fait d'être médecin est une condition nécessaire et suffisante pour pratiquer l'acupuncture et, de ce fait, tous les médecins peuvent la pratiquer. L'acupuncture n'étant pas une spécialisation - elle ne fait pas partie d'un cursus universitaire -, tous ceux qui possèdent le titre de médecin ont le droit de l'utiliser. Cette situation est très difficile à accepter pour les médecins acupuncteurs italiens qui se sentent pénalisés, ne voyant pas reconnues leur formation et leur qualité d'expert. D'autre part, ce manque de définition du statut de l'acupuncture - l'absence de certification de la formation des praticiens - pose des problèmes de prise en charge des patients.

Les négociations avec la FNOM continueront des décennies durant. Les mêmes critiques sont avancées contre l'acupuncture en de multiples occasions : l'acupuncture ne se fonde pas sur une connaissance scientifique, son efficacité n'est pas démontrable avec

¹ Parodi P., « Notiziario », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 50, mai – août 1984, p. 3. Notre traduction.

les méthodes expérimentales utilisées par la médecine conventionnelle (notamment le « double aveugle »).

Attentif à toutes les attaques et provocations adressées contre l'acupuncture, le Comité de Direction de la SIA répond aux affirmations d'ostracisme par des témoignages et des articles défendant cette thérapeutique¹. Il s'agit souvent de contrecarrer les prises de position de la part des Ordres de Médecins provinciaux qui s'opposent à la diffusion de l'acupuncture et des médecines non conventionnelles (souvent qualifiées d'« alternatives ») devenant de plus en plus présentes sur le territoire national surtout à partir de la moitié des années 1980. Les arguments fréquemment avancés par les médecins acupuncteurs afin de défendre leur position et leur travail déplacent le discours de l'optique expérimentale (l'acupuncture n'a pas démontré son efficacité, elle n'est pas cohérente avec la médecine scientifique, elle se base sur des fondements théoriques ascientifiques) au discours purement clinique. Nous le lisons dans les exemples suivants tirés de la *Rivista Italiana di Agopuntura* :

La médecine humaine a toujours eu recours à des méthodes qui n'avaient pas une base scientifique mais qui, fruit de l'expérience, ont eu une efficacité : il suffit de penser aux cures thermales ou aux cataplasmes de boue. [...]

L'acupuncture est utilisée depuis des siècles avec un effet positif pour différents types de pathologies. Dans le passé, elle a été refusée par les soi-disant « pays développés » et, en partie, elle l'est encore aujourd'hui, bien que récemment des données scientifiques aient été relevées. Cet exemple [l'acupuncture en Occident] montre que pour soigner le patient il ne faut pas seulement une base scientifique, comme le demande l'Ordre des Médecins de Bergame, mais aussi l'expérience personnelle du médecin, l'expérience d'autres peuples. L'expérience n'a pas seulement des bases scientifiques. Tout d'abord le médecin généraliste a recours à des méthodes dites alternatives poussé par les exigences du malade.²

¹ Cf. : Huber R., « La medicina alternativa non può essere respinta senza un'attenta considerazione », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 60, septembre – décembre 1987, p. 5-6 ; Caspani F., « Lettera del direttore al Prof Eolo Parodi – Direttore de “ Il medico d'Italia” », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 73, janvier – avril 1992, p. 5-6 ; Di Stanislao C., « Lettera al Direttore », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 75, septembre – décembre 1992, p. 8-9 ; Porqueddu G., « Ordine dei medici/quesito », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 82, janvier – avril 1995, p. 25-30 ; Perini S., « Quale medicina? Diverse modalità dell'essere medico. Diverse modalità di intendere il malato e la medicina », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 88, janvier – avril 1997, p. 7-9.

² Huber R., « La medicina alternativa non può essere respinta senza un'attenta considerazione », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 60, septembre – décembre 1987, p. 5.

Les acupuncteurs italiens sont d'abord des Médecins, ils soignent « aussi » avec l'acumoxibustion, toujours en science et conscience.

Des accusations avilissantes et gratuites ne peuvent pas ne pas les attrister.

Nous sommes des médecins de plein droit et avec toutes les responsabilités qui nous incombent. Les casuistiques cliniques et expérimentales sont, dans les limites du possible, examinées, discutées et « critiquées » pendant les Congrès annuels, internationaux et dans les séminaires semestriels.

Le but des Médecins Acupuncteurs Italiens est l'intégration de la Médecine Orientale à notre médecine, et non de présenter une médecine « alternative » ou substitutive [à la médecine conventionnelle].¹

L'auteur [le médecin qui écrit se réfère à G. F. Azzone, auteur de « Le basi della medicina scientifica », *Leadership medica*, n° 4, 1992, qu'il commente ici] raille le contenu historique des sciences médicales en oubliant (je ne sais pas dans quelle mesure d'une façon intentionnelle) la signification réelle de la division de Popper (1975) entre sciences théoriques et sciences historiques.

L'unicité et l'historicité de chaque être vivant est à la base des principes « homomorphiques » qui confirment l'axiome galénique selon lequel « il n'y a pas des maladies mais des malades » et le contenu de ce principe est aujourd'hui largement respecté (à ce propos, voir les nombreux documents produits par l'OMS) par les seules soi-disant « médecines historiques non conventionnelles ». Je veux aussi rappeler les nombreux efforts faits par plusieurs groupes de recherche italiens pour donner un soutien scientifique à plusieurs techniques médicales non académiques et l'engagement pour uniformiser les méthodologies de jugement exprimé dans de nombreuses revues spécialisées (*Rivista Italiana di Agopuntura*, *Giornale Italiano di Medicina Tradizionale Cinese*, *T.M.A.*). [...]

Face à l'arrogance de beaucoup d'universitaires, il ne faut pas répondre avec « un regard de distance infinie », mais il faut souligner nos raisons et les infinies raisons (historiques et culturelles) de notre « science ».²

L'Ordre des Médecins, et donc la FNOM, doivent se rendre compte de la réalité de la demande sanitaire : l'offre médicale est en forte évolution puisque le citoyen a un niveau culturel de conscience élevé, surtout pour ce qui concerne le droit à la santé et son maintien. Le citoyen demande au médecin des réponses moins agressives, moins

¹ Caspani F., « Lettera del direttore al Prof. Eolo Parodi – Direttore de “ Il medico d'Italia” », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 73, janvier – avril 1992, p. 5-6

² Di Stanislao C., « Lettera al Direttore », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 75, septembre – décembre 1992, p. 8-9. Notre traduction.

symptomatiques et plus globales [*complessive*] par rapport à sa mal-être [*malessere*]. Aujourd'hui, le citoyen est plus informé sur les différentes modalités d'approche de la maladie et, de ce fait, il recherche un médecin avec une formation et une approche plus intégrées et de plus large envergure.

Le médecin a une formation théorique et académique de base qui, dans sa réalité professionnelle, se heurte souvent à une série de demandes auxquelles il a des difficultés à donner des réponses appropriées.

De là naît la crise culturelle actuelle du médecin et c'est ainsi que certains médecins partent à la recherche de réponses de formation « autres ».¹

L'importance de la dimension empirique est le point commun des revendications que nous venons de rapporter. Les médecins acupuncteurs italiens ne s'appuient pas sur une démonstration du fonctionnement de l'acupuncture, la stratégie qu'ils adoptent n'est pas de rechercher une justification théorique de cette thérapeutique, et de la ramener à une vision scientifique occidentale. Ils admettent, d'une façon implicite, une incompatibilité théorique entre la biomédecine et la médecine chinoise, tout en revenant aux exigences cliniques, aux conditions et aux moyens du médecin généraliste. Ils s'appuient donc sur la dimension « non scientifique » de la médecine et, soulignant l'importance de leur travail clinique, ils reviennent à la valeur historique de l'acupuncture. Notons que ce discours des médecins acupuncteurs prendra forme entre la deuxième moitié des années 1980 et les années 1990, époque à laquelle la présence des médecines non conventionnelles est de plus en plus importante dans le champ médical italien, européen et Nord américain. Les médecins acupuncteurs, qui jouent en Italie le rôle de médecins généralistes², sont donc à l'écoute des demandes de leur public qui est très varié, présentant tous les types de problèmes ou de pathologies³. Les médecins acupuncteurs, dans leur travail, semblent manifester l'exigence « de réponses moins agressives, moins symptomatiques mais plus globales [*complessive*] » face aux demandes de leurs patients et ils dénoncent, de toute

¹ Perini S., « Quale medicina? Diverse modalità dell'essere medico. Diverse modalità di intendere il malato e la medicina », *Rivista Italiana di Agopuntura*, n° 88, janvier – avril 1997, p. 7. Notre traduction.

² Les médecins acupuncteurs se considèrent comme des médecins généralistes. Notons néanmoins qu'ils ne sont pas des médecins soignants. En Italie, en effet, chaque citoyen a un médecin soignant qu'il choisit et auquel il s'adresse pour toutes les démarches concernant sa santé. Le médecin soignant (il medico della mutua) n'est pas payant, mais il reçoit ses patients à des horaires fixes, normalement sans rendez-vous. En dehors de ses consultations comme *medico della mutua*, il peut pratiquer une activité libérale comme spécialiste ou, éventuellement, comme acupuncteur.

³ Cf. : Annexe n° 1, carte n° 2, 9 et 10.

évidence, un changement de la demande du public¹. Sans mentionner une insatisfaction de la part des patients vis-à-vis de la médecine scientifique – insatisfaction sous-entendue sans être explicitée -, ils soulignent la nécessité de donner une écoute plus attentive à l’aspect subjectif (*illness*) et socioculturel (*sickness*) de la maladie, sans néanmoins complètement oublier l’approche bio-organique (*disease*) dans la relation avec leur public. Ils parlent, en effet, d’une « crise culturelle » du médecin qui se trouve formé à une pratique médicale ne correspondant pas (ou commençant à ne plus correspondre) aux problèmes et aux souffrances auxquelles leur public leur demande de trouver une réponse.

Nous sommes confrontés, à travers ces textes, à une dénonciation sociale (l’acupuncture y apparaît comme un moyen de soin correspondant aux exigences d’un public éveillé) de la part de médecins qui s’adressent à une institution, l’Ordre des Médecins, défendant une conception scientifique de la médecine (biomédecine) dont il est quasi impossible de débattre et qui est, de ce fait, instituée comme paradigme de vérité. Ces médecins acupuncteurs affirment que l’acupuncture est une « science » entre guillemets, qui doit s’intégrer à la médecine conventionnelle, sans se substituer à elle². Cette position est largement soutenue par les médecins acupuncteurs italiens qui prônent une thérapeutique qui puisse être un complément de la pratique clinique conventionnelle avec les moyens que la médecine chinoise peut leur offrir. Ils parlent en effet de complémentarité entre les différentes approches de la médecine et non d’exclusion de l’une par l’autre.

Les tractations entre les organisations représentant les médecins acupuncteurs italiens et la FNOM (aujourd’hui appelée Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi, FNOMeC.) continuent jusqu’en mai 2002, moment où, enfin, une proposition est faite en faveur des médecines non conventionnelles afin qu’elles puissent avoir une reconnaissance sanitaire et ensuite une définition juridique. Mais, comme nous l’avons dit, pour mieux défendre la position des médecins acupuncteurs est créée une fédération

¹ Pour ce qui est de la situation italienne, Cf. : Colombo E., Rebugnini P., *La Medicina che cambia terapie non convenzionali in Italia*, Milan, il Mulino, 2003 ; Barcollino D., Perino A., « Le Medicine non convenzionali: alternativa o complementarietà », in *Manuale di sociologia della salute*, Milan, Franco Angeli, 2004, p. 254-284 ; Lalli P., *L'altra medicina e i suoi malati*, Bologne, Clued, 1988 ; Crocella C. (ed.), *Le medicine non convenzionali*, Roma, Quaderni di documentazione, La Camera dei Deputati, 1991 ; Lelli F., *Medicine non convenzionali, problemi etici ed epistemologici*, Milano, Franco Angeli, 2007 ; Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B., *Le medicine non convenzionali in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2007.

² Nous verrons plus loin, dans l’analyse des questionnaires, comment cette conception différencie les médecins italiens des médecins français. Cf. : Chapitre IV, p. 437-440.

nationale, la FISA qui, depuis le début de ses activités, s'occupe de toutes les démarches pour une acceptation correcte de l'acupuncture par la communauté médicale italienne.

2.d. La Società Italiana d'Agopuntura de 1990 à nos jours

Nous avons vu quel était le rôle de la SIA selon les buts définis par ses statuts ; nous avons aussi mis en évidence comment les démarches entreprises par cette société dépassaient, après la création de la FISA, sa compétence. En effet, en Italie, d'une façon proche de ce que nous avons vu en France, des oppositions et des rivalités se mettent en place entre les représentants de certaines écoles ou organisations autour de l'acupuncture. Il s'avère que la SIA et la FISA ont travaillé de façon indépendante sur les mêmes problèmes inhérents à l'acupuncture pendant quelques années. Nous avons vu, d'une part, les prises de position de représentants de la SIA auprès de la FNOM. Ces initiatives datent des années 1990 quand la FISA, étant déjà active, aurait dû s'en occuper. D'autre part, cette opposition entre la SIA et la FISA nous a été exprimée, plus ou moins explicitement, pendant nos entretiens avec les représentants des deux sociétés qui, à cause de rivalités personnelles ou de questions d'appropriation du pouvoir, arrivent difficilement à travailler sur des objectifs communs. Cette situation devient extrêmement tendue après 1996. À ce moment, plusieurs médecins qui avaient été sérieusement engagés dans les activités de promotion de l'acupuncture à travers la SIA décident de quitter la société pour donner naissance à d'autres écoles, travailler avec d'autres associations –souvent des lieux d'enseignement-déjà constituées, ou participer plus activement aux démarches mises en place par la FISA. Concrètement, une situation paradoxale se crée entre la SIA et la FISA au moment de la rédaction du *Livre blanc* sur l'acupuncture.

En 1997, la SIA obtient par la FISA un financement pour la réalisation du *Libro bianco sull'Agopuntura* qui sera publié en juin 2000. Les motivations qui inspirent et légitiment la rédaction de cet ouvrage sont exprimées dans la Préface du texte :

Il était nécessaire de faire connaître ce qui était concrètement acquis de l'efficacité de l'acupuncture et comment cette dernière a pu s'intégrer avec la médecine académique ou conventionnelle¹

¹ Di Stanislao C., « Prefazione », *Libro bianco sull'Agopuntura*, Milan, Società Italiana d'Agopuntura, 2000, p. IX.

Ce texte a pour buts principaux d'informer sur le « stato dell'arte de l'agopuntura »¹ en particulier en Italie, et de réunir des interventions venant d'approches différentes de l'acupuncture (traditionnelles et neuroreflexologiques) et qui sont l'expression de différents groupes italiens opérant dans ce domaine. En presque 300 pages, l'ouvrage décrit les principes de base de l'acupuncture, ses relations avec d'autres méthodologies de soin non conventionnelles, consacre une ample partie aux évidences cliniques, donne des indications sur les aspects médico-légaux, sur les bases de données accessibles aux médecins par Internet, sur d'autres thérapeutiques proches de l'acupuncture - comme le massage chinois, la pharmacopée chinoise, le shiatsu.

Ce travail a le grand mérite d'être le premier *Livre blanc* sur l'acupuncture rédigé en Europe ; il ne restera pas le seul très longtemps puisque, un mois plus tard, un texte absolument équivalent est publié par la FISA : *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*. Ce dernier ouvrage ayant le même format que celui préparé par la SIA, dédié comme le *Libro bianco sull'Agopuntura* au docteur Morandotti (qui avait été Président de la SIA puis de la FISA) fournit pratiquement le même contenu, présenté sensiblement de la même façon que dans le texte publié en juin 2000. Nous verrons mieux plus tard les raisons de ce doublon ; il est certain cependant que cet événement est le signe d'un réel conflit et de la compétition entre les deux organisations d'acupuncture à la fin des années 1990. Les raisons nous intéressent moins que les effets concrets qui en résultèrent. De fait, après la sortie des deux ouvrages, les relations entre les dirigeants de la SIA et de la FISA se sont améliorées. La prise de conscience que seul un travail coordonné de coopération entre tous les centres, toutes les écoles, toutes les organisations et tous les médecins intéressés par l'acupuncture aurait pu permettre d'obtenir la reconnaissance et l'intégration dans le milieu de la médecine conventionnelle semble l'emporter sur les motifs d'une opposition entre les différentes écoles d'acupuncture et leur dirigeants. Certainement, ce constat a conduit les médecins représentant les deux organisations et les deux écoles importantes d'acupuncture auxquelles la SIA et la FISA font référence (l'école Sowa de Milan et la Fondation Matteo Ricci de Bologne pour la FISA) à trouver une nouvelle et meilleure entente. La SIA continue son activité, en produisant la revue et en organisant le Congrès annuel. Les cinq Sièges de l'École Sowa (Milan, Palerme, Modène, l'Aquila et Naples), la Scuola di

¹ Di Stanislao C., « Prefazione », *Libro bianco sull'Agopuntura*, Milan, Società Italiana d'Agopuntura, 2000, p. IX.

Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze et l'Associazione Scuola Mediterranea di
Agopuntura di Catane font aujourd'hui partie de la SIA

3. Le Centro Studi sull'Agopuntura, école So-wen

Au tout début des années 1970, quatre médecins intéressés par l'acupuncture se rencontrent à Milan : les docteurs Terenzio Cantoni, Gianpaolo Garavaglia, Ruggero Dujany et Yvonne Mollard-Brusini. À cette époque, alors qu'en France l'acupuncture prend de plus en plus de place à travers son application dans l'analgésie et la thérapie de la douleur, en Italie, le seul centre où l'on entend parler d'acupuncture et d'organisations liées à cette pratique se trouve dans le Piémont, à Turin, avec la Scuola Italiana d'Agopuntura et la Società Italiana di Agopuntura (SIA) qui existent seulement depuis 1968. À Milan, l'acupuncture n'est ni pratiquée ni enseignée, comme nous le confirme le docteur Mollard-Brusini :

Par contre, en Italie, l'acupuncture était absolument inconnue ; en 1967, c'était complètement inconnu, les gens ne connaissaient pas le mot « acupuncture ».

(I-31)

Ce groupe de médecins milanais se réunira par la suite pour confronter et approfondir ses premières connaissances d'acupuncture. Les docteurs Terenzio Cantoni, Gianpaolo Garavaglia et Ruggero Dujany (ce dernier était plus intéressé par l'homéopathie que par l'acupuncture) avaient étudié l'acupuncture à Lyon auprès du GLEM (Groupe Lyonnais d'Études Médicales) avec le docteur Paul Niboyet¹. Un parcours différent - et bien intéressant pour ce qui nous concerne - est celui du docteur Yvonne Mollard-Brusini. Née en Maroc, Yvonne Mollard est, comme son nom l'indique, d'origine française. Après avoir fait là-bas ses études de médecine, elle quitte le pays comme elle nous le raconte :

...J'étais déjà médecin depuis six ans au Maroc et, pour des motifs personnels, je me suis retrouvée au Japon, où je suis restée pendant deux ans. Là-bas, après avoir essayé la cérémonie du thé et plusieurs autres arts traditionnels, j'ai eu la chance de rencontrer un maître qui enseignait l'acupuncture traditionnelle (il enseignait à la Faculté de Médecine orientale de Tokyo). Malheureusement, il parlait uniquement japonais ; mais il travaillait avec ses deux fils qui parlaient anglais. Grâce à eux, qui étaient mes interprètes, j'ai pu

¹ Nous rappelons que le Groupe Hahnemannien de Lyon se trouve à l'intérieur du G.L.E.M. Le docteur Ruggero Dujany suit donc l'enseignement de l'homéopathie dans ce même centre. Il sera chargé de l'enseignement de l'homéopathie qui existera pendant quelques années à l'intérieur de l'école d'acupuncture du CSSA.

devenir une de ses étudiants, la seule étrangère. Je suis restée un an et demi avec lui pour étudier les bases de la médecine chinoise.

Je me suis mariée avec un Italien et j'étais partie au Japon pour le rejoindre. Nous nous sommes donc mariés et nous sommes revenus vivre en Italie, à Milan précisément, et c'était en 1967. Quand je suis arrivée à Milan, donc, personne ne connaissait l'acupuncture, et malgré tout j'ai commencé à travailler un peu, à pratiquer l'acupuncture avec ce que j'avais appris au Japon. Puis, un peu plus tard, j'ai rencontré trois médecins de Milan qui eux aussi étudiaient l'acupuncture ; c'était les docteurs Gianpaolo Garavaglia, Terenzio Cantoni et Ruggero Dujany. Et tous les quatre nous avons commencé à nous retrouver et nous avons rapidement formé la première école à Milan qui s'appelait le Centro Studi sull'Agopuntura. Cette école a eu tout de suite beaucoup de succès et pour longtemps est restée le numéro un en Italie.

(I-31)

En 1974 est créé le Centro Studi sull'Agopuntura (CSSA) à Milan. Quelques années auparavant, les quatre médecins avaient été chargés par le docteur Lanza et la Società Italiana di Agopuntura de proposer un enseignement à Milan. Le CSSA débute donc son activité en tant qu'école de formation à l'acupuncture, organisant sur deux années des cours ouverts uniquement aux médecins. L'enseignement et les activités menés par le CSSA sont toujours en lien avec la SIA et les buts du docteur Lanza. De fait, ce dernier joue pendant quelques années le rôle d'interface entre les médecins italiens et les enseignements proposés en France, comme en témoigne le docteur Mollard :

[...] j'ai connu l'AFA à une réunion qu'il y a eu à Torre Pellice, organisée par Lanza, en 1970, avec des anciens Français, Borsarello, l'AFA... Donc, c'est comme ça que j'ai connu l'AFA ; j'ai entendu qu'ils faisaient des cours et je me suis inscrite.

(I-31)

Après sa formation à l'acupuncture lors de son séjour à Tokyo, et une fois rentrée en Europe, le docteur Mollard-Brusini suit entièrement à l'issue de cette rencontre le cursus de l'Association Française d'Acupuncture de Paris. Elle termine sa formation avec un mémoire intitulé *Saveurs et diététique en médecine chinoise* au tout début des années 1970. Poursuivant le récit de sa vie entre Italie et France, elle raconte :

En 1978, avec mon mari nous avons quitté Milan, et nous sommes partis pour la Côte d'Azur. Nous sommes allés vivre à Nice. Là, je connaissais l'AFA et le docteur Kespi, parce que j'avais moi-même suivi des cours à l'AFA en rentrant du Japon. [...]

Donc, je me suis retrouvée à Nice et Kespi m'a demandé de m'occuper de l'enseignement de l'acupuncture du Sud-est de la France et je suis donc restée de 1978 à 1988 comme Directeur du Centre du Sud-Est de l'AFA à Nice.

(I-31)

Elle continue :

Van Nghi avait son école à Marseille où il s'est établi. Quand j'étais à Nice, il m'a demandé d'enseigner de temps en temps dans son école, ou alors, comme il y avait souvent des groupes d'étudiants italiens, j'allais pour l'aider et pour aider ces étudiants.

(I-31)

Elle termine ainsi :

Puis je crois qu'en 1988 tout a été fermé en France [au moment de la naissance des D.I.U. d'acupuncture]. Mon mari est mort en 1986 et je suis restée encore quatre ans en France, jusqu'en 1990. Je suis rentrée en Italie, parce que je préférais être ici, j'ai beaucoup d'amis, et puis, surtout, il y avait l'école, cette école qui prospérait. Garavaglia est mort en 1988 puis Cantoni s'est retiré assez rapidement. Dujany ne s'occupait plus d'acupuncture, donc je suis restée seule, seule sans compter les nouveaux. Je suis restée jusqu'en 1997.

(I-31)

On voit comment le sort du CSSA a été intimement lié à celui de l'acupuncture française et, en particulier, aux travaux et à l'esprit de l'Association Française d'Acupuncture véhiculés, dès la naissance du Centre, par le docteur Yvonne Mollard-Brusini.

Les influences françaises viennent donc beaucoup plus de l'acupuncture « parisienne », celle de l'AFA, que de l'enseignement de Nguyen Van Nghi. En effet, c'est grâce au docteur Mollard-Brusini que les acupuncteurs membres ou directeurs de l'AFA seront invités à Milan tout au long de son enseignement pour assurer régulièrement cours, séminaires ou conférences. L'approche traditionaliste de l'acupuncture française semble

confirmée aussi par le changement de nom de l'école qui, quelques années après sa naissance, est rebaptisée Centro Studi sull'Agopuntura, école So-wen¹.

Une acupuntrice élève puis enseignante de l'école So-wen témoigne du défilé des médecins les plus connus de l'acupuncture française des années 1980-1990 :

Van Nghi venait de temps en temps chez nous, mais pas si souvent que ça ; il allait plus souvent à Bologne, à Florence, en Sicile... En revanche, il y avait le groupe de l'AFA Il y avait Kespi, Mussat, et puis Andrès, Guillaume qui venaient souvent, mais surtout Kespi, il était très ami d'Yvonne Mollard. Elle avait un rapport de confiance avec lui².

Pendant deux ans de suite, il y a eu de Tymowski qui enseignait le massage chinois. Et puis il y avait Schatz qui venait pour les thèses de fin de diplôme. Il venait pour la SIA Il y avait aussi Roustan, qui avait traduit le texte chinois en français...

(I-41)

L'école So-wen non seulement invite les enseignants de l'AFA, mais elle entretient aussi des relations étroites avec l'Institut Ricci de Paris et l'Ecole Européenne d'Acupuncture. Le Père Claude Larre et Elisabeth Rochat de la Vallée - elle est très proche du docteur Mollard - sont invités au moins une fois par an pour des séminaires sur l'exégèse des textes anciens ou sur certains concepts clés de la médecine chinoise selon les traductions des sources.

Il ne faut pas oublier, quand on parle de médecine chinoise en Europe, l'énorme importance de l'institut Ricci, et désormais d'Isabelle Rochat de la Vallée. Ils ont beaucoup apporté et ils ont beaucoup influencé la France... Pour nous, cela a été une chance énorme parce qu'ils ont mis les Classiques à notre portée ; sans eux, on n'aurait rien pu savoir des Classiques.

(I-31)

Le style de l'acupuncture enseignée au Centro studi So-wen est encore aujourd'hui fortement inspiré de l'approche traditionaliste venant de France. Qu'on considère la définition de la « Médecine Traditionnelle Chinoise » donnée par le docteur Cantoni en préface à son ouvrage en 1982 :

¹ Aujourd'hui appelé aussi Centro Studi So-wen ou école So-wen.

² Aussi Cf. : l'Editorial du docteur Kespi après la mort violente du docteur Yvonne Mollard-Brusini en 2006. Kespi J.-M., « Éditorial », *Revue française d'Acupuncture*, janvier – mars, 2006, p. 4-5.

La médecine traditionnelle chinoise est une médecine *totale, dialectique, énergétique*.

Elle est totale parce qu'elle considère le microcosme-homme comme une partie intégrante du macrocosme-univers et comme son image spéculaire. [...] Elle est totale, entre autre, parce que elle voit l'homme comme macrocosme à son tour constitué d'organes et fonction, microcosme entre eux indivisibles. [...] Il suffi de penser à l'extraordinaire et de plus en plus exorbitante attention donnée aujourd'hui aux innombrables sectorisations fonctionnelles du corps humain. Cette sectorisation a conduit à voire des détails, parfois extrêmement fins, de la physiologie et pathologie en perdant de vue le malade dans da globalité. À ce propos ça vaut la peine de rappeler qu'en médecine chinoise n'existe aucune contraposition ou distinction entre psyché et soma, mais uniquement leur continuelle et mutuelle interdépendance ; [...]

En outre la médecine traditionnelle chinoise est aussi *dialectique*. Elle se fonde sur le concept de bipolarité et de la continuelle et interactive alternance des opposés, introduisant dans chaque phénoménologie la notion de relativité permanente obligatoire.

Enfin la médecine traditionnelle chinoise est une médecine *énergétique*. Sa doctrine, en effet, naît et se développe à partir d'une vision des phénomènes vitaux qui est futuriste pour l'époque dans laquelle elle a été conçue et encore aujourd'hui elle est révolutionnaire : l'« unicité conceptuelle » entre énergie et matière.¹

Cette idée de médecine « *totale, dialectique et énergétique* » résume bien l'imaginaire que les médecins acupuncteurs (du moins les médecins acupuncteurs italiens) ont créé et qu'ils vont par la suite transmettre dans leur enseignement aux médecins étudiants de l'école So-wen. Les affirmations du docteur Cantoni sont aussi fort intéressantes à l'égard de la médecine occidentale qui sectorise le corps humain en particules de plus en plus infinitésimales au détriment d'une vision globale, ou totale, de l'homme. Le point de vue du docteur Cantoni est plus actuel que jamais et il réapparaît à plusieurs reprises à travers les interviews et les questionnaires que nous avons distribués aux médecins acupuncteurs.

Le docteur Cantoni signale aussi l'importance de revenir aux textes anciens et insiste sur la difficulté d'en produire une traduction correcte. L'approche et la conception traditionnelles de l'acupuncture enseignée et pratiquée au Centro Studi So-wen sont

¹ Cantoni T., « Prefazione importante », in *Anche i cinesi morivano, però...*, Milan, Jaca Book, 1982, p. 16-17.

exprimées de manière récurrente dans nos entretiens avec les médecins acupuncteurs appartenant à cette école.

...Nous avons une étude qui est basée sur la tradition. Étude basée sur la tradition signifie que l'acupuncture puise ses racines dans le taoïsme. Nous n'avons pas un discours religieux ou ésotérique, mais de toutes façons nous travaillons sur ce qui vient de ces textes, qui ont 1500 ou 2000 ans. [...] Selon notre méthode d'enseignement, il faut partir de là pour chercher à comprendre quels sont les mouvements des astres, quelles sont les énergies du ciel et de la terre. Pour les Chinois, l'homme fonctionne selon les mêmes lois que l'univers qui l'entoure. [...] Ce qu'il y a de beau dans ces thérapeutiques [celles venant de la médecine chinoise] est leur approche, qui est définie comme holistique. Cela veut dire que la personne qu'on a devant soi et qui a un problème d'estomac, je ne la soignerai pas comme celle qui lui est à côté et qui, elle aussi, a un problème d'estomac. Ce sont deux mondes différents qu'il faut investiguer et connaître. C'est ça qui est intéressant dans cette approche. De plus, l'approche traditionnelle de l'acupuncture que je trouve très importante fait que l'acupuncture devient un parcours de vie, elle devient une *pratique* et non une thérapie... nous avons plein d'anesthésistes qui l'utilisent comme une thérapie de la douleur, mais c'est comme prendre la pointe d'un iceberg et sacrifier tout le reste qui, à mon avis, est la partie la plus importante...

(I-41)

Je dirais qu'en gros nous pouvons diviser les méthodes d'utilisation de l'acupuncture en Europe en trois branches. La première est une approche proprement réflexothérapeutique. Les points utilisés pour traiter la pathologie sont plus ou moins les mêmes, mais le principe qui est à la base de la réflexothérapie est que l'aiguille provoque des variations neurologiques, neuro-électriques, au niveau des modulateurs ou endocrinologistes. Cette approche est très occidentalisée et un peu mécaniciste. Les deux autres branches sont beaucoup plus traditionalistes. L'une est celle qui vient de l'école française du grand maître Nguyen Van Nghi, vietnamien, malheureusement disparu il y a quelques années. Avec tous ses élèves ou ex-élèves, les docteurs Mussat, Darras, Serres, etc. Cette école se basait sur la tradition plus ancienne, sur les lois des cinq mouvements, sur l'ancien texte du *Neijing Suwen* et elle garde une orientation extrêmement traditionnelle et taoïste des origines.

Ensuite, il y a une autre branche qui se réfère à une théorie très similaire à cette dernière, sans différences fondamentales, mais fondée sur la théorie des *Zang fu*, c'est-à-dire la théorie des organes et des viscères. Ce courant s'inspire plus de l'acupuncture

anglaise et allemande. La théorie des *Zang fu* est très proche de celle des cinq mouvements, mais se fonde plus sur l'observation des mouvements des méridiens qui sont toujours les mêmes, mais qui sont considérés en relation aux organes ou aux viscères dont ils dérivent. Donc, à notre avis, cette théorie aussi est un peu apprivoisée, un peu plus occidentalisée, un peu plus mécaniciste.

La plus créative de toutes, la plus symbolique et, à mon avis qui en fait partie, la plus efficace, est celle dérivée de l'acupuncture française.

(I-28)

Cette acupuncture respectant la tradition vient donc, pour ces médecins, de l'acupuncture française et du docteur Nguyen Van Nghi. Dans le dernier entretien cité, trois branches -ou trois styles- sont distingués qui caractérisent l'acupuncture italienne. Le dernier, faisant référence à la théorie des *zang fu*, apparaît pour la première fois, se rattachant à une acupuncture peu pratiquée en France. Nous verrons plus loin comment se fait dans certaines écoles italiennes le passage de l'acupuncture « traditionaliste » venant de France à une acupuncture et à une médecine chinoise venant d'Angleterre et de Chine.

Enfin, souvenons-nous du lien de l'école So-wen avec la Società Italiana di Agopuntura (SIA). C'est à travers la SIA italienne et ses relations avec la Société Internationale d'Acupuncture que l'enseignement de l'école So-wen est validé au niveau international. Jusqu'à la disparition de la Société Internationale d'Acupuncture, à la fin des années 1990, les élèves du Centro Studi So-wen présentent leur mémoire avec un résumé en français - certains d'entre eux écrivent leur travail entièrement en français pour terminer leur cursus ou encore proposent les deux versions du même texte, en français et en italien¹. Au moment de la remise des diplômes, le président de la Société Internationale d'Acupuncture est toujours présent ; il s'agit du docteur Jean Schatz jusqu'en 1984, puis du docteur George Serres. Le diplôme remis par l'école So-wen est l'équivalence du diplôme français de la Société Internationale d'Acupuncture.

3.a. L'enseignement

Le cursus d'étude du Centro studi So-wen débute avec deux années de formation se fondant sur l'enseignement de l'Institut d'Acupuncture de France (l'école de l'AFA). Quelques années après la naissance de l'école, le cursus passe à trois ans, pour changer encore, en

¹ Nous l'avons vérifié en ayant pu avoir accès à l'ensemble des titres des mémoires de fin de diplôme des élèves de l'école So-wen dès sa naissance jusqu'à l'année 2002, voir annexe n° 9.

1989, et passer à quatre ans de formation. À l'heure actuelle, les étudiants reçoivent leur diplôme de médecin acupuncteur après 520 heures d'enseignement minimum.

Les enseignements sont donnés au siège de l'école. Les locaux du Centro studi So-wen ont été plus ou moins vastes au gré des adresses du siège¹. Actuellement, l'école est logée dans un espace ample (850 m²) au sud-ouest de Milan. L'école dispose d'une salle de réception, de quatre salles de classe susceptibles d'accueillir un total de 160 personnes, de onze cabinets pour les consultations, d'une bibliothèque et d'une salle Internet à la disposition des élèves.

Les cours théoriques se déroulent habituellement les week-ends, à raison de six ou huit week-ends par an, tandis que les cours pratiques sont dispensés deux ou trois demies journées par semaine. Ces derniers ont lieu pendant les consultations aux dispensaires [*ambulatorio*] de l'école. Les élèves doivent avoir assisté à un minimum de 30 heures par année de formation. Au siège de l'école, en effet, les médecins enseignants ont des consultations auxquelles les médecins acupuncteurs en formation assistent en posant des questions, en prenant les pouls, en formulant des hypothèses de diagnostic et parfois en piquant eux-mêmes les patients². Les cours pratiques sont un moment très important dans le parcours de formation du médecin acupuncteur, et le Centro studi So-wen est une des premières écoles d'Italie à avoir offert à ses élèves³ cette opportunité.

Les quatre années d'enseignement sont aujourd'hui organisées de la façon suivante : le fonctionnement général et les concepts fondamentaux de la médecine chinoise sont présentés aux médecins en formation la première année.

Tous les élèves te disent que pendant la première année, dans la quelle on enseigne essentiellement la philosophie et la pensée de base chinoises, ils les trouvent incompréhensibles, donc ils sont choqués, oui, choqués mais très intéressés.

(I-31)

Une introduction à la pharmacopée chinoise est faite ainsi qu'une confrontation entre la médecine chinoise et la médecine occidentale.

Dans la deuxième et la troisième année, on entre dans le détail du fonctionnement du système médical chinois, de la physiologie, de la nosologie et du diagnostic. Sont

¹ L'école So-wen a eu plusieurs adresses à Milan : viale Regian Giovanna, via Andrea Doria, via Soperga et enfin, depuis 2001, elle se trouve via Legioni Romane.

² Ces patients payent un tarif réduit par rapport à la moyenne des consultations d'acupuncture.

³ Depuis les années 1990, toutes les écoles membres de la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura doivent garantir des cours pratiques dans leur formation.

exposés en détail aussi bien les méridiens principaux et leurs points que les méridiens secondaires.

Les cours pratiques des deux premières années sont axés sur la séméiotique chinoise, le diagnostic et le choix, le repérage des points et la pose des aiguilles.

La quatrième année sont présentés les aspects déontologiques et médico-légaux de la pratique de l'acupuncture. Cette dernière année propose surtout une présentation de la clinique en médecine chinoise, confrontée aux catégories occidentales. Le programme de la dernière année, en effet, peut comporter des différences selon les enseignants qui dispensent les cours fournissant les éléments de la clinique tirés de leur expérience personnelle confrontée à la littérature en la matière. Les cours pratiques portent sur les cas cliniques, l'examen du patient, la rédaction des dossiers médicaux, le diagnostic et la thérapie. Des groupes de discussion sont organisés par les tuteurs et les élèves qui terminent leur formation.

À la fin de chaque année, les étudiants doivent passer un examen écrit. La dernière année, avant de présenter leur mémoire de fin de cursus, ils doivent passer une épreuve pratique consistant dans l'examen d'un patient, la compilation d'un dossier clinique et l'esquisse d'une thérapie.

Depuis le début de l'enseignement du CSSA, dans les années 1970, le cursus de formation pour les médecins acupuncteurs se termine par la présentation d'un mémoire. Plusieurs années durant, entre 1976 et le début des années 1980, ce travail s'est résumé à une dissertation d'une dizaine de pages autour d'une étude de cas. Mais, petit à petit, les mémoires ont gagné en volume et en sérieux pour devenir, dans certains cas, des travaux dignes d'intérêt clinique, historique ou de recherche pour les médecins acupuncteurs (certains mémoires atteignent 120 pages, avec une bibliographie détaillée, parfois des illustrations).¹

Actuellement, l'enseignement de l'école So-wen est conforme au règlement et aux programmes pédagogiques définis par la FISA ; il est aussi conforme aux recommandations en matière de formation avancées par l'Union Européenne, l'OMS, et les National Institutes of Health des Etats-Unis².

¹ Nous avons eu accès à l'ensemble des mémoires de fin de diplôme des élèves de l'école So-wen. Nous les avons répertoriés et ils nous ont servi à constituer une base de données à partir de laquelle nous avons procédé à une analyse des co-occurrences des mots clé utilisés dans les titres et de leur évolution par périodes. Cf. : Annexe n° 1.

² Cf. : Site de l'école So-wen: <http://www.sowen.it/>

Il faut aussi savoir qu'à l'intérieur de cette école, dès la fin des années 1970 et pendant quelques années, l'enseignement de l'acupuncture a été accompagné de cours d'homéopathie, sous la direction du docteur Dujany¹. Les cours d'homéopathie s'arrêtent dans les années 1980, et le Centro studi So-wen devient une école offrant uniquement une formation de médecine chinoise. De fait, les premiers cours de phytothérapie chinoise commencent dès les années 1980. Plus exactement, c'est en 1985 qu'un groupe de médecins, enseignants de l'école, organise un voyage en Chine au cours duquel ils font la connaissance d'un médecin chinois, le docteur Sun Jie², qui sera par la suite invité en Italie pour donner des cours de phytothérapie chinoise. C'est ainsi que l'enseignement de la pharmacopée chinoise se développe par la volonté de quelques jeunes médecins formés à l'acupuncture à l'école So-wen et convaincus de la nécessité de compléter le traitement avec les aiguilles par l'utilisation des plantes chinoises. Un de ces médecins raconte :

En même temps [que les cours donnés par le docteur Sun Jie venant de Chine], j'étais déjà allé en Belgique écouter quelqu'un de Hong-Kong. Il parlait en chinois et il était traduit en français. J'avais commencé à m'intéresser à la phytothérapie, à travers les découvertes que j'avais faites sur les saveurs, et je commençais à comprendre que l'acupuncture fonctionnait, oui, mais il y avait des situations où elle n'était pas suffisante.

C'est donc à ce moment qu'il y a eu le saut de qualité, c'est-à-dire le passage de l'acupuncture à la médecine traditionnelle...

(I-41)

Il existe depuis lors des cours de phytothérapie chinoise au Centro studi So-wen, et des aperçus sur la thérapie par les herbes sont toujours donnés dans la formation à l'acupuncture. Comme le dit le médecin interviewé, on assiste en Italie au passage de la pratique de l'acupuncture comme seul moyen thérapeutique, à l'utilisation de toutes les ressources offertes par la médecine chinoise- la phytothérapie, le massage et la gymnastique. On peut dater ce moment d'ouverture à une conception plus large de la médecine chinoise aux alentours de 1985, à l'école So-wen de Milan, comme dans d'autres

¹ Puisque le docteur Ruggero Dujany était en relation avec le Groupe Hahnemanien de Lyon qui faisait partie du GLEM, donc son travail était plus axé sur l'homéopathie que sur l'acupuncture. Cf. : Chapitre III, note 1, p. 324.

² C'était une victime de la révolution culturelle, une femme avec une force incroyable. Elle avait été mise en prison, en isolement pour six ans. Son fils avait été confié à ses parents, elle a été libérée à un moment donné, mais elle n'a jamais su pourquoi elle avait été emprisonnée, probablement parce qu'elle parlait le japonais. (I-41)

groupes de médecins acupuncteurs d'autres villes et régions d'Italie. Néanmoins seules l'acupuncture et la phytothérapie chinoise sont aujourd'hui enseignées à l'école So-wen.

Il faut aussi savoir qu'à l'heure actuelle un des enseignants et responsables du Centro di studio So-wen est aussi un des principaux actionnaires de l'école et d'une des deux maisons pharmaceutiques de phytothérapie chinoise, la Lao Dan. D'où l'intérêt à encourager l'utilisation de la thérapeutique chinoise et à former des médecins acupuncteurs qui utilisent aussi les remèdes venant de la pharmacopée chinoise.

Enfin, dès la naissance de l'école et aujourd'hui encore, les principaux membres de l'Institut Ricci et de l'Ecole Européenne d'Acupuncture de Paris, le Père Claude Larre et Elisabeth Rochat de la Vallée, tiennent une fois par an à l'école So-wen un séminaire d'un week-end ouvert à tous ses élèves.

Le Centro studi So-wen n'est pas la première école d'acupuncture italienne, mais la deuxième dans le temps ; ceci dit, c'est certainement le premier centre d'enseignement à avoir constamment fonctionné depuis sa naissance et toujours avec un nombre important d'élèves. Pour mieux saisir l'importance de l'école So-wen relativement à l'enseignement et à la formation des médecins acupuncteurs en Italie, nous avons répertorié les données correspondant au nombre de médecins inscrits aux cours d'acupuncture de 1980 jusqu'à 2005¹. On constate une croissance importante du nombre des inscriptions entre 1980 et 1986, avec 279 inscrits en 1984. Ce sont les années où l'acupuncture commence à se diffuser en Italie alors que les écoles qui offrent une formation sont encore très rares. Ceci explique que l'école So-wen soit fréquentée par des médecins venant de toute l'Italie. C'est alors qu'elle affirme son prestige ; sa renommée se consolidera dans les années à venir. On remarque en revanche une baisse d'affluence à partir de 1987. De fait, l'offre de formation est sûrement plus importante en Italie à partir de la fin des années 1980 puisque de nombreuses écoles naissent dans les années 1980. Malgré cela, le Centro di studio So-wen ne perdra jamais son importance, les inscriptions remontent progressivement, pour atteindre 222 élèves inscrits l'année 1995-1996². À la fin des années 1990, plus exactement en 1998 et 1999, l'école So-wen change radicalement ses dirigeants. Le corps enseignant est renouvelé pour s'organiser autour des médecins qui la dirigent encore aujourd'hui. Le

¹ Les chiffres sont reportés au Chapitre IV, p. 413-414.

² Les données qui se réfèrent aux années scolaires 1996-97 et 1997-98 ne sont probablement pas fiables. Nous avons recueilli ces données en comptant nous-mêmes les bulletins d'inscription année par année. L'organisation de l'école pendant ces années scolaire étant un peu déficiente, il se peut que les bulletins d'inscription d'élèves des deux années aient été partiellement confondus au moment de leur classement, ce qui justifierait un nombre extrêmement important d'inscrits à la deuxième année de formation en 1996-97 et très peu d'inscrits en 1997-98.

passage de la première configuration de la gestion de l'école à la présente entraîne, probablement, à cause d'une organisation moins attentive des cours une baisse des inscriptions. Enfin, depuis 2000, sous la gestion des nouveaux responsables, on constate de nouveaux un nombre élevé d'inscriptions au Centro studi So-wen.

Témoins du bon fonctionnement de l'école ainsi que de l'affluence de médecins acupuncteurs (les données du tableau n° 8, p. 414, se réfèrent uniquement à l'école So-wen de Milan), les dernières années ont vu la création de nouveaux sièges dans cinq villes d'Italie. Toujours rattachés à l'institution mère de Milan, les sièges de l'école So-wen ont une certaine indépendance dans l'organisation des cours. Néanmoins, les programmes sont les mêmes, les enseignants peuvent donner des cours dans chaque siège et les étudiants peuvent poursuivre leur formation en passant librement d'un siège à l'autre. En 1999-2000 ont été ouverts les écoles de Naples et de Modène, en 2001-2002 le siège de l'Aquila, en 2003-2004 l'école de Palerme en coopération avec la Scuola di Agopuntura Tradizionale della città di Firenze dirigée par le docteur Cracolici, et enfin, en 2006-2007, l'école de Rome.

3.b. L'école So-wen et ses relations avec la Società Italiana di Agopuntura

À partir des années 1990, les activités de l'école So-wen et de la SIA se rapprochent de plus en plus au point de se superposer. Nous l'avons vu à propos de l'activité de la SIA et plusieurs démarches en témoignent : de la même manière que le docteur Terenzio Cantoni, président de la SIA en 1988 - à l'exception du docteur Morandotti¹ - les autres présidents de la Società Italiana di Agopuntura seront aussi des membres actifs ou des enseignants de l'école So-wen, et de même pour ce qui est des membres du conseil de direction de la SIA. À cette superposition des directions de la SIA et de la So-wen s'ajoute une situation de grande tension entre plusieurs membres de ces deux sociétés. Les frictions entre les enseignants de la So-wen sont telles qu'un groupe important de médecins part former une autre école, dont nous parlerons plus loin. D'autres enseignants de l'école So-wen et membres dirigeants de la SIA s'associent à des écoles déjà existantes et établissent des relations avec des institutions académiques et internationales. Nous avons vu aussi qu'en 1994 la SIA s'engage à adopter le programme proposé par l'école So-wen². À la fin des

¹ Le docteur Morandotti vient de Rome mais il se forme à l'acupuncture et à la photothérapie chinoise à l'école So-wen.

² Cf. « Notiziario », *Rivista italiana di Agopuntura*, n° 81, septembre – décembre 1994, p. 5-8.

années 1990 et à l'issue de tous ces mouvements, dissensions et ruptures, l'école So-wen et la SIA restent entre les mains d'un nombre réduit de médecins qui à la fois proposent un enseignement, défendent les droits des médecins acupuncteurs et s'occupent de la mise en place des projets de recherche¹. De fait, leurs programmes se mêlent et se confondent alors même que ces deux institutions gardent leur indépendance formelle.

L'école So-wen institue en 2001 une convention avec le service Maladies Infectieuses de l'Hôpital Luigi Sacco de Milan². Cette convention sanctionnée en janvier 2001 par une délibération engage l'école So-wen à :

Fournir le personnel sanitaire [médecins acupuncteurs] hautement qualifié pour des prestations d'acupuncture au siège central de l'Hôpital et dans les quatre polycliniques [poliambulatori] actives de la région milanaise métropolitaine.³

Cette initiative constitue une des premières interventions d'institutions privées enseignant et pratiquant l'acupuncture dans une structure publique qui soit formellement reconnues par la Direction d'un hôpital. La collaboration entre la So-wen et l'Hôpital Luigi Sacco de Milan date en fait de quelques années auparavant, comme nous le montrerons plus loin.

Mais le Centro studi So-wen ne limite pas son activité à cette collaboration. Il a mis en place plusieurs protocoles de recherche avec des hôpitaux : l'Azienda Ospedaliera San Paolo de Milan, le Policlinico de Monza, l'Hôpital San Paolo et l'Hôpital Lorenzo Crispi de Naples, l'Hôpital San Salvatore di Coppito de l'Aquila.

De plus, le Centro Studi So-wen et la Società Italiana di Agopuntura ont participé en 1999 au projet mis en place par le département de la Santé de la Région Lombardie visant à recenser les pratiques de soin non conventionnelles sur le territoire de la région⁴. Pour ce projet, l'école So-wen et la SIA ont présenté deux études sur l'utilisation de l'acupuncture, dans un premier cas dans la thérapie de la dysménorrhée à l'Hôpital San Paolo de Milan⁵ et dans un deuxième cas dans le traitement de la cervicalgie à l'Hôpital

¹ En 1997, le docteur Mollare-Brusini vend ses actions de l'école So-wen pour se retirer. À partir de ce moment, l'école So-wen est dirigée par ceux des médecins qui la dirigent encore aujourd'hui.

² Nous verrons dans les détails comment naît cette convention entre une école privée et une structure publique. Cf. : Chapitre VI, p. 539-570.

³ Délibération n° 102 du 26.01.2001. Notre traduction.

⁴ Cf. : DGR n° 48041 du 04.02.2000. Cf. : Chapitre VI, p. 539-570.

⁵ Cf. : Lomuscio A., Gatto R., Maiola M., Mezzopane R., Bresciani S, « La terapia con agopuntura tradizionale cinese nella dismenorrea », Actes du colloque *Ricerche di medicina complementare in Lombardia*, Milan, Altgamma, mai 2004, p. 64-68.

Luigi Sacco de Milan¹. A la suite de quoi, le Centro studi So-wen toujours avec le concours de la SIA, a répondu à un deuxième appel d'offre lancé par la Région Lombardie en 2003². Deux projets ont été présentés en collaboration avec l'Hôpital Luigi Sacco : un premier sur le traitement de l'anxiété toujours avec l'acupuncture chinoise et un deuxième sur celui du syndrome fibromyalgique avec l'acupuncture chinoise. Le Centro Studi So-wen et la SIA ont présenté aussi, en collaboration avec l'Hôpital Umberto 1^{er} de Bellano, un projet sur l'acupuncture comme *add-therapy* dans la réhabilitation des accidents vasculaires cérébraux, Azienda Ospedaliera hôpital de Lecco et en collaboration avec l'Hôpital San Paolo un projet sur l'utilisation de l'acupuncture chinoise pour l'insomnie³.

Enfin, ces collaborations avec des institutions publiques ont conduit le Centro studi So-wen (par l'intermédiaire de certains de ses représentants) à participer aux travaux de la XII^e Commission de la Chambre des Députés, chargée de la rédaction du Projet de loi sur les médecines non conventionnelles soutenu par le député Lucchese⁴. De plus, le Centro studi So-wen, a fait partie des groupes de travail sur les médecines non conventionnelles institués par la F.N.M.C.eO. et par plusieurs Ordres des médecins provinciaux (Rome, Milan, Modène, Pavie et l'Aquila) il a également participé aux comités d'évaluation technique et scientifique institués par la Région Lombardie suite aux appels d'offres précédemment mentionnés. Si l'on observe la nature de ces dernières positions acquises par le Centre studi So-wen dans des institutions décisionnelles (la Chambre des députés, la F.N.M.C.eO. et les Ordres des Médecins provinciaux) nous pouvons bien comprendre la nature de la superposition des programmes et des fonctions entre le Centro studi So-wen et la SIA italienne.

¹ Cf. : Zampini L., Porta A., Montani M., Gatto R., Reschini G., « Studio prospettico randomizzato sul trattamento della cervicalgia con terapia farmacologia versus agopuntura », Actes du colloque *Ricerche di medicina complementare in Lombardia*, Milan, Altagamma, mai 2004, p. 128-132.

² DGR n° VII/13235 du 09.06.2003.

³ Cf. : Site de l'école So-wen: <http://www.sowen.it/>

⁴ Concernant les projets de loi sur les médecines non conventionnelles, Cf. : Chapitre VI, p. 539-570.

4. L'école MediCina

4.a. Et Londres remplace Paris

Nous avons vu comment, autour de 1995, la configuration de l'organisation interne du Centro studi So-wen, de ses enseignants et de ses médecins dirigeants changeait. Plusieurs médecins participant à ses activités s'éloignent de l'école qui les avait formés pour se consacrer à leur pratique de médecin et à une étude personnelle de l'acupuncture. Certains d'entre eux, pendant les quelques années de leur collaboration comme enseignants¹, commencent à s'intéresser à la phytothérapie chinoise, pour former, comme nous le verrons, une école de phytothérapie chinoise indépendante de l'école So-wen.

À la fin des années 1970, l'acupuncture était encore très peu pratiquée en Italie et, surtout, les informations et les connaissances liées à cette technique venaient uniquement de France.

L'intérêt porté à la pharmacopée par ces médecins acupuncteurs a deux explications : la première d'ordre pratique, liée d'abord à la nécessité d'avoir de nouveaux instruments dans le travail avec les patients ; la deuxième est liée aux fondements théoriques de la médecine chinoise.²

Ces médecins choisissent une forme de pratique « autre » de la médecine conventionnelle, pour se rapprocher d'une modalité de soin qui s'éloigne de la pratique biomédicale. La conception du corps humain, le processus de diagnostic, l'étiologie, la nosologie et aussi la thérapeutique employée par eux sont très différents de ceux de la

¹ Les docteurs Graziella Rotolo et Caterina Martucci, par exemple, ne faisaient pas partie du corps d'enseignants fixes de l'école So-wen, mais elles donnaient souvent des séminaires ou des cours pour lesquels elles étaient appelées.

² Dans le cas que nous allons étudier, la problématique de la relation entre les deux systèmes médicaux (la biomédecine et la médecine chinoise) apparaît sous plusieurs angles : sa qualification épistémologique (incommensurabilité des deux modèles) (Cf. : Colombo E., Rebughini P., *La medicina che cambia, Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologne, Il Mulino, 2003 ; *La medicina contesa*, Rome, Carocci, 2006; Kaptchuk T. J., *The Web that has no Weaver. Understanding Chinese Medicine*, New York, McGraw Hill, 2000) et son orientation à l'égard de la médecine conventionnelle (Cf. : Saks M., *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, Londres, Sage, 2002), la position des médecins acupuncteurs vis-à-vis de la dualité de systèmes (Cf. : Frank R., Stollberg G., « German medical Doctors' motives for practising homeopathy, acupuncture or Ayurveda », in *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical ? Alternative and Traditional Medicine*, Johannessen H. et Lazar I. (ed.), New York et Oxford, Berghahn Books, 2006, chap. 5, p. 125-157), la définition et la « construction » d'un modèle théorique (Cf. : Eckman P., *In the footsteps of the yellow emperor : Tracing the history of the traditional acupuncture*, San Francisco, Cypress Book Company, 1996).

médecine conventionnelle¹. C'est le regard des médecins vis-à-vis du patient qui change - nous verrons plus loin dans le détail comment se structure cette relation. Plus : ce qui est ici principalement mis en cause, c'est la dimension purement technique du processus de soin. Les médecins acupuncteurs - et en particulier ceux dont nous sommes en train de parler - se tournent vers l'acupuncture et abandonnent une médecine « agressive », une médecine aux importants effets iatrogènes comme l'est la médecine conventionnelle pratiquée aussi bien dans les structures publiques que dans le privé. L'intérêt de l'acupuncture réside, selon ces médecins, dans sa dimension « artisanale » et « simple », qui exclut le processus de prise de médicaments aux effets obscurs et dangereux. Planter des aiguilles dans le corps du patient n'entraîne pas les dommages incontrôlables que la prise des médicaments peut provoquer, la personne trouve en elle-même la force pour réagir à la maladie et la stimulation avec les aiguilles la supporte et la soutient dans son chemin de guérison. Or, comme nous dit le docteur Graziella Rotolo :

L'idée de mettre des aiguilles et de ne pas faire de dommages [avec la pharmacopée conventionnelle] nous plaît beaucoup. Mais après on se rend compte qu'on arrive à faire certaines choses, et d'autres non. C'est pour cela qu'une partie des acupuncteurs - entre autres de la So-wen [nous avons vu qu'à l'école So-wen l'homéopathie est aussi enseignée pendant quelques années] - utilisent l'homéopathie avec l'idée que l'une étant énergétique aussi bien que l'autre, elles pouvaient s'accorder.

Les limites de l'efficacité de l'acupuncture apparaissent ainsi à ces médecins acupuncteurs qui, restant convaincus de l'importance de cette approche thérapeutique, envisagent d'amplifier et d'enrichir leurs moyens d'action.

L'option choisie par de nombreux acupuncteurs français mais aussi italiens est d'intégrer leur travail par les aiguilles à un support pharmaceutique non conventionnel, l'homéopathie, susceptible d'éviter aux patients tout effet iatrogène². La perplexité quant à l'utilisation de l'acupuncture associée à l'homéopathie exprimée lors de nos entretiens par certains médecins acupuncteurs tient au fait que la médecine chinoise est une médecine allopathique comme la médecine galénique, et pour cela théoriquement et pratiquement plus proche de la biomédecine que des principes homéopathiques. D'un point de vue

¹ Nous verrons plus loin comment se structure une séance d'acupuncture ainsi qu'un exemple de stratégie de soin mise en place par un médecin acupuncteur. Cf. : Chapitre VI, p. 572-602.

² Cf. : Triadou P. et autres, « L'acupuncture ne France aujourd'hui (III). Médicaments et acupuncture », *Acupuncture et Moxibustion*, vol. 4, n° 3, juillet - septembre 2005, p. 171-180.

cognitif, l'utilisation des remèdes homéopathiques comme médicaments pour compléter la thérapeutique par acupuncture est dès lors incohérente pour eux (sans parler de la difficulté à suivre une troisième formation en plus de la formation biomédicale et de la formation à la médecine chinoise).

Je sortais déjà d'une période de schizophrénie avec la moitié de ma tête qui résonnait à l'occidentale et l'autre moitié selon l'acupuncture, je n'avais aucune envie de continuer sur cette voie et avoir recours à l'homéopathie qui aurait été encore une fois un choix schizophrénique...

(I-41)

Ce constat portera, finalement, ces médecins à s'occuper de phytothérapie chinoise et à voir comment il est possible d'étendre la connaissance de la théorie médicale chinoise au-delà de l'héritage venant de France.

Comme nous le rappellent à plusieurs reprises les médecins acupuncteurs italiens et tout particulièrement ceux dont nous nous occupons à présent, l'acupuncture pratiquée en Italie est « fille » de l'acupuncture française. L'histoire jusqu'ici tracée en témoigne.

À ce moment-là [au début des années 1980], l'Italie était totalement assujettie à la France pour ce qui est de l'acupuncture et elle a continué de l'être pour un certain temps ...

(I-41)

L'acupuncture pratiquée en Italie a jusqu'alors utilisé les textes, l'enseignement et la terminologie venant de France. En témoignent de manière exemplaire les abréviations désignant les méridiens et les points qui en Italie, jusqu'à la moitié des années 1980, sont les mêmes qu'en France¹.

L'engagement croissant de ces médecins italiens dans la pratique de l'acupuncture se définit aussi par une prise de conscience du caractère limité du corpus théorique à leur disposition, et ils éprouvent le besoin d'aller au-delà de ce qui leur avait été enseigné par les médecins acupuncteurs français. Certains d'entre eux se tournent ainsi vers d'autres sources d'information et d'autres écoles.

¹ Chaque point d'acupuncture est numéroté et nommé. Les abréviations qui désignent les méridiens viennent normalement de la première lettre du nom. La numérotation progressive des points suit la direction d'écoulement du *qi* dans le méridien. Par exemple, les points du méridien du foie s'appelleront : F1, F2, F3, etc.

Les praticiens¹ anglophones sont les premiers à attirer l'attention de ces quelques médecins italiens intéressés par la phytothérapie. Les premiers contacts se font en Angleterre, où les médecins italiens se rendent pour suivre des séminaires souvent tenus par des praticiens anglais aussi bien qu'américains.

C'est ainsi que deux médecins, les docteurs Graziella Rotolo et Caterina Martucci, se rendent à Londres à la moitié des années 1980 pour une formation à la phytothérapie chinoise proposée par Ted Kaptchuk, assisté de Giovanni Maciocia. À partir de cette première expérience se tissent des liens entre praticiens anglais et médecins acupuncteurs italiens qui se confrontent à d'autres approches de la médecine chinoise que celles transmises par l'école So-wen et la littérature médicale venant de France. La rencontre avec la médecine chinoise pratiquée par les anglophones apporte à la théorie médicale une différence qualifiée de fondamentale par les praticiens italiens. Si l'organisation théorique du savoir médical chinois formulée par les médecins français se fondait sur les cinq agents², celle conçue par les praticiens anglais ou américains donne une bien plus large portée à la physiopathologie chinoise. Les fonctions et les relations entre les *zang fu* (organes et viscères) prennent une importance nettement plus grande comparée à la théorie médicale jusqu'alors connue, utilisée et enseignée par les médecins acupuncteurs italiens³.

Ceci [d'avoir eu l'exigence de compléter les moyens thérapeutiques dans le cadre de la médecine chinoise] a signifié d'une part me rapprocher de la phytothérapie chinoise et, d'autre part, joindre aussi la théorie des *zang fu* et toute une façon de penser qui est la prémisse théorique pour utiliser la phytothérapie. J'ai donc commencé à m'intéresser aux *zang fu* et, malheureusement, à accepter l'idée de la langue anglaise...

(I-41)

Cette citation témoigne en quelques lignes du passage, dans la pratique d'un médecin acupuncteur italien, d'une médecine chinoise et d'une acupuncture d'importation

¹ Nous utilisons le terme « praticiens » pour les thérapeutes anglophones, aussi bien anglais qu'américains : le diplôme en médecine officielle n'étant pas obligatoire pour pratiquer l'acupuncture dans ces pays, ceux-ci sont très souvent uniquement thérapeutes en médecine chinoise et non médecins conventionnels.

² Nous l'avons vu précédemment : Cf. : Chapitre I, p. 70-82.

³ Ce qui dans la citation suivante est définie comme la « théorie des *zang fu* correspond, » dans la théorie médicale chinoise, à une répartition des viscères en deux grandes catégories, les *zang* et les *fu* les premiers représentants les organes de stockage et les deuxièmes les organes de transformation. Cette même vision est mise en relation avec la théorie des cinq mouvements dans une description cohérente de la physiologie humaine. Pour une définition plus approfondie des *zang fu* et de leur place dans l'ensemble de la vision médicale chinoise voir : Despeux C., Obringer F., *La maladie dans la Chine médiévale*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 27-60.

française (se référant à la tradition française) à un élargissement théorique venant d'autres sources, d'autres praticiens et aussi d'autres pays. Or, comme nous l'explique un des médecins interviewés, si cette nécessité de chercher ailleurs naît certainement d'un manque d'information sur la médecine chinoise en Italie et d'une envie d'émancipation par rapport à la France, elle vient surtout d'exigences concrètes :

Quand tu travailles, tu as envie que ta thérapie soit efficace, que tu puisses obtenir le plus de résultats possibles, et la théorie des cinq mouvements n'était pas suffisante ... Je devais trouver, je devais trouver autre chose...

(I-41)

Ce que nous observons, c'est l'ouverture de la part de quelques médecins acupuncteurs italiens à une autre approche théorique de la médecine chinoise qui devient complémentaire par rapport aux connaissances apprises par l'acupuncture française et ses enseignants. Nous voyons aussi l'intérêt de certains à se rapprocher d'une thérapie par la phytothérapie chinoise pour enrichir et compléter leurs moyens d'action.

Mais nous nous trouvons également face à un changement de paradigme de référence qui dépasse peut-être la seule médecine chinoise. Autour des années 1980, l'Italie s'ouvre à d'autres pays, à d'autres échanges culturels, et les liaisons privilégiées qu'elle entretenait avec la France sont au fur et à mesure remplacées par d'autres lieux de contact et de passage entre cultures. Le témoignage d'un médecin italien qui exprime, au début des années 1980, sa difficulté à abandonner la langue française pour passer à la langue anglaise dans la formation à la médecine chinoise sera suivie, quelques années plus tard, par une complète homologation du monde médical tournant autour de la médecine chinoise avec les standards internationaux. En quelques années la référence dans la communauté médicale des acupuncteurs (comme dans la communauté plus large des médecins) ne sera pas la France et la langue française, mais les États-Unis, l'Angleterre et donc la langue anglaise. Notre médecin, comme d'autres, se sentait plus proche de la France que de l'Angleterre, et nous avons déjà montré comment la proximité géographique et l'affinité entre la France et l'Italie avaient aidé l'insertion de l'acupuncture dans l'Italie du nord (à Turin d'abord, puis à Milan) mais, comme nous allons le voir, il s'adresse à d'autres auteurs et d'autres praticiens que ceux venant de France.

4.b. La découverte de la médecine chinoise venant de Chine

L'exigence d'une connaissance de plus en plus détaillée de la médecine chinoise, de ses fondements comme de sa pratique, amène ces médecins acupuncteurs italiens à se rapprocher des sources d'information et de connaissance plus « authentiques » que l'acupuncture française.

Mus par la curiosité et l'intérêt, ils ne se bornent pas aux seuls contacts avec les praticiens acupuncteurs anglais ou américains, et ils se tournent aussi vers la source première de ce savoir, notamment la Chine.

C'est ainsi que nous définirons dans notre recherche deux étapes du rapprochement par rapport à la médecine chinoise venant de Chine : une première étape plus intellectuelle, suivie d'une deuxième plus « sur le terrain ».

Comme nous l'avions vu pour les médecins français à la fin des années 1970, le biais pour se rapprocher du savoir théorique venant de Chine, c'est, sans aucun doute, une démarche spéculative qui amène ces médecins italiens aux tentatives de traduction des textes classiques de médecine chinoise. Les traductions qui circulaient en France à cette époque sont désormais perçues comme imprécises et très peu claires. C'est donc avec l'aide de quelques sinologues italiens qu'ils entreprennent la traduction et la lecture des ouvrages chinois. Le docteur Graziella Rotolo raconte :

... Nous avons commencé à collaborer avec Marco Mariani, qui est un très bon sinologue, mais qui ne connaissait rien de la médecine chinoise. Nous avons commencé à travailler avec lui parce que nous avons rencontré beaucoup de difficultés à accorder les raisonnements sur les saveurs avec la théorie des cinq mouvements. Donc, avec Marco nous avons commencé à regarder les passages des Classiques chinois qui traitaient des saveurs pour en savoir plus.

Notons dans cette citation deux éléments fondamentaux. Le premier, c'est la motivation pour laquelle les docteurs Caterina Martucci et Graziella Rotolo s'adressent à un sinologue. Le témoignage du docteur Rotolo confirme que c'est à cause de la prise de conscience d'un manque de connaissance, des lacunes dans la théorie médicale que les médecins italiens approfondissent leurs études d'une façon qu'alors, au cours des années 1970, on pourrait qualifier d'autodidacte. Le deuxième élément riche d'intérêt c'est le fait que le sinologue en question « ne connaissait rien de la médecine chinoise ». Le travail

entrepris par les médecins et Marco Mariani, autour des années 1970, semble un travail long et difficile :

...pour moi cela a été une véritable révélation [le fait de pouvoir lire directement les textes chinois], bien qu'il y avait la limite qu'il ne connaissait pas la médecine chinoise. Il a été très bien dans le travail fait avec nous, mais, après coup, s'il avait su quelque chose de la médecine chinoise, tout aurait été beaucoup plus facile et on aurait pu dépenser moins d'efforts.

(I-41)

Or, cette phase correspond dans le travail de ces médecins à la tentative et à la possibilité de se mettre en contact avec les informations et la matière médicale qui semblent encore inconnues, et qui petit à petit prennent une forme de plus en plus organisée, de plus en plus complète. Le travail mené de concert par ces médecins acupuncteurs et ce sinologue n'aboutit pas à une véritable publication. Il s'agit, de fait, d'un travail personnel, qui prendra forme plus tard quand les médecins acupuncteurs utiliseront les résultats de cette collaboration dans leur pratique et dans leurs publications.

La deuxième étape ne tarde pas à se manifester. Elle se concrétise dans la prise de contact direct avec la Chine. Ces contacts adviennent dans un contexte national et politique bien différent de celui que nous avons étudié pour l'histoire de l'acupuncture française. À la fin des années 1970, l'acupuncture vient juste de commencer à se diffuser en Italie, l'environnement de cette thérapeutique n'étant encore ni structuré, ni institutionnalisé. Tout est encore mobile et lié à l'initiative personnelle de chaque médecin. En même temps, c'est vraiment au début des années 1980 que la Chine ouvre ses portes à l'Occident, que les relations entre l'Europe et le monde chinois peuvent se mettre en place. Dans ce cadre, l'intérêt de la part de certains médecins italiens pour la médecine chinoise peut se porter directement sur la Chine, sans passer par le filtre d'une réélaboration effectuée en Occident.

C'est en effet au début des années 1980 que quelques médecins italiens se rendent en Chine pour apprendre la médecine chinoise. Nous pensons, en particulier, au docteur Alessandra Guli qui suit un parcours atypique par rapport à la plupart des médecins acupuncteurs italiens¹ et qui semble être véritablement une des premières à participer à une

¹ Le docteur Guli, de Rome, s'intéresse à la médecine chinoise, à l'acupuncture, avant même la fin de ses études de médecine. Elle prend contact avec l'Oriental College de Londres où elle étudie pendant deux ans.

formation en Chine. Comme elle nous le raconte, elle commence sa formation à l'acupuncture en Angleterre :

Je me suis rapprochée d'un type de médecine chinoise qui - bien qu'occidentale, étant une école importée en Occident – était peut-être, parmi les écoles européennes, la plus proche de la patrie chinoise. Je dois dire que j'ai eu la chance de me passer de tout le parcours de l'école française, qui a beaucoup marqué et influencé l'acupuncture en Europe¹.

(I-16)

Le docteur Alessandra Gulì est effectivement à cette époque un des rares médecins acupuncteurs italiens à avoir obtenu son diplôme de médecine chinoise en Angleterre plutôt que dans une école à orientation française. Le docteur Gulì est aussi proche des médecins acupuncteurs milanais, notamment des docteurs Rotolo et Martucci, qui quelques années plus tard (au début des années 1990) s'adressent à elle pour entrer en relation avec les institutions chinoises.

C'est ainsi qu'un pont entre l'acupuncture italienne et l'Université de médecine traditionnelle de Nankin est jeté et que, par la suite, des relations institutionnelles vont se tisser.

4.c. Les premières démarches pour la création de l'école MediCina

L'intérêt pour la pharmacologie chinoise pousse quelques médecins faisant partie de l'école So-wen à se démarquer de l'école qui les avait formés. Pendant quelques années, comme le docteur Rotolo nous le dit, elle-même et le docteur Martucci s'intéressent à la matière médicale chinoise, suivent des formations parallèlement à celle de l'école So-wen² orientée uniquement vers l'acupuncture. Autour des années 1980, quand certains médecins passent concrètement de la pratique de l'acupuncture à une approche plus large de la

En 1983, elle part pour la première fois en Chine, à l'Université de Nankin, où elle suit un des premiers cours d'acupuncture organisés par les Occidentaux en Chine. Ce voyage d'étude est voulu par Giovanni Maciocia. Plus tard, le docteur Gulì passera deux ans à Nankin pour approfondir sa connaissance de la langue et de la médecine chinoise ; elle retournera encore plusieurs fois en Chine.

¹ Notons ici que le docteur Gulì n'exprime pas un jugement de valeur sur l'acupuncture française, elle soutient que l'école française, celle de Nguyen Van Nghi notamment, «... a une approche très bonne pour ceux qui connaissent déjà les textes classiques de base de la médecine chinoise [...] Pour les débutants, j'ai l'impression que cela ne marche pas... ».

² Ces deux médecins suivent des cours de pharmacologie chinoise en France, en Belgique, en Angleterre et plus tard en Chine.

médecine chinoise, ces deux médecins proposent des séminaires de phytothérapie à l'école So-wen. Ceux-ci ne durent pas longtemps, les deux médecins n'étant pas soutenues par le Centro studi So-wen qui, comme nous l'avons vu, reste lié à l'acupuncture de provenance française. De plus, à la fin des années 1980, le comité d'organisation du Centro studi So-wen change. Dans la nouvelle organisation, les docteurs Rotolo et Martucci restent exclues de l'enseignement tout en conservant néanmoins, pour quelque temps, leurs relations avec les médecins enseignants de l'école So-wen.

À ce moment-là, nous avons décidé que, puisque nous tenions beaucoup à la pharmacologie, nous allions former un centre d'études qui s'occuperait uniquement de phytothérapie, et nous avons fondé Li Shizhen.

(I-41)

« Li Shizhen, Centro per lo studio della Medicina Cinese » est donc un lieu de formation à la phytothérapie chinoise qui ouvre son premier cursus à Milan en 1988.

L'initiative [...] a pour but de contribuer à l'étude théorique et à la pratique clinique de la Médecine Chinoise. Une attention particulière est portée à la phytothérapie, à la diététique, au *qigong* qui, avec l'acupuncture, constituent les outils thérapeutiques fondamentaux dans la tradition médicale chinoise.¹

Les médecins promoteurs du Centre Li Shizhen ont un propos bien clair : elles n'entrent pas en compétition avec le Centro studi So-wen, d'où elles viennent et auquel elles sont redevables de leur première formation, mais elles tiennent à offrir un enseignement complémentaire de celui de leur première école.

La première session compte quatorze inscrits. Ce cycle de deux ans a pour participants un groupe de médecins qui joueront un rôle important quelques années plus tard.

À son début, le Centre Li Shizhen n'est pas une véritable école, ou du moins il n'est pas structuré comme tel. Il n'a pas de siège, et les cours sont donnés dans les locaux de l'association Italia-Cina. Néanmoins, pendant la première année de travail et

¹ Martucci C., Rotolo G., « Caro Collega », *MediCina*, n° 1-2, janvier 1989, p. 7.

d'enseignement, il crée sa propre revue, *MediCina*, dont le premier numéro paraît en janvier 1989¹.

Le Centro Li Shizhen propose :

...des séminaires d'introduction à l'étude de la physiologie et de la pathologie des organes et des viscères afin d'acquérir et de mettre à jour les notions propédeutiques fondamentales à l'étude de la médecine interne.²

Ces séminaires sont mis en place par les médecins organisateurs pour donner plus d'instruments aux acupuncteurs en formation et rendre possible la compréhension de la *materia medica* chinoise. C'est donc l'enseignement des nouveaux éléments de la théorie médicale chinoise (le système des *zang fu*) acquis grâce aux contacts établis avec les acupuncteurs anglais qui sont transmis pendant ces séminaires propédeutiques à la formation de phytothérapie.

Pour arriver à faire le cours, il nous a fallu auparavant faire trois séminaires de deux jours pour apprendre les *zang fu*, sinon les élèves n'auraient pas pu suivre le cours de phytothérapie. En effet, en Italie, à ce moment là, il n'y avait personne qui enseignait les *zangfu*. Quelle que fût l'école d'où les élèves arrivaient, personne ne les connaissait...

(I-41)

La formation proposée par le Centro Li Shizhen continue avec un cursus de deux années de formation à la pharmacologie traditionnelle chinoise, structurée en cinq séminaires chaque année pour un total de 160 heures d'enseignement.

Le cours, qui se veut une formation, prévoit l'étude de la *materia medica* (environ 200 remèdes) et des principales prescriptions (environ 100), comme préparation à l'utilisation de la phytothérapie en médecine interne. Les bases théoriques une fois acquises, plusieurs heures seront consacrées à la clinique.³

¹ Notons aussi qu'à la même époque Caterina Martucci et Graziella Rotolo publient leur *Fondamenti di farmacoterapia cinese* (Martucci C., Rotolo G., *Fondamenti di farmacoterapia cinese*, Milan, ed Li Shizhen, 1988) le premier texte de pharmacologie chinoise en italien.

² Martucci C., Rotolo G., « Caro Collega », *MediCina*, n° 1-2, janvier 1989, p. 7.

³ Martucci C., Rotolo G., « Caro Collega », *MediCina*, n° 1-2, janvier 1989, p. 7.

Le Centro Li Shizhen effectue deux cursus complets de formation et assure la publication de la revue *MediCina* deux années scolaires durant.

Ce travail se poursuit jusqu'en 1992 quand l'un des deux médecins engagés dans le projet, le docteur Martucci, décide de se retirer à la fois du Centro Li Shizhen et de la revue *MediCina*¹. Cette date marque aussi la fin définitive des relations entre les docteurs Rotolo et Martucci et le Centro studi So-wen. Cette année de changement et de rupture correspond à une nouvelle configuration dans les activités d'enseignement de l'acupuncture et aussi de la phytothérapie chinoise.

De fait, la revue *MediCina* qui avait été créée en 1989, à l'issue du premier cursus de formation du Centro Li Shizhen, prend plus d'importance et autour d'elle se réunissent les médecins qui viennent de terminer leur cours de phytothérapie chinoise. *MediCina* devient un lieu de rencontre, d'échange et d'étude pour ce groupe de médecins qui commencent à élaborer la réflexion sur leur travail.

Le docteur Graziella Rotolo raconte :

Nous avons commencé à nous retrouver une fois tous les quinze jours pour des approfondissements. Au début, il y avait aussi Caterina [Martucci], puis elle n'est plus venue, et je me suis beaucoup liée à eux [les médecins qui avaient suivi la première formation du Centro Li Shizhen]. Puis Caterina a laissé tomber aussi *MediCina*, et ainsi la revue est devenue un point de repère pour tout ce groupe.

Le docteur Graziella Rotolo nous expose aussi comment autour de ce groupe de médecins se forme une école d'enseignement de l'acupuncture, de la phytothérapie chinoise et du massage *tuina* qui portera le nom de la revue, l'école *MediCina*.

Un jour, à l'occasion d'un congrès à Bologne, je rencontre Leung² et j'en profite pour lui poser certaines questions sur les canaux et sur les neuf pouls. C'étaient des

¹ Nous avons pu comprendre, grâce aux entretiens avec plusieurs médecins faisant partie de ce groupe d'acupuncteurs, que la situation de l'enseignement de la pharmacopée chinoise en Italie, est plutôt contrastée à son début. En effet, les deux médecins qui créent le Centro Li Shizhen ne sont pas soutenues par les écoles d'acupuncture déjà structurées, comme c'est le cas – nous l'avons vu – pour le Centro studi So-wen. Ces deux médecins s'adressent aussi à d'autres écoles d'acupuncture qui, pour des raisons diverses (entre autres probablement parce qu'il s'agit de femmes qui enseignaient la phytothérapie chinoise), ne se montrent pas intéressées par leur travail.

² Leung Kok Yuen vit actuellement au Canada, à Vancouver, où il est le président du North American College of Acupuncture. Pour plus d'informations sur Leung Kok Yuen voir: http://membres.lycos.fr/ahimsa/Leung_Kok_Yuen.html

questions sur lesquelles j'étais en train de travailler depuis un certain temps et je voulais en savoir plus. Lui me dit... « oui, peut être je vais te répondre...mais, pourquoi vous [le groupe de médecins tournant autour de MediCina] ne faites pas une école ? ». Il s'offre ainsi de venir à Milan et de nous organiser des contacts directs avec la Chine. Nous fixons un rendez-vous avec lui et, à l'issue de cette rencontre, nous nous trouvons tous d'accord pour ne pas faire une école avec lui : son discours ne nous avait pas plu.

Un témoignage tout à fait similaire nous est fait par un autre médecin participant à la création de l'école MediCina :

En 1994, un médecin chinois nous propose de créer une école. C'était Leung Kok Yuen, il était en France à cette époque là. Il a fait un peu le tour de plusieurs écoles en France et en Italie en cherchant à se proposer comme intermédiaire avec la Chine et comme enseignant... En réalité, il nous a donné l'idée, mais nous avons tout de suite compris qu'il n'était pas la personne qu'il nous fallait...

(I-39)

MediCina devient en 1994 le nom d'une école de médecine chinoise à Milan, par la volonté de ce groupe de médecins acupuncteurs (les docteurs Giovanni Moretti, Giulio Picozzi, Patrizia Adelasco, Barbara Rossi, Gianfranco Morelli, Elisa Rossi et Graziella Rotolo). Ces derniers sont tous liés par la passion de leur travail, certainement, et aussi par des idéaux politiques communs :

...Nous sommes très idéalistes, nous sommes de gauche...

(I-41)

Quelques-uns d'entre eux nous expliquent comment leur association s'est formée :

De fait, la création de l'école MediCina a été précédée par plusieurs événements qui se sont produits en particulier tout au long d'une année scolaire (1993-94) pendant laquelle nous nous sommes rencontrés un jeudi sur deux pour confronter nos idées, nos travaux, nos parcours. On parlait de ce que chacun de nous avait fait entre une réunion et l'autre et de ce qu'il avait appris. Parfois nous invitons des externes, de l'association Italia-

Cina. À la fin de cette année, nous avons eu la possibilité de créer une école associée à l'Université de Nankin... tout cela c'est passé fortuitement, un peu comme une aventure...

(I-8)

Après avoir rencontré Leung, quelqu'un d'entre nous dit : « Mais pourquoi nous, nous la ferions pas nous aussi, cette école ? Essayons d'en parler avec Alessandra Guli, essayons de contacter Nankin... ». Cela a été une chose... disons, tout le monde était convaincu que, parmi nous tous, personne ne voulait vraiment la faire, cette école. Mais, en effet, Leung nous a convaincus à commencer, mais sans lui !

(I-41)

En réalité, l'école était pour nous une espèce de pari et d'amusement. Elle n'a jamais été un business. Nous aimions enseigner et nous le faisons. Pour nous tous, l'approche était celle-là, à tel point que parfois, dans les moments de difficulté, nous nous demandions pourquoi nous étions là à nous créer des soucis...

(I-39)

Ces témoignages montrent bien quel est l'esprit de cette école à sa naissance. Or l'école MediCina se définit alors comme :

Association sans but lucratif, constituée pour promouvoir l'étude et la diffusion de la Médecine Traditionnelle Chinoise dans ses différents aspects : acupuncture, pharmacothérapie, diététique, *qigong*, techniques manuelles de *tuina*, à travers des cours, des congrès, des séminaires, la traduction de textes, des publications et la pratique du dispensaire.¹

Bien que son statut soit resté inchangé, une dizaine d'années plus tard elle n'a plus les mêmes caractéristiques qu'au moment de sa création. Ses cours se structurent et s'organisent autour des enseignants, membres fondateurs, qui s'efforcent d'offrir le plus grand nombre d'occasions d'ouvertures sur la Chine et la médecine chinoise pratiquée là-bas, mais aussi d'autres approches de la médecine chinoise, par exemple celle pratiquée par des praticiens américains et anglais. L'école offre une structure de travail et d'enseignement fondée sur l'approfondissement, l'expérimentation, la confrontation, en conservant un nombre d'élèves assez limité.

¹ Dépliant de l'école MediCina.

4.d. L'enseignement

Dès le début, l'enseignement de l'école MediCina est mis en place en établissant des relations directes et régulières avec l'Université de Médecine Traditionnelle Chinoise de Nankin. C'est en effet grâce à l'amitié du docteur Rotolo avec le docteur Gulì que sont établies les premières relations avec la Chine. L'année de la création de l'école, le docteur Graziella Rotolo se rend à Nankin où elle connaît le docteur Mei Jianhan. Ce dernier est invité en Italie pour enseigner pendant quelques semaines.

Pendant la première année de l'école, il [le docteur Mei Jianhan] est venu en Italie, au mois de juin, et il a enseigné entre autres aux élèves de la première année.

(I-41)

C'est avec ce médecin chinois que l'école MediCina approfondit l'étude des canaux (les *jingluo*) et qu'elle se différencie des autres écoles italiennes, donnant à son enseignement de l'acupuncture une importance considérable aux aspects théoriques liés aux *jingluo*¹.

Les années suivantes, d'autres médecins chinois venant de Nankin sont invités pendant des périodes de quelques semaines à l'école MediCina. Ces médecins donnent des cours théoriques, mais assurent aussi un certain nombre d'heures de cours pratiques (« gli ambulatori »)². Une traduction (du chinois à l'italien ou de l'anglais à l'italien pour les médecins chinois parlant anglais) est assurée à chaque cours³. L'école MediCina débute ses activités comme école d'acupuncture, mais les initiatives des médecins engagés dans le

¹ La définition de *jingluo* d'un point de vue aussi bien historique que pratique reste assez complexe. En général, nous pouvons dire que les *jing* constituent les canaux qui, à partir de l'oeuvre de Georges Soulié de Morant, prennent en Occident le nom de « méridiens ». Les *luo* sont de petits canaux, sorte de ramification partant des *jing*, qui peuvent relier différents *jing* ou des *jing* et des organes. Cette définition représente la conception généralement admise par les acupuncteurs aujourd'hui ; il faut néanmoins garder à l'esprit que l'acception des deux termes a évolué notablement au cours de l'Histoire de la médecine chinoise. Pour plus d'information à ce sujet, voir : Needham J., Gwei-Djen L., *Celestial Lancets, A History and Rationale of Acupuncture and Moxa*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980, p. 13-69. Dans le cas des médecins de l'école MediCina, nous pouvons penser que leur travail accorde une importance considérable aux fonctions et aux pathologies des *jingluo*, tandis que la plupart des médecins acupuncteurs focalisent leur travail sur l'étude et l'utilisation des points.

² À l'école Medicina ont été invités les docteurs : Gu Yuehua, Wang Lingling, Jin Hongzhu, Qiao Wenlei, Salustino Wong, Wang Ningsheng, tous venant de l'Université de Médecine Traditionnelle Chinoise de Nankin.

³ Pendant la constitution de l'école, les médecins organisateurs entrent en contact avec des sinologues compétents en médecine chinoise. Par exemple Laura Carretto.

projet aboutissent rapidement à la mise en place d'un cursus de formation à la phytothérapie chinoise. De plus, quelques années plus tard s'ajoute la formation au *tuina*.

Postérieure à la création de la FISA, l'école MediCina organise son cursus de formation à l'acupuncture conformément aux critères établis par la fédération. Les médecins élèves de l'école reçoivent leur diplôme d'acupuncteur après quatre années d'études. Chaque année est sanctionnée par un contrôle des connaissances et, à l'issue de la quatrième année, les médecins doivent présenter un mémoire de fin de cursus.

Les cours sont dispensés pendant les week-ends, à raison d'un week-end par mois (8 week-ends par an). La première année de formation est centrée sur les notions théoriques de base de la médecine chinoise (*yin yang*, cinq mouvements, les substances vitales, les organes et les viscères). La deuxième année porte sur l'étude des principaux cadres cliniques dans la pathologie des organes et des viscères, l'étude des canaux énergétiques principaux et collatéraux, des fonctions des points et l'approfondissement de la séméiotique et du diagnostic de la langue et des pouls. Pendant la troisième et la quatrième année, sont étudiés les canaux extraordinaires, quelques notions d'auriculothérapie, de craniopuncture, des techniques d'électrostimulation, de réflexologie. De plus, un nombre important d'heures est consacré à la clinique gastro-entérique, respiratoire, urinaire, gynécologique, pédiatrique, dermatologique, neurologique, orthopédique et rhumatologique.

Les cours pratiques sont considérés par les enseignants de l'école MediCina comme une étape extrêmement importante dans la formation des médecins acupuncteurs¹. Pour cela, ils instituent plusieurs jours par semaine des dispensaires (*ambulatori*) toujours ouverts à tous les étudiants de l'école, incitant d'autre part leurs étudiants à suivre ces cours. Ont accès aux dispensaires des patients qui se font soigner par le médecin enseignant, en l'occurrence l'enseignant invité par l'école, en présence des médecins en formation. L'afflux de médecins en formation aux dispensaires de l'école MediCina est toujours important ; les enseignants de l'école décident pour cette raison de filmer les consultations de manière à pouvoir d'une part garder trace de ces expériences d'enseignement, d'autre part offrir une sorte de vidéoconférence pendant les consultations (les élèves, en nombre trop important pour rester tous autour du médecin en train de

¹ Un des enseignants de l'école MediCina nous dit : « Le vrai travail de l'école et de ses élèves se voit pendant les *ambulatori* ; nous invitons les enseignants pour cela, pour faire en sorte que les médecins en formation puissent voir comment travaillent leurs enseignants » (I-39). De plus, un médecin formé à l'école MediCina nous dit : « Celui-ci [l'acupuncteur], c'est un métier qui se vole, et il n'y a pas d'autres moyens pour se l'approprier qu'en observant ceux qui travaillent... » (I-4)

piquer, peuvent suivre la consultation en temps réel mais projetée sur écran dans une autre salle de l'école).

À la formation à l'acupuncture, comme nous l'avons dit, est joint un cursus de formation au *tuina*, le massage chinois. Ce dernier, ouvert aux médecins, mais aussi à tout le personnel paramédical et aux thérapeutes, démarre avec beaucoup de succès à la fin des années 1990. Le cursus de *tuina* dure trois ans et il est reconnu par la FISTQ (Federazione Italiana Scuole di Tuina e Qigong).

Enfin, une formation à la pharmacothérapie chinoise est mise en place, à partir de ce qui avait été fait pour l'enseignement du Centro Li Shizhen. Cette formation est ouverte aux médecins uniquement et dure deux ans ; elle est reconnue par la S.I.Ce.T (Società Italiana di Farmacopea Cinese Tradizionale).

Chaque année, pour les trois cursus, l'école MediCina non seulement invite des enseignants chinois, à l'occasion étrangers¹, mais elle organise un séjour d'un mois en Chine, à l'Université de Nankin, pour donner aux étudiants intéressés la possibilité de travailler à l'hôpital universitaire de Nankin, suivis par les enseignants invités auparavant en Italie.

4.e. L'école MediCina de la fin des années 1990 à nos jours

L'école MediCina existe désormais depuis plus de douze ans et, inévitablement, elle a connu des changements, des améliorations, des difficultés et des progrès. Tout d'abord, après l'an 2000, l'école a déplacé son siège dans des locaux plus adéquats pour son activité d'enseignement et de dispensaire (*ambulatorio*).

L'ouverture du cursus de formation au *tuina*, par exemple, constitue pour MediCina une nouvelle étape de son organisation interne, par rapport aux finalités que ses médecins fondateurs avaient préconisées, mais aussi pour la subsistance de l'école. En effet, l'école MediCina est une des premières à proposer en Italie la formation au *tuina* ; ce cursus est ouvert aussi aux personnes intéressées par la médecine chinoise qui ne sont pas des médecins². Avec cette démarche, l'école MediCina fait part de la médecine chinoise non seulement les médecins, mais aussi le personnel paramédical. Elle –ainsi que toutes les

¹ Parmi les enseignants invités par l'école MediCina il faut citer : Mazin Al-Khafaji (Grande-Bretagne), Barbara Kirschbaum (Danemark), Julian Scott (Grande-Bretagne), Charles Chance (États-Unis), Bob Flows (États-Unis), Liu Dong (Paris).

² Nous rappelons que l'utilisation des aiguilles est réservée aux médecins, mais le massage chinois peut être pratiqué par les non médecins, mais opérateurs sanitaires, ayant suivi une formation certifiée.

écoles qui offrent ce type de formation- contribue à une diffusion de la pratique de la médecine chinoise dans la communauté médicale italienne de plus en plus capillaire. En effet cette formation attire un bon nombre d'élèves (certaines années, l'école doit refuser des inscriptions à cause d'une affluence des demandes trop importante) et de ce fait donne un nouveau dynamisme économique à l'école¹.

D'autres initiatives en expansion sont les dispensaires (*ambulatori*), dont nous avons parlé précédemment. Au fur et à mesure que les formations se diversifient, suite à l'initiative des médecins enseignants, des dispensaires s'organisent sous leur direction. Il existe actuellement des dispensaires d'acupuncture, de *tuina* et d'acupuncture pour les enfants.

En revanche, certaines activités doivent s'arrêter ; c'est le cas de la revue. En effet, au moment où l'école MediCina commence à fonctionner à plein régime, gérer l'ensemble devient trop difficile et trop lourd pour les médecins organisateurs et enseignants. La revue *MediCine* arrête de paraître en 1998 après une dizaine d'années de publications régulières. Les énergies des différents médecins collaborateurs sont ainsi canalisées dans le bon fonctionnement de l'enseignement. Le docteur Giovanni Moretti nous parle ainsi de l'évolution de l'école MediCina et de l'engagement des médecins en faisant partie :

Les choses ont changé par rapport au début. Nous avons mis en place quelque chose qui fonctionne, et par conséquent qui comporte des responsabilités. Il ne s'agit pas d'un jeu, nous avons des responsabilités vis-à-vis des enseignants, du personnel, des élèves. Nous avons aussi des obligations vis-à-vis du monde de l'acupuncture, parce que je pense que nous avons quelque chose à dire et quelque chose à « portare avanti ».

Or notre école est maintenant plutôt bien structurée. Elle a ouvert toute une série d'enseignements, nous avons aussi recommencé à enseigner la phytothérapie chinoise et [...] il y a beaucoup de choses en effervescence.

En revanche, nous avons très peu de relations institutionnelles. Personne, parmi nous tous, n'a de relations politiques fructueuses. C'est pour cela que nous n'avons jamais réussi à faire partie d'une équipe hospitalière, bien que cela nous intéresse. Nous sommes plutôt isolés à l'intérieur des écoles en Italie et dans le monde de l'acupuncture...

¹ Les inscriptions à l'école MediCina augmentent ; de plus, la première année de la formation au *tuina* et à l'acupuncture est commune, ce qui permet de mieux rentabiliser les dépenses que l'école doit supporter. MediCina est confrontée à des dépenses toujours en augmentation. Par exemple, comme nous fait remarquer un des médecins interviewés, les enseignants chinois invités à donner leurs cours sont de plus en plus chers (ils ne sont plus payés au forfait, mais à l'heure d'enseignement).

La situation d'isolement à l'intérieur du « monde de l'acupuncture », telle qu'elle est décrite dans le témoignage que nous venons de citer, n'est ressentie comme un véritable handicap que dans les toutes dernières années. Comme nous pouvons le voir dans le tableau n° 9¹, l'école MediCina a gardé depuis sa naissance un nombre constant d'inscrits, qui n'a jamais dépassé les cent médecins étudiants pour les trois années de formation à l'acupuncture, mais qui correspond aux attentes des organisateurs. Malgré cela, comme nous le verrons un peu plus loin, la situation de la communauté médicale italienne intéressée par l'acupuncture évolue rapidement vers une reconnaissance institutionnelle et donc une présence de plus en plus importante dans les universités. Cette situation rend difficile le maintien des activités pour les écoles privées, tout particulièrement les plus petites. C'est vraisemblablement pour cette raison que l'école MediCina a opéré en 2006 une fusion avec l'école Matteo Ricci de Bologne, en devenant une filiale (avec un important degré de liberté dans l'organisation de l'enseignement, des séminaires et de ses activités) de cette importante école privée italienne.

¹ Cf. : Chapitre IV, p. 414.

5. L'acupuncture et la médecine chinoise en Émilie-Romagne

Nous avons analysé jusqu'à présent l'enseignement, l'étude et la diffusion de l'acupuncture et de la médecine chinoise à Milan (Centro Studi sull'agopuntura et école So-wen et de l'école MediCina). Quittons cette ville pour nous intéresser à l'activité d'un groupe de médecins à Forlì et à Bologne en étudiant la pensée et les projets de ces acupuncteurs tels qu'ils apparaissent dans la revue *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*. Cette revue a été, et est encore aujourd'hui, l'une de plus importantes revues d'acupuncture et de médecine chinoise italiennes ; elle est depuis toujours la revue d'une école d'acupuncture le Centro Studi Società e Salute (aujourd'hui la Fondazione Matteo Ricci) tout en étant aussi liée à la Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura (FISA).

5.a. Le Gruppo di Studio Società e Salute et la Fondazione Matteo Ricci

Le Gruppo di Studio Società e Salute est créé à la fin des années 1970, tout particulièrement à l'initiative d'un médecin, le Docteur Giorgio Di Concetto. Le Docteur Di Concetto nous explique comment naît son intérêt pour l'acupuncture et comment il s'attache au projet de mettre en place un lieu d'enseignement de cette pratique médicale.

Giorgio Di Concetto est un médecin anesthésiste qui, à la moitié des années 1970, commence à se poser des questions sur le « caractère exhaustif de la profession » d'anesthésiste.

Après plusieurs années d'exercice de cette profession [comme médecin anesthésiste] j'ai commencé à me poser des questions sur ma propre profession, par exemple je me demandais pourquoi je n'arrivais pas à soigner ma migraine. Un matin tôt, je passe par un des couloirs des urgences où il y avait le service de la physiothérapie (*fisiatria*) et je vois se rassembler plein de gens avec leur réservation pour la consultation. Je vois tout d'un coup que ces personnes sont là pour trouver une réponse à leur besoin de santé. C'est la même chose dans les cabinets médicaux, ils sont pleins de gens que l'on soumet à des tonnes d'exams, qui sont souvent négatifs, mais qui ne trouvent pas une réponse à leurs symptômes...

Les doutes et les questionnements liés à l'efficacité de la médecine conventionnelle amènent le Docteur Di Concetto à chercher hors de son milieu de travail. Il cherche tout

d'abord une solution à son propre problème, la migraine, et il se fait soigner par un médecin acupuncteur de Bologne. C'est à la suite de l'amélioration de ses propres symptômes qu'il commence à découvrir les potentialité de l'acupuncture et qu'il entreprend lui-même une formation, celle de Nguyen Van Nghi, à Marseille. Le Docteur Di Concetto, et plus tard son école, resteront toujours fortement liés à l'œuvre du Docteur Nguyen Van Nghi, devenant une des écoles italienne marquée par le style de l'acupuncture française traditionaliste.

Il nous précise encore :

...l'impulsion [vers la pratique et la diffusion de l'acupuncture] me vint aussi après avoir été en Ouganda, voir des amis qui étaient en mission là-bas. Quand on vit des telles expériences on a un regard bien plus élargi, on a des horizons nettement plus amples...

En 1979 se tient à Milan une première rencontre autour de l'acupuncture, organisée par l'ASMIC (Associazione Medica Italo-Cinese)¹ et par le recteur de l'Università Statale di Milano, le Docteur Paolo Mantegazza, à laquelle prennent part plusieurs médecins italiens. Cela débouche sur un premier cours d'acupuncture organisé par une université, auquel participent 45 médecins. Ce cours ne se renouvelle pas et l'enseignement universitaire de l'acupuncture disparaît jusqu'aux années 2000². Malgré cela, cette initiative donne une motivation à certains médecins, venant de plusieurs régions d'Italie et présents à cette formation, pour créer leur propre école. Le Docteur Di Concetto est l'un de ces médecins. Il nous raconte ainsi comment les choses se sont organisées pour lui par la suite :

¹ Comme il est dit dans la présentation de l'ASMIC : « The ITALIAN-CHINESE MEDICAL ASSOCIATION (ICMA) was founded by Prof. Paolo Mantegazza (pharmacologist) supported by Prof. Edmondo Malan (surgeon) and Prof. Carlo Lorenzo Cazzullo (psichiatrist), on 26 March 1973. After a meeting in Beijing between the Italian Ministry of Foreign Affairs, G. Medici, and the Prime Minister of the People's Republic of China, Zhou Enlai, Dr Bruno P. Pieroni took the initiative of creating ICMA.

The Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Italy encouraged the idea and promoted the first official visit of the Italian delegation to Beijing. Prof. Paolo Mantegazza, the current Honoured President of the State University of Milan, was appointed President.

ICMA organized more than 50 missions of Italian medical delegations to China, and held seminars and roundtables concerning Western medicine and the possible integration between Western medicine and traditional Chinese medicine in Beijing, Shanghai, Urumchi and in other Chinese locations. ». En 2004 le président de l'AS.M.I.C. est le Professeur Umberto Solimene, les vice-présidents sont les docteurs Adriana Bazzi et Emilio Minelli et le secrétaire le docteur Bruno Pieroni. Nous n'avons pas eu accès à d'autres sources relatives à cette association, mais nous verrons plus loin le rôle joué par les médecins président et vice-présidents dans l'implantation de l'enseignement de l'acupuncture et médecine chinoise dans l'université.

² Nous verrons plus loin que, à partir des années 2000, sont mis en place quelques tentatives d'enseignement de l'acupuncture dans les universités. Cf. : Chapitre III, p. 394-399.

J'ai toujours eu la passion de l'enseignement, même quand j'étais anesthésiste [...]. J'ai donc transféré la même passion à l'acupuncture et c'est ainsi qu'en quelques mois mon cabinet est devenu un lieu d'enseignement. Il y avait surtout des anesthésistes qui travaillaient dans la région.

Cela a continué jusqu'au moment où je me suis rendu compte que ce système ne fonctionnait pas très bien parce que les médecins qui venaient à mon cabinet, une fois qu'ils commençaient à maîtriser un peu la technique, disparaissaient et je ne les voyais plus. À ce moment là, il est devenu évident qu'il fallait fonder une véritable école. C'est ainsi que j'ai commencé à me retrouver avec des collègues qui partageaient la même expérience, l'expérience d'un mouvement catholique qui se pose le problème d'aller vers les exigences de la société, d'aller vers les exigences de l'homme. J'ai donc commencé à regrouper autour de moi des personnes...

De fait, c'est en 1979 qu'un groupe de médecins, dont seulement certains déjà formés à l'acupuncture comme le Docteur Di Concetto, se réunissent pour créer une école, le Gruppo di Studio Società e Salute, qui a son siège à Forlì¹. Ces mêmes médecins créent la revue *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* qui débute quelques années après, en 1984.

Une vingtaine d'années plus tard, le Gruppo di Studio Società e Salute se rapproche d'une école d'acupuncture de Bologne, l'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (AMAB), dont les médecins organisateurs partagent les mêmes valeurs catholiques². Ces deux sociétés fusionnent pour donner naissance à la Fondazione Matteo Ricci qui naît en 1998, à Bologne. Les buts de cette fondation sont explicités dans l'éditorial de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* de juillet-septembre 1998, où il est dit :

La Fondazione Matteo Ricci naît avec le but de promouvoir l'intégration culturelle entre Orient et Occident dans le secteur de la prévention et de la tutelle de la santé et de la pratique des médecines naturelle ; pour cette raison elle promeut toutes initiatives qui visent à la diffusion en Occident de l'acupuncture et la médecine chinoise en favorisant leur rencontre avec la médecine occidentale. [...] L'objectif de la Fondazione Ricci est de

¹ Il s'agit, entre autres, des docteurs Lorenzo Adami, Renato Crepaldi, Ettore De Giacomo, Oddone De Lorenzis, Riccardo Grazzini, Emilio Minelli, Massimo Muccioli, Francesco Pastore, Lucio Pippa, Camillo Sciantarelli, Lucio Sotte. Ces mêmes médecins constituent le comité éditorial de la revue *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*.

² L'AMAB naît en 1986 et, parmi ses représentants, il faut citer les docteurs Carlo Maria Giovanardi, Umberto Mazzanti, Annunzio Matrà.

fournir au monde médical, académique et politique, italien et européen les instruments pour la valorisation et donc la promotion, la diffusion et l'utilisation de la médecine chinoise et des médecines naturelles afin de favoriser l'intégration et la confrontation avec la médecine occidentale pour une promotion globale de la santé et de la qualité de vie de la population selon les indications du programme de l'O.M.S. « santé pour tout le monde ».¹

Les objectifs de la Fondazione Ricci dépassent donc le simple enseignement de l'acupuncture. En effet cette fondation se propose d'être le lien entre les médecins acupuncteurs et les institutions publiques, et de mettre en parallèle la médecine chinoise, au niveau institutionnel mais aussi au niveau clinique, avec la communauté médicale orthodoxe. Comme nous le verrons, la Fondazione Matteo Ricci est aujourd'hui strictement liée à la FISA, et pour cela elle s'engage dans plusieurs initiatives de promotion de l'acupuncture et de la médecine chinoise vis-à-vis des institutions et du pouvoir public (à travers un congrès annuel, la publication de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, la participation à plusieurs débats pour la reconnaissance de l'acupuncture et médecine traditionnelle chinoise).

Pour ce qui en est de l'enseignement elle devient rapidement l'une des plus importantes écoles de médecine chinoise d'Italie, proposant non seulement une formation à l'acupuncture, mais aussi des cursus de pharmacologie chinoise, de massage et gymnastique chinoises et d'acupuncture auriculaire. Après sa constitution, la Fondazione Matteo Ricci met en place aussi des enseignements dans le sud de l'Italie, à Bari et à Naples, où deux sièges sont créés en 2004 détachés de la fondation. Enfin, en 2006 la Fondazione Matteo Ricci et la Scuola MediCina décident de signer une *partnership* pour établir une collaboration entre ces deux lieux d'enseignement et de travail autour de la médecine chinoise. Nous avons vu l'évolution de l'école MediCina et sa place dans une démarche de recherche et d'approfondissement de la pratique et de la théorie médicale chinoise. Or, comme nous disait le Docteur Moretti, président de l'école MediCina², l'école milanaise reste depuis sa naissance à l'écart des réseaux institutionnels, elle n'a aucune relation avec les activités hospitalières et elle ne s'engage pas non plus dans une campagne pour la reconnaissance de l'acupuncture au niveau national. La mise en place d'une collaboration entre deux écoles privées qui ont désormais gagné un certain prestige au niveau national, se fait dans les sens d'une coalition et d'un rassemblement de forces

¹ Sotte L., « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 73, juillet-septembre 1998, p.7.

² Cf. : Chapitre III, p. 354.

pour obtenir une reconnaissance de l'acupuncture et afin que la qualité de son enseignement et de sa pratique puisse s'améliorer. Dans la page de présentation de la journée d'ouverture de la collaboration entre la Fondation Matteo Ricci et l'école MediCina tenue le 20 octobre 2006 à Milan, il est dit :

La mise en place récente des Master universitaires en Médecine Traditionnelle Chinoise ne peut faire oublier la situation de vide législatif en Italie en matière de Médecines Non Conventionnelles. Si d'un côté, au niveau international le nombre de travaux scientifiques qui témoignent de la validité de l'acupuncture est en augmentation, de l'autre la position de cette situation d'impasse risque de compromettre sérieusement la qualité de l'enseignement et par conséquent la santé du citoyen. Il est donc fondamental de prévoir des standards communs dans la profession médicale pour l'acupuncture et la médecine chinoise.¹

Nous voyons exprimées les craintes des membres organisateurs de ces deux écoles de médecine chinoise vis-à-vis de la non reconnaissance législative pour la médecine chinoise et de la diffusion de Masters universitaires qui ne garantissent pas une qualité d'enseignement comparable à celle des écoles privées italiennes.

Nous reviendrons sur cette question en parlant de l'activité de la FISA, notre propos ici est de reprendre le travail du Gruppo di Studio Società e Salute et de la Fondazione Matteo Ricci pour analyser plus en détail les arguments avancés par les médecins engagés dans ces sociétés par rapport à la valeur de l'acupuncture et de la médecine chinoise dans la communauté médicale et dans la société en sens plus large. Pour cela nous allons examiner les contenus de certains articles apparus dans la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* de sa naissance aux nos jours.

5.a.1. Une médecine « socialement utile » et l'intégration entre médecine chinoise et médecine officielle

L'étude des éditoriaux de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* depuis sa naissance à nos jours (de janvier 1986 à 2006) montre quelles sont les étapes de l'organisation de l'école (le Gruppo di Studio Società e Salute et après 1998 la Fondazione Matteo Ricci), des démarches de reconnaissance de la médecine chinoise dans les

¹ Voir le site internet de la Fondazione Matteo Ricci:
<http://www.fondazionericci.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/620>

domaines institutionnel et public, ainsi que du passage de la pratique de l'acupuncture à la diffusion d'autres formes de techniques médicales chinoises tels que la pharmacologie, la gymnastique et les massages. Mais ce qui attire plus particulièrement notre attention dans les articles produits tout au long de l'évolution de cette revue, c'est l'apparition de certains concepts fondamentaux autour desquels s'organisent les convictions, les motivations et, en quelque sorte, la philosophie qui soutiennent le travail des médecins acupuncteurs de cette école. Nous insisterons sur la transformation de leur discours concernant le rapport de la médecine chinoise avec le contexte médical conventionnel.

Dans un des tous premiers éditoriaux de la revue nous lisons :

Cette organisation [on se réfère ici à l'organisation de la revue et aux choix des articles qui vont y être publiés] est motivée du fait que la Médecine Chinoise doit nécessairement être valorisée dans sa juste et profonde dimension ; la classe médicale avant tout, la classe politique ensuite doivent comprendre l'importance énorme de cette médecine, caractérisée par l'extraordinaire efficacité à l'égard des maladies à diffusion « sociale », vis-à-vis desquelles notre médecine occidentale, malgré son technicisme sophistiqué, se montre dramatiquement impuissante, en fournissant souvent des remèdes plus dangereux que le mal.¹

Dans cette citation, qui date de l'année 1986, sont mises en avant certaines idées clés qui, encore aujourd'hui, sont tout à fait d'actualité dans le discours de ces médecins et qui reviendront tout au long des années de publication de cette revue. L'importance de la diffusion d'une information correcte concernant la médecine chinoise est l'un des *leitmotiv* de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* et de ce groupe de médecins. Cette idée ne cesse jamais d'accompagner les déclarations de ces praticiens avec une autre notion, celle de « médecine socialement utile ». L'idée que la médecine chinoise puisse devenir en Occident (ou du moins en Italie) une médecine adressée aux maladies « à importante incidence sociale » est une notion centrale propre au discours de ce groupe de médecins acupuncteurs, particulièrement pendant la première décennie de leur travail.

Le concept nous est mieux expliqué par le Docteur Di Concetto qui, lors de notre entretien, nous dit :

¹ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 1, janvier-février 1986, p.2.

L'acupuncture [...] peut soigner des maladies à large incidence sociale. Pensez qu'il y a 20% de la population qui souffre de céphalées, et aussi bien les céphalées que les maladies rhumatismales sont très sensibles à l'action de l'acupuncture. Pensons encore à toutes les maladies qui peuvent être facilement traitées avec l'acupuncture : tous les déficits immunitaires (la facilité à contracter des rhumes, des pharyngites...), les déséquilibres qui se créent au niveau gastro-intestinal, entre autres à cause de stress psychiques, toutes les problèmes des névroses mineures comme certains cas d'anxiété, de dépression... Toutes ces pathologies ont un large impact social. Cela veut dire que l'acupuncture est un moyen qui permet, sans avoir recours aux médicaments, ou en y faisant recours de manière limitée, de soigner les maladies à large incidence, disons avec des pourcentages importants.

L'affirmation de l'acupuncture comme une médecine « socialement utile » se retrouve dans plusieurs autres éditoriaux. Comme par exemple dans celui de 1988 :

Ne pas vouloir que l'acupuncture, ou toute la médecine chinoise, puisse gagner une dignité officielle, signifie vouloir la confiner au milieu restreint des médecines d'élite, la mettant en contradiction avec sa propre nature : être une médecine de base, indiquée surtout pour les maladies à importante incidence sociale.¹

Notons aussi que cette idée de l'acupuncture comme une pratique de soin ayant une valeur sociale importante renvoie aussi à l'élément idéologique qui réunit ce groupe de médecins, et dont nous avons précédemment fait rapidement mention², à savoir leur attachement aux principes religieux catholiques. Une table ronde organisée par le Gruppo di Studio Società e Salute à Castrocaro en printemps 1988 avait comme titre « Medicina cinese: ecologia e senso religioso » [« Médecine chinoise : écologie et signification religieuse »]³. Dans le compte rendu de cette table ronde il est dit :

Le déroulement de la table ronde : « Médecine chinoise : écologie et signification religieuses » a représenté une tentative pour aborder de manière globale le problème de l'homme, de la santé et de la signification de l'existence. C'est illogique de faire des séparations, le problème de la santé n'est pas séparable du problème de l'homme : le questionnement autour de la santé contient un questionnement plus profond sur la logique

¹ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°5, septembre-octobre 1988, p. 2.

² Cf. : la citation de l'entretien avec le docteur Di Concetto, p. 356.

³ Le Gruppo di Studio Società e Salute organise tous les ans une réunion sous forme de table ronde autour d'un sujet concernant l'acupuncture ou la médecine chinoise. Cette réunion annuelle, après la naissance de la F.I.S.A. se transforme en Congrès international qui se tient à Bologne au mois de mai.

de la souffrance et de notre propre existence. Nous, en tant que médecins, avons un devoir de solidarité envers nos patients ; mais pour que la solidarité envers nos patients soit véritable et authentique, il est nécessaire d'affronter le problème à la première personne. La vraie solidarité commence par une loyauté et un sérieux vis-à-vis de soi-même.¹

Ces principes de « solidarité véritable et authentique » vis-à-vis du patient ici évoqués, viennent des valeurs catholiques partagées par ces médecins. En effet, juste quelques mois avant, les mêmes concepts sont exposés d'une manière un peu différente dans un éditorial où il est dit :

Il faut penser que la demande faite au médecin sur son propre besoin de santé cache une question plus profonde, normalement implicite, sur la signification de la souffrance et, au fond, sur la signification de son propre destin. En gros, la réponse au questionnement sur la souffrance coïncide avec la réponse au questionnement sur la mort. Il n'est pas important que la réponse soit rationnelle ou philosophique, l'important est qu'elle soit fondée sur une logique de solidarité. Cette solidarité envers le prochain qui souffre, en union avec une vision respectueuse du mystère qui nous entoure, peut rendre à l'homme, médecin ou patient, la possibilité d'une récupération du sens religieux de la vie.²

Dans les premières années de travail de ce groupe de médecins cet aspect, qu'on pourrait définir idéologique, d'une médecine « socialement utile » et porteuse d'une approche de « solidarité véritable et authentique » est l'élément de force qui consolide le projet de ces médecins. En quoi l'acupuncture et la médecine chinoise peuvent-elles répondre à ces idéaux de solidarité et d'attention vis-à-vis de la souffrance de l'autre. Pourquoi la médecine chinoise devrait être plus appropriée que la médecine occidentale pour garantir une relation médecin/patient solidaire et cohérente avec les valeurs chrétiennes ?

Nous trouvons une réponse à ces questions dans le passage suivant :

La connaissance de la médecine chinoise représente certainement un saut qualitatif dans la lutte contre la maladie et une grande aide au malade. Le patient, en effet, est perçu dans une vision de globalité et chacun de ses symptômes, même s'il est insignifiant, est référé à une unité, à l'intérieur d'une admirable synthèse. Ceux qui sont passés de l'étude de la médecine occidentale à l'étude de la médecine orientale ont éprouvé cet

¹ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°3, mai-juin 1988, p. 2.

² « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°2, mars-avril 1986, p. 2.

enthousiasme ; de plus, l'approfondissement de la pensée médicale orientale valorise la conception médicale occidentale. Les deux médecines, nées dans des civilisations et des cultures différentes, sont remises en valeur à travers une construction synthétique qui examine tout et qui garde ce qui est utile. Sans nul doute la médecine, ou mieux l'art de soigner le malade, s'enrichit énormément grâce à l'apport culturel taoïste : la doctrine du *yin* et du *yang*, la Loi des 5 Mouvements, la conception cosmologique concernant l'homme, le cosmos, les voies énergétiques de conduction, confèrent à la Médecine Chinoise une originalité particulière. Par ailleurs il serait absurde de ne pas mettre en valeur les conquêtes de notre science médicale, à commencer par la biochimie pour finir par la technologie la plus sophistiquée.

Certainement les contradictions de notre médecine, comme par exemple la prolifération des maladies iatrogènes, ne sont pas imputables à la médecine telle qu'elle est, mais plutôt à une mentalité de toute-puissance qui ne s'arrête pas devant le patient, devant l'homme, comme devant un mystère. L'erreur fondamentale réside dans une mentalité réductrice qui considère possible le fait de tout pouvoir découvrir et de tout pouvoir résoudre.

De plus il serait absurde de penser que la seule connaissance de la pensée médicale chinoise peut devenir une garantie pour un rapport correct entre médecin et patient ; de fait on risque de transférer la même mentalité de prétendue toute-puissance, et par là de violence, de la pratique médicale occidentale à la pratique médicale orientale. Il est important de s'arrêter un instant et de méditer sur le fait que le rapport médecin-patient est fortement compromis par une longue série de conditionnements dus, dans le contexte actuel, à l'exploitation de l'homme par l'homme, à la chute des valeurs objectives, à la perte du sens de solidarité.¹

Effectivement en suivant le discours cité, nous voyons comment la médecine chinoise devient un instrument utile pour récupérer les valeurs de solidarité qui sont recherchées par ces médecins grâce à une vision globale du patient, qui est suggérée par l'approche médicale orientale. De plus, les apports théoriques de cette médecine (ici définis comme les apports de la culture taoïste) enrichissent l'art de soigner : la médecine devient ici universelle suite à une sorte de « construction synthétique » qui compose les deux approches à la maladie, celle occidentale techniquement très sophistiquée et celle orientale, qui tient compte de tous les signes dans la définition d'un diagnostic global. L'attention à l'*illness* du patient est mise en avant comme élément fondamental pour

¹ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°2, mars-avril 1986, p. 2.

garantir une médecine basée sur la solidarité humaine, tandis que les progrès dans la pharmacopée comme dans les techniques de la médecine conventionnelle sont reconnus comme valables et fondamentaux. Nulle part la médecine occidentale n'est bannie pour ses moyens thérapeutiques, en revanche ce qui est ici remis en question est l'approche culturelle et éthique de la communauté médicale. Ces médecins parlent de « mentalité de toute-puissance », comme d'une volonté de pouvoir sur les malades de la part de la communauté médicale, comme d'une médicalisation exaspérée et aveugle face aux exigences de l'individu.

Cette attitude d'alerte et de mécontentement, nous pouvons la réinterpréter selon les théories de la politique de santé dans les sciences humaines. En effet, d'une part, les affirmations des médecins nous renvoient à la dénonciation du biopouvoir, - c'est-à-dire un ensemble de technologies de gouvernement qui visent à discipliner les corps (anatomopolitique) et à réguler les populations (bio-politique) - théorisé par Michel Foucault¹ ; d'autre part, elles apparaissent comme une critique du positivisme et des conséquences idéologiques de la modernité.

Enfin, ce qui préoccupe ces médecins est le risque de voir la médecine chinoise réduite dans sa pratique à une simple technique de soin, gérée et maniée selon l'optique de « toute-puissance » propre à la communauté médicale conventionnelle. Être acupuncteur ne signifie pas nécessairement pratiquer une médecine telle qu'elle est préconisée par ces médecins. En effet, ils voient très bien la difficulté d'instaurer un dialogue positif et fructueux entre la médecine occidentale, telle qu'est pratiquée à la fin du XX^{ème} siècle en Italie (voire en Europe), et l'approche médicale venant d'Orient qu'ils défendent. Leur conviction d'une complémentarité et d'une intégration entre les deux médecines est menacée par le fantasme de l'hyper-spécialisation médicale, et par les conséquences de la modernisation qui sont ici aperçues comme un processus d'appauvrissement des valeurs humaines. Il s'agit donc d'une problématique culturelle, plus que d'une simple remise en question technique. De fait l'acupuncture et la médecine chinoise peuvent devenir des outils de soins intégrés dans une pratique médicale spécialisée. Par contre, le but de ces médecins est de faire en sorte que la médecine chinoise puisse aider la pratique de la médecine conventionnelle dans un parcours d'humanisation qui devrait la conduire à renverser le processus de « toute-puissance » largement mis en place pour revenir à une médecine à l'écoute du patient.

¹ Cf. : Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976 ; Giorgio Agamben, *Homo sacer*, Turin, Einaudi, 1995 ; Donzon J.-P., Fassin D., *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, 2001.

Plus tard, ces discours avancés dans les premières revues se transforment, dans les années 1990, en perdant progressivement leurs nuances d'inspiration catholique. La défense des valeurs chrétiennes et l'affirmation d'une médecine « socialement utile » laissent la place à la revendication d'une complémentarité, voire d'une intégration, entre les deux médecines. L'argument sur lequel les discours de ces médecins sont construits se fonde sur l'acceptation et l'accueil du « différent » (*il diverso*), d'une culture différente. Nous voyons cette pensée ainsi développée dans les quelques citations qui suivent :

Nous souhaitons fournir à nos lecteurs une revue qui tient compte de la tradition et qui, néanmoins, reste toujours ouverte à la recherche et à l'expérience. Cette attitude réaliste et raisonnable nous semble une réponse morale appropriée à une mentalité idéologique qui tend à s'opposer à chaque recherche qui est en dehors de schémas et programmes préfixés. Nous nous référons à la mentalité de ces collègues qui, enfermés dans des schémas rigides, jugent comme « non scientifique » ce qui est différent. Certainement pour accepter le différent et pour changer de mentalité, il faut une dignité morale et une passion pour l'objectivité, fruits d'une longue éducation. La mentalité et le manque de culture de la société actuelle n'aident pas à cela.¹

Le refus d'une culture différente [la culture chinoise] de la part de notre establishment médical a des racines profondes qui se posent dans l'éthique individuelle et dans le sens religieux ; [...] Accepter le différent, l'inconfortable comme peut l'être une culture différente, qu'il faut entièrement réétudier, demande de l'effort et nous vivons dans une société qui censure l'effort et qui tend à remplacer les termes « moral » et « immoral » par « utile » et « inutile »...²

...nous prévoyons un congrès ayant une certaine incidence dans le monde médical qui doit être de plus en plus sensibilisé à l'importance de la médecine chinoise, comme le soutiens l'OMS. C'est le moment pour balayer beaucoup de préjugés, c'est le moment pour affirmer que l'ouverture culturelle à la « diversité » demande un effort qui néanmoins est riche d'une vision globale du diagnostic et d'une potentialité thérapeutique enthousiasmantes pour le médecin et utiles pour le patient...³

¹ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°4, juillet-août 1988, p. 2.

² « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°1, janvier-février 1988, p. 2.

³ « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°3, mai-juin 1990, p. 2.

Notre hérité culturelle et scientifique est occidentale et européenne, la rencontre avec la tradition chinoise a permis l'ouverture d'horizons nouveaux et inattendus qui, dans le respect de notre identité, nous permettent de penser et de pratiquer une nouvelle médecine plus humaine.¹

La rencontre avec une culture différente est ici présentée comme une remise en question morale, qui reconnaît dans l'ouverture d'esprit et dans la disponibilité envers l'autre une conduite correcte et religieusement désirable. La communauté médicale est donc implicitement accusée d'une attitude immorale qui se manifeste dans une rigidité intellectuelle et institutionnelle et, par conséquent, dans une attitude de fermeture à l'égard d'autres approches médicales². Les médecins acupuncteurs dans les trois précédentes citations parlent d'un préjugé d'origine culturelle qui fait obstacle à la diffusion de la médecine chinoise en Italie et d'un effort nécessaire pour se rapprocher et s'approprier d'une culture autre. Ce ne sont pas les contenus du savoir médical qui sont véritablement mis en cause, mais plutôt des *a priori* et des valeurs idéologiques, fondées sur une vision européocentriste peu ouverte sur ce qui est « différent », qui jouent dans la fermeture de l'establishment médical italien. Nous reviendrons plus loin sur les implications de la pensée moderne et scientifique vis-à-vis de la médecine chinoise, mais notons ici que cette sensibilité au « différent », exprimée dans les citations des médecins acupuncteurs, se manifeste entre la fin des années 1980 et le début des années 1990. Plus tard (des années 1990 à nos jours) la question de « différent » et d'une culture différente, laissera la place, dans les discours de ces médecins, à des argumentations qui seront axées beaucoup plus sur des questions techniques en défense de la médecine chinoise.

Cela ne nous étonne que modérément si l'on pense à la position de la Chine, et par conséquent de la culture chinoise, à l'échelle mondiale. Les limites entre les pays s'estompent, les distances se raccourcissent, le terme « globalisation » devient de plus en plus présent, et la culture chinoise est ressentie comme de moins en moins « différente ».

En janvier 1993 le comité de rédaction de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* propose un éditorial qui a comme titre : « '93, Ripensiamo il passato, progettiamo il futuro » (« 1993, Repensons le passé, projetons le futur ») dans le quel on relève les propos suivants :

¹ « Editoriale. Dilemma alle soglie del duemila: integrazione o separazione delle culture e delle civiltà? », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°6, novembre-décembre 1992, p. 7.

² Cf. « Editoriale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°1, janvier-février 1988, p. 2.

Dans les années 1970, dès le début de notre intérêt pour l'acupuncture et la médecine chinoise, nous avons toujours été lourdement critiqués par beaucoup de nos collègues : l'« ouverture d'esprit » vers d'autres culture était prise pour un intérêt ingénu exotique et notre sincère « curiosité intellectuelle » pour une escroquerie teintée de saveurs exotique, les « larges horizons culturels » étaient définis comme des croyances non scientifiques.

En revanche j'ai l'impression que nous étions en train d'accomplir un geste presque prophétique, aussi bien d'un point de vue *médical* que d'un point de vue *politique et culturel*.

Pourquoi d'un point de vue *médical* ?

Parce que nous avons cherché « hors » des schémas connus un souffle d'air frais: [...] Insatisfaits de notre modèle de médecine, de santé, de politique sanitaire, de didactique, de clinique... nous avons cherché « ailleurs »... et nous avons rencontré d'abord l'acupuncture et la médecine chinoise ensuite.

[...] La rencontre avec une « médecine différente » a généré, et est en train de générer, une « manière nouvelle et différente de faire de la médecine » : un nouveau modèle de didactique et de clinique, mais aussi de production de littérature politique et sanitaire, qui n'a pas été simplement le fruit d'une réflexion, mais qui a été « vécu » pendant les quinze premières années de notre École.

Pour cela les cours sont graduellement devenus des occasions pour transmettre une véritable expérience professionnelle et non seulement l'exposition d'une théorie abstraite, la clinique est de plus en plus l'occasion de donner une réelle réponse à un besoin de santé et non une tentative empirique d'appliquer à la réalité du malade les formules d'un modèle théorique, les publications cherchent à enseigner la médecine chinoise au lieu d'être un vague exercice littéraire pour l'obtention de titres professionnels.

Il nous semble, cependant, que l'expérience de notre École a aussi une *profonde valeur politique* : il s'agit d'une réelle réponse à un besoin (de santé de la part des patients, de compétences professionnelles de la part des élèves, d'approfondissement culturel de la part des lecteurs) donnée sans subventions publiques, en valorisant le travail de bénévolat et les capacités d'entrepreneur de chacun d'entre nous.

Ce modèle de « médecine » a vraiment une valeur politique et doit être proposée aux universités, aux hôpitaux, au système sanitaire national ...¹

Le discours de ces médecins dans la citation que nous venons de présenter change de ton si on le confronte au contenu des premiers éditoriaux de la revue. Le message qui

¹ « Editoriale, '93, ripensiamo il passato, progettiamo il futuro », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°1, janvier-février 1993, p. 7.

est communiqué dans cette citation est le résultat de leur travail, dans le Gruppo di Studio Società e Salute, qui s'est consolidé avec le temps et qui leur a donné confiance et certitude. En effet, la dimension « politique » et « culturelle » de l'enjeu et des convictions qui sont mises en avant et soutenues se fondent sur plus que dix ans d'engagement, d'enseignement et de travail autour de la médecine chinoise.

Notons la définition de la valeur « médicale », en premier lieu, et puis « politique » qui est ici donnée : il s'agit d'un apport médical dans le cadre, vécu comme limitatif, de la médecine conventionnelle (« nous avons eu l'intuition des limites de notre médecine occidentale, pourtant précieuse, et nous nous sommes sentis un peu écrasés dans les mailles du « nouveau » système sanitaire qui était en projet... »¹). Or, en deuxième lieu, les limites de la médecine conventionnelle aperçues par les médecins acupuncteurs ne se placent pas nécessairement et uniquement dans la sphère médicale, mais aussi et surtout dans le cadre politique d'exercice de leur travail, puisque le système sanitaire est ici mentionné comme un obstacle à la pratique médicale souhaitée par ces médecins (qui n'hésitent pas à rappeler leur engagement dans le bénévolat)². Enfin, la dimension « culturelle » de leur projet ne perd pas d'importance, à preuve ce passage datant de 1993 :

Ces quinze années de travail ont aussi une *valeur politique et culturelle* parce que elles nous ont permis de rencontrer avant beaucoup d'autres le monde extrême-oriental et la Chine, de comprendre leur richesse humaine, scientifique et culturelle, de nous rendre compte qu'ils n'existent pas seulement l'Europe et l'Amérique du Nord.

Autour de la mer de Chine s'est réveillé un noyau de développement que peu ont eu l'occasion de connaître et d'apprécier comme nous l'avons fait jusqu'ici. Des ressources culturelles, humaines et économiques incroyables sont en train de s'activer, l'énorme volant du moteur de l'Extrême-Orient commence à bouger.

À la porte de l'année 2000 de nouveaux scénarios internationaux sont en train de se dessiner, dans lesquels les anciennes civilisations découvrent et imposent leur valeur réelle.

Peut-être par destin, peut-être par hasard, nous nous sommes rendus compte de ces nouveautés quinze ans avant nos collègues.³

¹ « Editoriale, '93, ripensiamo il passato, progettiamo il futuro », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°1, janvier-février 1993, p. 7.

² Bien que cela ne soit pas dit explicitement, dans cette citation la critique soulevée s'adresse au statut du médecin généraliste dans le système sanitaire national italien.

³ « Editoriale, '93, ripensiamo il passato, progettiamo il futuro », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n°1, janvier-février 1993, p. 7.

Approcher une culture différente, être conscient de la force et des potentialités d'un pays qui, très rapidement, devient une nouvelle puissance mondiale, sortir de l'eurocentrisme, sont les démarches revendiqués par ces médecins. Ils se définissent comme des pionniers par rapport à la communauté médicale - et peut-être aussi une bonne partie du reste de la société – anticipant des événements internationaux qui sont aujourd'hui complètement d'actualité et qui voient la Chine au centre d'un développement et d'une expansion économique impressionnante. Certes, en 1993 la Chine commençait seulement le développement de sa puissance au niveau mondial, et nos médecins italiens affirment justement que « des incroyables ressources culturelles, humaines et économiques sont en train de s'activer ». Mais au fur et à mesure que le travail autour de la médecine chinoise prend tournure auprès de ce groupe de médecins, mais aussi au niveau international, leur discours porte moins sur l'étonnement face à la potentialité de la puissance chinoise et plus sur leurs tentatives de s'appropriier une part de cette médecine en l'intégrant à leur pratique de médecins conventionnels.

Leur perspective quant à de la médecine chinoise change, comme change leur perception du « différent » qu'il faut apprivoiser. Nous pouvons à ce propos penser au discours concernant le local et le global tenu par les sociologues de la globalisation, et en particulier au concept d'« habitat de signification » proposé par Bauman. Ce dernier analyse l'*agency* (action) sociale comme un mouvement flexible de l'habitat où l'action opère et produit des significations sociales qui, dans le temps, peuvent prendre de l'amplitude ou la perdre et qui dans leur processus culturel se réactualisent continuellement¹. Ce concept d'« habitat de signification » nous semble bien correspondre au parcours d'appropriation de la médecine chinoise de la part de ces médecins acupuncteurs qui est, dans le temps, progressivement remis à jour et qui reste à l'écoute des changements locaux et globaux par rapport à la pratique et à sa signification sociale.

De fait, toujours sur la même ligne de discours, l'importance de la médecine chinoise pour le monde médical occidental est soulignée par les médecins acupuncteurs du Centro Studio Società e Salute dans un éditorial de la même année où, en évoquant les lacunes et les limites de la médecine conventionnelle, la médecine chinoise est valorisée et, selon eux, semble trouver sa place en Occident.

Ces dernières années l'Organisation Mondiale pour la Santé est en train de consacrer de plus en plus d'attention aux médecines traditionnelles ; cela ne se produit pas

¹ Cf. : Barman Z., *Intimation of Postmodernity*, London, Routledge, 1992.

par hasard : c'est le résultat d'un changement de direction dans la politique internationale dans le domaine de la prévention et des soins des maladies. [...]

Cette nouvelle attention pour les médecines non conventionnelles naît de la constatation que la pratique de plus en plus diffusée de la médecine allopathique a montré dans les décennies passées son indiscutable efficacité, mais aussi ses limites. De l'observation de ses limites ont découlé la redécouverte et la renaissance des anciens arts médicaux, qui peuvent et doivent être valorisés surtout maintenant, dans le XX^{ème} siècle, à la lumière des plus récentes découvertes scientifiques. La neuro-immuno-endocrinologie moderne commence finalement à donner de plus en plus une vision unitaire au savoir médicale allopathique et le rapproche de plus en plus à la vision holistique des sciences médicales de la tradition la plus antique.¹

Quelque temps après, de nouveau, la position de la médecine chinoise dans la communauté médicale italienne est remise en question par ces médecins qui expliquent leurs propos et leur conception de la rencontre entre les deux médecines :

Il faut renoncer, une fois pour toutes, au concept d'être « alternatifs » et finalement devenir « constructifs » [« *propositivi* »] : proposer, vis-à-vis du large public et vis-à-vis du monde médical, une expérience déjà consolidée d'intégration des connaissances scientifiques des médecines non conventionnelles et de la médecine allopathique, au niveau théorique comme dans la pratique clinique quotidienne. [...]

La diffusion de plus en plus importante de ces méthodes de thérapie [les médecines non conventionnelles] vient de différents facteurs qui ont tous un dénominateur commun : le respect de la véritable nature de l'homme et la tentative de soigner le patient dans sa globalité. L'expérience que nous avons faite pendant des années dans ce secteur nous a conduit à certaines convictions :

En premier lieu, il n'existe pas une seule médecine, mais plusieurs traditions et cultures médicales, qui peuvent et doivent s'intégrer pour produire les meilleurs résultats, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapie.

En deuxième lieu, la nécessité de promouvoir et de diffuser les pratiques traditionnelles préventives pré-médicales devient de plus en plus importante: les gymnastiques médicales et les bonnes habitudes alimentaires peuvent jouer un rôle aussi socialement important que les méthodes de prévention dans le domaine médical.

¹ « Editoriale, Orizzonti verdi per le medicine tradizionali », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 6, novembre-décembre 1993, p. 7.

Enfin, l'étude de la médecine chinoise est en train de revaloriser certains aspects de notre ancienne tradition occidentale qui doivent revenir à la lumière, récupérés et revitalisés.¹

Comme nous pouvons le lire, une position d'intégration de la médecine chinoise avec la médecine conventionnelle est ici ouvertement défendue. Et, en parlant d'intégration, ces médecins entendent un regard porté sur le patient qui soit plus « global » et respectueux de « la nature de l'homme ». Il ne s'agit donc pas de concevoir une seule médecine exacte, parfaite et intouchable, mais différentes médecines qui doivent coopérer afin d'obtenir la meilleure prise en charge et les meilleurs résultats de soin pour les patients. Pour cela, ils préconisent la diffusion de toutes les pratiques de prévention, médicales aussi bien que paramédicales². Mais surtout, et cela nous semble intéressant à remarquer, ils préconisent l'intégration de la médecine chinoise dans la pratique médicale des médecins conventionnels comme un élément de retour à certains aspects de la tradition médicale occidentale. « Faut-il qu'à force de regarder vers l'Orient nous redécouvriions finalement notre ancienne et millénaire tradition médicale ? »³ peut-on lire dans un autre numéro de la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*. Bien entendu, par « redécouverte de l'ancienne médecine occidentale » ils n'entendent pas nécessairement les remèdes thérapeutiques hippocratiques ou galéniques, mais plutôt la qualité du regard porté sur la maladie et d'approche du patient. De fait, ils reprennent le même concept un peu plus tard en affirmant :

La dernière décennie a permis un pas énorme en avant dans la connaissance de la médecine chinoise en Italie, grâce à l'approfondissement des disciplines déjà connues (acupuncture, massage et gymnastiques médicales) et l'introduction de la diététique et de la pharmacologie.

Il y a donc des fondations solides sur lesquelles édifier le travail des années qui viennent, lequel je pense, doit se développer dans deux secteurs : la mise en confrontation

¹ « Editoriale, verso una nuova politica delle medicine non convenzionali », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 2, avril-juin 1994, p. 7.

² Ces médecins ont introduit dans l'enseignement de leur école aussi une formation au *qi gong* et d'importantes notions de diététique chinoise.

³ « Editoriale, Orizzonti verdi per le medicine tradizionali », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 6, novembre-décembre 1993, p. 7.

de la médecine chinoise avec la science occidentale moderne et, en même temps, avec la médecine hippocratique et galiléenne de tradition ancienne.¹

Or, quelle est la contribution de la médecine chinoise à la médecine occidentale, ou conventionnelle, dans le mouvement d'intégration que ces médecins défendent ? Un des aspects de la médecine chinoise qui apportent des éléments d'enrichissement à la médecine allopathique est, notamment, le processus de diagnostic. Les médecins acupuncteurs du Gruppo di Studio Società e Salute déclarent en effet :

La théorie des cinq organes et viscères, celle des méridiens, la sphymologie et la glossoscopie chinoises sont les méthodes de diagnostic essentielles pour ceux qui veulent appliquer les techniques thérapeutiques mais, au même temps, elles sont très utiles pour ceux qui ne connaissent que la médecine occidentale et qui veulent se servir seulement de ces méthodes de soin. L'instrument diagnostic occidental permet au médecin une observation attentive des phénomènes particuliers qui conduisent à la maladie et, grâce à ce diagnostic, il est possible de cerner les lésions spécifiques du cadre morbide ; la médecine chinoise élargie l'horizon et permet de passer de la « maladie » au « malade ». Paradoxalement, ce qui arrive est que la connaissance de la médecine chinoise permet d'améliorer la pratique clinique de la médecine occidentale.²

Cette alliance de deux médecines, ainsi qu'elle est ci-dessus présentée, semble amener ces médecins à l'abandon d'une mentalité rigoureusement biomédicale, centrée donc sur la maladie (*disease*) du patient, pour aller vers un regard plus humanisé, adressé au malade en tant que personne. « ...Passer de la "maladie" au "malade"... » correspond ici à une prise de position idéologique postmoderne, qui rejoint totalement les buts de la *Medical Anthropology* nord-américaine. Cette dernière refuse explicitement le dualisme cartésien pour affirmer la complémentarité entre corps et esprit, guérison (*healing*) et soin (*curing*). En opposition à la conception biomédicale, la maladie devient un processus « individualisant ». Le patient est, de fait, l'objet d'une analyse qui prend en considération tous signes significatifs et qui valorise la perception et l'expérience personnelles de la condition de l'individu malade (*illness*). Les principaux auteurs de ce courant de pensée ne se limitent pas à une interprétation des réalités observées, mais ils conçoivent leur travail

¹ « Editoriale, Nuovi programmi editoriali per una medicina antica », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, octobre-décembre 1994, p. 7

² « Editoriale, La medicina cinese al servizio della medicina occidentale », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 1, janvier-mars 1995, p. 7.

comme une indication pédagogique pour les médecins dont ils apprécient les apports cliniques¹. Dans l'optique des médecins anthropologues de l'école de Harvard il nous semble que le discours avancé par les médecins acupuncteurs peut correspondre de façon très pertinente au propos avancés par cette approche théorique, aussi bien que clinique, de la maladie.

Pour revenir au discours tenu par les médecins acupuncteurs du Gruppo di Studio Società e Salute, l'autre aspect de la médecine chinoise qui semble influencer de façon considérable leur travail est de nature moins technique que la définition du diagnostic, mais plus philosophique ou spéculative. Ce qui fascine tous les médecins acupuncteurs, et notamment les médecins dont nous nous occupons à présent, c'est la conception cosmologique venant de Chine et la place de l'homme dans l'univers dont il fait partie.

Nous sommes des médecins de formation occidentale qui se consacrent quotidiennement à la pratique de la médecine traditionnelle chinoise : cette double appartenance nous impose constamment la nécessité concrète de confronter les applications des cultures chinoise et occidentale au problème de la santé de l'homme.

Un aspect de la manière d'étudier l'organisme humain en Chine nous a toujours apparu intéressant : son regard unitaire. En feuilletant les textes chinois de médecine, nous pouvons aisément arguer que la présentation de la structure et du fonctionnement du corps implique un sentiment de l'homme bien différent de celui de l'Occident.

Dans nos textes de médecine le corps est conçu comme une hypothèse anatomique, physiologique, pathologique, clinique dont nous ne déduisons jamais « l'unité » du sujet de l'étude. [...] C'est une erreur fondamentale qui trouve une de ses origines dans la duplicité de la *res cogitans* et *res extensa* venant de Descartes.

Dans les textes chinois de médecine il est clairement dit que le corps de l'homme ne peut pas exister indépendamment de son contexte, du Ciel-Terre qui le situe dans son espace, et du temps qui le nourrit en lui transférant ses énergies. [...] D'une certaine façon le *qi* du Ciel-Terre se manifeste dans un corps humain et le vivifie tout au long de la durée de son existence qui se termine quand, avec la disparition du *qi* vital, la force de cohésion qui s'est exprimée disparaît. Il est donc impossible de séparer l'homme du Ciel-Terre parce que la réalité est comme un tissu dont chaque homme est un fil de la trame, un élément d'un tout, la réalité est comme une grande mer, dont chaque homme est une goutte de d'eau

¹ Cf. : Katon W., Kleinman A., « Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care », in Eisenberg L., Kleinman A. (ed.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reideir, Dordrecht, Holland, 1981; Like R., Ellison J., « Sleeping blood, tremor and paralysis: a trans-cultural approach to an unusual conversation reaction », in *Cultural Medical Psychiatry*, n° 5, 1981, p. 49-63.

qui tombe dans la totalité. Par conséquent, l'étude de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie, de la clinique, mais aussi celle de la psychologie, de la philosophie, de la morale ne sont pas séparées entre elles, mais représentent des éléments différents d'un seul processus de connaissance, d'un seul chemin vers la vérité.¹

Nous avons vu qu'un des éléments fondamentaux de la pratique des médecins acupuncteurs est le regard qu'ils portent sur leurs patients, et nous avons vu comment leur vision de la pathologie se rapproche de la distinction *illness/disease* venant de l'anthropologie médicale nord-américaine et qui refuse la distinction entre *res cogitans* et *res extensa* dans leur conception de la maladie. Or, ces médecins acupuncteurs, tout en conservant leur position de médecins conventionnels, arrivent à changer leur approche au patient grâce à une vision cosmologique empruntée à une autre culture, la chinoise. Les instruments conceptuels qui fondent leur relation avec les patients dépassent la simple critique de la biomédecine, touchant à une vision symbolique plus large. Le corps du patient est non seulement un corps physiologique, ou le *self-body* dont le patient fait l'expérience, mais (aussi) une réalité bien plus nuancée et complexe qui est interprétée selon la vision chinoise du corps humain, comme un paysage symbolique².

La citation précédente est, de fait, un bon témoignage d'intégration de la médecine chinoise dans la pratique médicale quotidienne d'un médecin conventionnel, ce qui apparaît de façon plus claire encore si l'on se réfère au texte qui suit, où le Docteur Lucio Sotte exprime quelques considérations de son expérience en cours de carrière de médecin acupuncteur :

Chaque fois que je visite un nouveau patient je me rends compte de l'amplitude de l'horizon qui s'entrouvre grâce au fait de m'être consacré à l'étude et à la pratique de la médecine chinoise. D'une part ma formation occidentale à la biomédecine m'oblige à observer le patient selon l'optique scientifique et à l'analyser en harmonie avec ses théories, en essayant d'arriver à définir quels sont l'organe, le tissu ou la fonction malades, ou alors quel déséquilibre psyco-neuro-immunologique peut exister dans le cadre clinique ; d'autre part mes études de médecine chinoise me suggèrent de chercher à comprendre quel

¹ Sotte L., « Editoriale, Antropologia e cosmologia di Oriente e Occidente », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, octobre-décembre 1997, p. 7.

² Cf. : Schipper K., *Le corps taoïste, Corps physique – corps social*, Paris, Fayard, 1982, 1997, p. 137-155.
Despeux C., « Le corps, champ spatio-temporel, souche d'identité », *L'Homme. Chine : facettes d'identité*, N° 137, janvier-mars 1996, p. 87-118.

est l'élément de disharmonie énergétique qui est à la base des symptômes et comment ceci altère les rythmes *yin-yang* et comment cela se reflète sur les organes, les viscères, les tissus, les méridiens et les points d'acupuncture.

C'est ainsi presque sans m'en rendre compte en combinant les théories analytiques et déductives de la culture occidentale aux codes analogico-symboliques de la culture chinoise, je concrétise en un instant une synthèse pratique des critères de lecture de la réalité venant de deux civilisations si différentes et je m'en sers pour décider d'utiliser deux points d'acupuncture ou d'administrer un médicament ou de demander trois examens de laboratoire ou alors une échographie pour mieux comprendre ce qui est en train de se passer pour mon patient.

Je pense que cette expérience pratique d'utilisation de deux cultures différentes dans le geste de définir un diagnostic et tracer une thérapie est un des meilleurs éléments de synthèse entre culture chinoise et occidentale qu'on puisse actuellement mettre en place.¹

Nous avons ici un témoignage de la position prise par la médecine chinoise dans l'imaginaire d'un médecin occidental. Dans le discours tenu par ce médecin acupuncteur le système de connaissance des relations entre corps, esprit, nature et société propre à notre culture occidentale est confronté avec une autre approche épistémologique du réel, celle venant de la civilisation chinoise. Le Docteur Sotte affirme achever une synthèse de ces deux approches qui sont par lui-même décrits comme ayant des caractéristiques logiques profondément différentes (« les théories analytiques et déductives de la culture occidentale » et les « codes analogico-symboliques de la culture chinoise »), pour donner suite à un choix thérapeutique. Ce discours semble justifier les arguments avancés par ces médecins acupuncteurs en affirmant l'importance d'une intégration de la médecine chinoise dans la pratique médicale conventionnelle. Or, pouvons-nous entendre cette rencontre de deux systématisations du réel comme une véritable intégration ? D'un point de vue logique l'intégration d'une vision du corps et de son fonctionnement telle que la biomédecine la propose aujourd'hui et la conception microcosme-macrocosme qui fonde l'épistémologie chinoise semble inconciliables, la première concevant le corps humain dans une perspective de réductionnisme biologique, la deuxième plaçant l'homme dans une perspective d'analogies entre sa propre existence et les cycles naturels, les règles du fonctionnement social, les mouvements cosmiques. Une approche positiviste qui se confronte avec une vision holistique semble, d'un point de vue cognitif, trouver

¹ Sotte L., « Editoriale, Alle soglie de III millennio: la medicina come occasione di vero dialogo tra Oriente e Occidente », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, octobre-décembre 1999, p. 7.

difficilement un terrain d'entente. Par ailleurs, une action concomitante des deux paradigmes de pensée se produit, de fait, au moment de la prise en charge du patient, quand concrètement le médecin en question formule un diagnostic et s'oriente vers une stratégie de soin.

Il nous semble pour cela probablement plus approprié de parler d'une « synergie »¹ entre ces deux systèmes de conception de l'homme, qui dans ce cas précis concernent la personne malade et l'interprétation de sa souffrance, qui s'associent pour formuler une thérapeutique individualisée.

La suite de l'« Editoriale » du Docteur Sotte peut confirmer notre définition de synergie entre deux systèmes de pensée en témoignant de la sensation presque déconcertée du médecin acupuncteur après plusieurs années d'étude et de pratique de la médecine chinoise :

Depuis plus vingt ans, [...] je marche sur cette double voie qui d'une part m'emmène à lire avec l'alphabet latin, et d'autre part avec les idéogrammes, les questionnements que ma profession de médecin me pose.

Je me rends compte parfois – avec presque de l'inquiétude – que ce double critère de lecture commence à se manifester aussi dans d'autres occasions de ma vie : quand je dois décider comment m'habiller le matin, quoi manger à l'heure du déjeuner, comment utiliser mon temps libre ou comment me comporter avec mes enfants et mes amis. Depuis quelques temps quand je respire, j'absorbe de l'oxygène et l'énergie du ciel *tian qi*, quand je mange je digère des protéines, vitamines, sels minéraux et l'énergie de la terre – *gu qi* - quand je pense j'utilise les neurones en association avec le *shen* et quand je m'énerve parce que quelque chose ne va pas comme je voudrais non seulement je me ronge le sang et j'ai un accès de colère mais, dernièrement, mon *yang* se libère.

C'est ainsi qu'à force d'étudier la médecine chinoise un morceau de ma vie aussi est en train de devenir avec les yeux bridés. Et je me rends compte que ce double critère de lecture du réel devient de plus en plus naturel et me donne les deux faces de la médaille de chaque événement de la vie : c'est de leur intégration que peut naître un nouveau modèle d'analyse du réel. Peut-être le Millénaire qui va commencer saura le découvrir et le réaliser, ceci est notre présage et notre augure.²

¹ « Synergie »: gr. *sinergia*: Coopération. 1. Action coordonnée de plusieurs organes, association de plusieurs facteurs qui concourent à une action, à un effet unique. 2. Action coordonnée de plusieurs éléments. *Le Nouveau Petit Robert*, 1995.

² Sotte L., « Editoriale, Alle soglie di III millennio: la medicina come occasione di vero dialogo tra Oriente e Occidente », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, octobre-décembre 1999, p. 7.

Le contenu de ce texte n'est plus proprement une réflexion de nature épistémologique, il ne concerne plus précisément le champ de la connaissance, mais déplace l'attention sur la définition de la « rencontre entre cultures ». Nous trouvons dans cette citation des éléments qui nous ramènent à la différence culturelle et surtout aux « habitats de signification » dont nous parlions précédemment. Nous reviendrons sur cette question par la suite, mais il nous semble important ici de souligner ce processus de combinaison entre deux cultures différentes qui est vécu et observé dans l'expérience personnelle du Docteur Sotte comme une forme de « créolisation de cultures » en empruntant la définition de Ulf Hannerz qui affirme :

Ce qui est au cœur du concept de culture créole est une combinaison de diversité, interconnexion et innovation dans le contexte des relations globales centre-périphérie [où nous pouvons entendre par le centre l'Europe et par la périphérie la Chine].¹

En continuant notre parcours dans les affirmations du groupe de médecins de l'Émilie-Romagne, nous voyons encore une fois se transformer cette appropriation de la médecine chinoise pour leur pratique de médecins et aussi pour leur interprétation de la maladie dans un « Editoriale » de juillet 2000 qui a comme titre « Spunti di pensiero relazionale per la verità dell'uomo II » [« Esquisses de pensée relationnelle pour la vérité de l'homme »] :

Je voudrais m'arrêter un instant sur un aspect encore très peu souligné du « langage » qui est en train de se diffuser grâce à la décodification du génome : dans peu de temps nous aurons à disposition l'immense dictionnaire qui contient toutes les mots de notre code chromosomique. [...]

Avoir à disposition ce dictionnaire est le premier pas pour connaître le langage qui décrit la vie : il faut en effet tout d'abord connaître la signification de mots insérés dans le dictionnaire [...] et juste après connaître la syntaxe pour comprendre les rapports qui existent entre les différents mots.

Dans le précédent éditorial de notre revue² je soulignais comment la langue chinoise peut suggérer un autre processus de connaissance qui se rapproche de celui de la syntaxe occidentale et qui, probablement, peut être utile aussi dans le cas du génome

¹ Hannerz U., *Transnational Connection. Culture, People, Places*, Londond-New York, Routledge, 1996; trad. It. (Falcioni R.), *La diversità culturale*, Bologna, Il Mulino, 2001, p. 108.

² Sotte L., « Editoriale, Spunti di pensiero relazionale per la verità dell'uomo », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 2, avril-juin 2000, p. 7.

humain. Le langage chinois se fonde sur des idéogrammes qui décrivent le réel avec un code symbolique ; chaque idéogramme selon la position qu'il assume dans une phrase peut représenter l'aspect qualificatif de l'adjectif, celui nominal du substantif ou celui dynamique du verbe. Ce qui est important dans le processus de connaissance à la chinoise n'est donc pas la signification de chaque terme mais aussi, et parfois surtout, le système des relations à l'intérieur duquel il est inséré. Les qualités de « nominal » du substantif, « qualificatif » de l'adjectif ou « dynamique » du verbe d'un idéogramme chinois ne dépendent pas uniquement de son « sens propre » mais surtout de la « relation de sens » qui est définie dans le développement de la phrase.

Le « contexte » donne une signification aux éléments qui le composent qui – comme pour les idéogrammes – en dépendent au point que, hors de leur contexte, ils perdent leur signification. La médecine chinoise nous suggère d'appliquer ce système relationnel et cette syntaxe dynamique au génome humain aussi pour mieux en comprendre ses caractéristiques et ses potentialités.¹

Ce qui apparaît dans le texte cité est la tentative, de la part de ce médecin acupuncteur, de trouver une cohérence entre les mécanismes d'interprétation de la réalité propres de la pensée chinoise - qui s'expriment d'une façon extrêmement importante dans la structuration de la langue et de l'écriture – et les progrès spéculatifs et de connaissance de la science médicale occidentale. La lecture de plus en plus approfondie de l'ADN et la valeur « relationnelle » des génomes humains sont confrontés, dans une relation analogique, à la langue et à l'écriture chinoise.

Le champ de la génétique est un terrain spéculatif qui attire l'intérêt des médecins acupuncteurs puisque, finalement, la pensée scientifique déterministe cède la place à une vision plus « organiciste » du fonctionnement vitale. Ils voient dans ces découvertes récentes la confirmation de la valeur de la médecine chinoise : puisque l'accent est mis sur un modèle de pensée qui se fonde sur le relativisme plus que sur le mécanisme, la « syntaxe dynamique » de la pensée chinoise peut devenir une « épistémologie » applicable à la science génétique et pour cela donner une confirmation implicite de la valeur de la médecine chinoise.

Cette valeur et la conception de la santé non comme une absence de maladie mais plutôt comme un état d'équilibre et de bien-être physique, psychique et social se consolident de plus en plus déjà dans le discours de ces médecins acupuncteurs, mais aussi

¹ Sotte L., « Editoriale, Spunti di pensiero relazionale per la verità dell'uomo II », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 3, juillet-septembre 2000, p. 7.

sur le plan social. Effectivement le ton des affirmations à ce propos de la part des médecins acupuncteurs de la Fondazione Matteo Ricci¹ est de plus en plus persuadé et résolu, comme nous pouvons le lire dans un éditorial de 2002 :

Il s'avère de plus en plus évident que ce bien-être [le bien-être physique, psychique et sociale] est le résultat de complexes équilibres internes et externes à l'homme dont un rôle fondamental est confié, d'une part à l'alimentation, au mouvement, à la respiration, et d'autre part à la qualité dans les relations familiales, sociales et de travail. Le modèle biomoléculaire de médecine a été remplacé par un modèle bio-psycho-social dans lequel l'attention à la pollution des eaux et de l'air va parallèlement à l'attention pour l'amélioration des conditions de travail, des rapports interpersonnels familiaux et sociaux et de la qualité de sa propre alimentation, du mouvement physique.

Finalement il semble clair que le modèle mécaniciste sur lequel se fondait notre médecine de la première moitié du siècle dernier est désormais remplacé par la P.N.E.I psycho-neuro-endocrinologie qui fait de l'homme un microcosme dont l'équilibre dépend de l'harmonie interne des différentes composantes et de l'harmonie entre microcosme de l'homme et macrocosme environnemental dans le sens non seulement d'écosystème, mais aussi comme environnement familial et social : il s'agit du même modèle de médecine utilisé en Chine depuis à peu près trois millénaires.

Ce concept est clair pour tous sauf pour qui est chargé de s'occuper de la santé publique et de l'utilisation des ressources économiques à disposition pour l'entretenir et l'optimiser. Il y a des méthodes de médecine conventionnelle et non conventionnelle – dans le cas de la médecine chinoise je pense à la diététique, au massage et à la physiokinesiologie, aux gymnastiques médicales – qui pourraient être diffusées et utilisées parce que elles pourraient améliorer la qualité de vie et donc l'état de santé de la population avec des coûts très bas [...]. Il faut donc s'engager dans un grand travail de sensibilisation des administrateurs locaux, des politiciens, du monde de l'éducation, des médias pour que ces ressources soient convenablement utilisées.²

Dans le message contenu dans cette citation nous pouvons apercevoir un certain optimisme vers une action d'affirmation de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Italie. Cela est certainement motivé par le résultat obtenu, après plusieurs années de négociations, avec la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli

¹ Nous rappelons qu'en 1998 le Gruppo di Studio Società e Salute fusionne avec l'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (A.M.A.B.) pour faire naître la Fondazione Matteo Ricci.

² Sotte L., « Editoriale, Un nuovo modello di salute per una nuova politica sanitaria », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 3, juillet-septembre 2002, p. 7.

Odontoiatri (F.N.O.M.C.eO.) en mai 2002 quand certaines thérapeutiques non conventionnelles¹ ont obtenu le droit le droit de n'être pratiquées que par des médecins et quand les Ordres provinciaux des médecins ont commencés à créer des registres pour les médecins acupuncteurs. Or, la situation de la médecine chinoise en Italie ne suit pas un chemin de diffusion sans obstacles, pour cela le discours des médecins de la Fondazione Matteo Ricci, comme de tous les médecins acupuncteurs italiens, peut être influencé par les progrès ou les échecs de la reconnaissance de leur pratique au niveau national. Il est donc temps de voir de plus de près quel est le rôle de la Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura (FISA) qui a été créée en 1987 afin de défendre les droit et les idéaux des médecins acupuncteurs italiens et des associations dont ils font partie.

¹ L'acupuncture, la phytothérapie, la médecine ayurvédique, la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la médecine traditionnelle chinoise, l'omotossicologie, l'ostéopathie, la chiropractie.

6. La Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA)

Nous avons déjà brièvement présenté le rôle de la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA) pour ce qui en est de la tutelle des droits des médecins acupuncteurs et de la diffusion de l'acupuncture en Italie. Nous y revenons ici pour montrer plus en détail quelles sont les étapes de la constitution de cette institution et quelles sont les démarches mises en place pour rendre concrets les buts et les attentes des médecins acupuncteurs italiens.

En 1987, grâce à la volonté du professeur Nino Zicari¹ les deux plus anciennes et sérieuses associations d'acupuncture médico-scientifiques présentes en Italie, la SIA et la S.I.R.A.A., décidèrent de fusionner² avec l'intention de créer une nouvelle institution afin de mieux gérer les rapports avec les pouvoirs publics nationaux et internationaux (le ministère de la Santé, l'Institut Supérieur de la Santé, le ministère de l'Éducation, le Service Sanitaire National, les Adjoints régionaux et départementaux à la Santé, le Parlement Européen). Dans la mesure où il n'existe pas un syndicat national de médecins acupuncteurs italiens, la FISA se propose aussi de représenter, pour ces médecins, une sorte de protection syndicale.

La FISA naît ainsi à Rome, le 9 mars 1987 et elle regroupe plusieurs associations et écoles d'acupuncture. Après sa naissance elle a son siège à Bologne et elle est strictement liée à l'activité de la Fondation Matteo Ricci. De fait la revue de référence de la FISA est la *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese* qui est aussi, comme nous l'avons vu, la revue de la Fondation Matteo Ricci.

Aujourd'hui cette fédération représente 21 associations médicales italiennes dont 18 écoles³ qui s'intéressent à l'acupuncture et à la médecine chinoise avec environ 2.700 médecins inscrits.

Dans le statut que la FISA rédige au moment de sa naissance elle se propose les buts suivants :

- Sauvegarder le prestige de l'acupuncture
- Contribuer à la diffusion de l'acupuncture et à son intégration avec la médecine moderne

¹ Le docteur Nino Zicari est professeur de chirurgie à l'Université la Sapienza de Rome.

² Bien que, comme nous l'avons vu, les deux sociétés, la SIA et la SIRAA, ne disparaissent pas après la naissance de la FISA

³ La liste complète des associations et écoles faisant partie de la FISA est reportée dans l'annexe n° 11.

- Fournir une information correcte sur l'acupuncture
- Défendre l'acupuncture comme acte médical
- Promouvoir toute initiative pouvant apporter des informations culturelles aux sociétés qu'elle représente
 - Nommer ses représentants auprès des commissions, organismes, ou organisations au niveau gouvernemental, régional, national ou international
 - Collaborer avec ces organismes ou organisations pour la réalisation des initiatives ou des dispositions qui peuvent intéresser le contexte de la M.T.C.
 - Représenter auprès des autorités nationales ou internationales, aussi bien que des syndicats, les intérêts de ses membres.¹

Nous avons vu précédemment le rôle de la Società Italiana d'Agopuntura (SIA) et de la Società Italiana di Ricerca in Agopuntura e Auricoloterapia (S.I.R.A.A.) et nous avons aussi vu comment les buts des deux associations, la FISA et la SIA, semblent se superposer. De fait, malgré les tensions internes entre les organisateurs des deux organismes, aussi bien la SIA que la FISA se battent pour une pratique correcte et une reconnaissance de l'acupuncture en Italie.

Mais ce qui différencie la FISA de la SIA est le fait d'être une fédération de sociétés, et non de personnes. Elle fédère, en effet, des sociétés, des associations, et surtout des écoles² d'acupuncture pour créer une communion et une coopération entre les forces organisationnelles déjà existantes.

Cependant la FISA est consciente des différentes approches de l'acupuncture qui existent en Italie, mais elle se propose de réunir dans une seule institution les écoles ayant des styles différents. Sans diminuer ou sous-estimer aucun des ces enseignements, la FISA distingue, à grand traits, les différents approches :

Celle « réflexothérapeutique occidentale », qui utilise l'anatomophysiologie chinoise des points et des méridiens en l'interprétant dans les termes occidentaux, et celle « traditionnelle », qui recueille tout le patrimoine de l'acupuncture et de la médecine chinoise anciennes et le soumet à une vérification scientifique.

[...]

¹ « Storia della FISA », *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000, p. 1.

² Les écoles privées d'acupuncture en Italie existent souvent dans des cadres associatifs, sauf la Fondazione Matteo Ricci qui a, comme son nom l'indique, le statut de fondation.

À l'intérieur de l'orientation de formation « traditionnelle » nous devons donc distinguer deux « phases » et deux « approches » que nous trouvons représentées en Italie et que nous pouvons, pour simplifier, définir comme : « traditionnelle européenne » (fondée sur des parcours de formation scientifiques et culturels venant de l'héritage de la Chine et de l'Indochine dans l'après guerre et avant la Révolution culturelle chinoise) et « traditionnelle chinoise » (basée sur les contacts directs avec les Universités de Médecine Traditionnelle Chinoise en Chine ou avec des réalités didactiques européennes et extra-européennes en relation directe avec la Chine).¹

Or, l'intérêt de la démarche de la FISA est de trouver un terrain d'entente entre les écoles d'acupuncture et de médecine chinoise sur l'ensemble du territoire italien. Pour cela le travail des premières années tourne principalement autour de l'organisation des standards de formation.

6.a. L'activité de la FISA

6.a.1. La réglementation de l'enseignement

C'est ainsi que le premier pas pour poursuivre les buts que la FISA se donne est de garantir la qualité dans la formation des médecins qui pratiquent l'acupuncture. C'est avec cet objectif que, en 1995, se constitue le « Coordinamento delle scuole di agopuntura delle associazioni aderenti alla FISA » (Coordination des Ecoles d'acupuncture et des associations adhérentes à la FISA), avec l'intention d'harmoniser et de coordonner l'activité didactique pour la formation des médecins acupuncteurs.

De fait, afin de former des professionnels qui peuvent pratiquer une acupuncture sûre pour eux et pour les patients, et aussi pour pouvoir intégrer la pratique de l'acupuncture à la médecine conventionnelle, la FISA considère indispensable de fixer les conditions requises pour la formation des acupuncteurs. Le programme qui est préparé par ce comité de coordination des écoles d'acupuncture établie des normes qui définissent les aspects fondamentaux, didactiques et organisationnels des cours d'acupuncture :

- Quatre années de formation
- Total d'heures de formation théorique et pratique de 360 heures.

¹ « Profilo professionale del medico agopuntore », *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000, p. 111.

- Programme d'enseignement dans lequel sont développés les aspects traditionnels et les aspects modernes de l'acupuncture
- IV année de formation consacrée à des stages polythématiques qui peuvent être suivis une des écoles adhérentes à la FISA (et non nécessairement dans l'école de formation jusqu'à la III^e année)
- Examens annuels d'admission à l'année suivante
- Discussion finale d'un mémoire en présence de deux enseignants de l'école qui a été fréquentée et un enseignant d'une autre école adhérente à la FISA et représentant la FISA
- Obtention, après les examens et la discussion du mémoire, de l'Attestation Italienne d'Acupuncture délivrée par la FISA¹

Le programme d'enseignement définit de façon très analytique, année par année, les normes de formation dans le respect des styles, des approches et des tendances différentes présentes dans l'acupuncture enseignées par les écoles faisant partie de la FISA.

Le fait d'établir un programme commun pour la plupart des écoles italiennes, signifie garantir un niveau d'enseignement de l'acupuncture contrôlé et fiable. C'est cette première initiative de la FISA qui lui garantira, dans les années à venir, la confiance des écoles d'acupuncture italiennes qui rapidement adhéreront, et, surtout, des pouvoirs publics ainsi que des organismes officiels de médecine conventionnelle pour lesquels la FISA jouera un rôle de référence pour toutes les démarches législatives et d'institutionnalisation. À titre d'exemple, on peut citer le succès obtenu par le programme organisationnel de la FISA à l'Atelier Européen d'Acupuncture qui s'est tenu à Rome en 1990². À cette occasion a été organisée une réunion des délégués de la Commission Européenne et de l'OMS, des représentants politiques italiens, et des représentants des médecins acupuncteurs d'autres pays européens (donc la France) ; tous ont exprimé leur approbation pour les mesures mises en place par l'institution représentant l'acupuncture italienne, donc la FISA.

Le programme d'enseignement qui est formulé dans les années 1990 est remis à jour dix ans après. L'enseignement est réorganisé en modules et avec un total d'heures de formation pour l'obtention du diplôme de médecin acupuncteur plus important (450heures).

¹ « Profilo professionale del medico agopuntore », *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000, p. 111-112.

² Cf. : « Notiziario FISA », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, juillet - août 1990, p.2-3.

Toujours à propos des mesures concernant l'enseignement, à partir de 1995 la FISA met en place, juste après la définition des programmes minimum communs, le recensement de tous les médecins en formation auprès des écoles adhérentes à la fédération et (en 1999) la création d'un « carnet d'étudiant » commun à tous les inscrits. De fait, chaque étudiant dans les écoles faisant partie de la FISA cotise aussi pour la fédération dont il devient membre. Son cursus est donc enregistré dans les archives de la fédération et dans son cahier, ce que lui permet de passer d'une école à l'autre avec une équivalence des années de formation et de pouvoir suivre la quatrième année de son cursus dans une ou plusieurs écoles différentes¹. Les sociétés et les associations d'acupuncture en Italie étant un lieu de formation, mais aussi d'échange et souvent de recherche, le but de la FISA est effectivement de permettre une communication entre ces réalités de travail afin de rassembler les forces dans l'objectif d'une reconnaissance institutionnelle et législative.

6.a.2. L'action de la FISA dans la production d'une réglementation et d'une reconnaissance législatives

Une fois établie une certaine cohérence dans le programme d'enseignement au niveau national, la FISA commence un travail politique auprès des membres du Parlement italien afin d'obtenir une reconnaissance légale de la pratique de l'acupuncture².

De fait, la FISA réaffirme continuellement à tous les niveaux l'exclusivité de l'acupuncture comme acte médical. Pour cela elle participe à presque tous les débats institutionnels qui ont lieu en premier lieu en Italie, mais aussi au niveau européen.

Depuis la fin des années 1980 en Italie ont été présentés au Parlement des projets de loi ayant pour objectif la réglementation des médecines et des pratiques non conventionnelles. En 1990 Marinella Gramaglia, membre du Parlement, présente une proposition de loi. Dans cette proposition, on souligne dès l'article n° 2 que l'acupuncture est un acte médical et pour cela réservé aux diplômés en médecine. Ce qui paraît intéressant dans ce projet est la place de l'enseignement. En effet Marinella Gamaglia propose d'instituer des cours d'information à l'acupuncture pendant la formation

¹ La quatrième année est organisée autour d'enseignements monographiques portant sur la clinique en acupuncture. Ce qui signifie que chaque étudiant peut choisir de suivre un ou plusieurs séminaires dans une école qui n'est pas celle qu'il a fréquenté pour les premières années, mais qui propose des sujets lui permettant de compléter sa formation.

² Nous avons vu que l'acupuncture est déclarée un acte médical en 1986 suite à plusieurs sentences pour exercice illégal de la médecine, mais aucune loi qui reconnaît l'acupuncture ou la médecine chinoise n'a jamais été promulguée en Italie après cette date.

universitaire en médecine conventionnelle. Pour la suite elle propose et soutient l'enseignement privé pour la formation *post-laurea* (post-diplôme) en médecine.

Pendant la XIII^e législature toute une série de propositions de loi concernant ces médecines sont finalement réunies dans un seul texte qui devient une proposition de loi présentée par le député Paolo Galletti. La FISA participe activement à la formulation de la proposition « Discipline des thérapies non conventionnelles exercées par les médecins ». La proposition de loi n° 3891, dite « loi Galletti pour le médecines non conventionnelles »¹, passe à l'examen de plusieurs commissions en juillet 2000 en recevant des avis favorables. Un texte révisé, entre autres avec la collaboration des associations et des professionnels du secteur, est présenté à la Commission des Affaires Sociales qui n'arrive pas à discuter et faire approuver le projet de loi avant la fin de la législature.

Pendant la XIV^e législature (qui se termine en février 2006) une vingtaine de propositions de loi concernant les médecines non conventionnelles sont présentées au Parlement. En essayant de produire un texte unifiant toutes ces propositions le membre du Parlement Paolo Lucchese se charge de travailler avec plusieurs associations intéressées (dont la FISA). Le projet de loi qui est présenté officiellement en mai 2003 par le membre du Parlement Paolo Lucchese à la Commission des Affaires Sociales² vise à une réglementation non seulement de l'exercice des médecines non conventionnelles, mais aussi la formation professionnelle des médecins et des opérateurs non médecins. Cette proposition de loi, comme celle du membre du Parlement Paolo Galletti, n'arrive pas à être approuvé avant le changement de gouvernement en printemps 2006, probablement parce que trop ambitieuse, en regroupant des catégories trop vastes du secteur (la loi vise à réglementer toutes les pratiques de soin y compris celles souvent pratiquées par les non médecins).

En juillet 2006 la région Emilie-Romagne approuve un projet de loi qui deviendra une proposition présentée au Parlement. Ce projet propose une réglementation uniquement pour les dix disciplines médicales déjà reconnues par le F.N.O.M.Ce.O. (Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri)³. La Fondazione Matteo

¹ Cf. : Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B., *Le medicine non convenzionali in Italia*, Milan, Franco Angeli, 2007; Candelise L., « L'intégration de la M.T.C. en Italie », D.E.A. École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, juin 2000.

² Pour le texte complet de la loi un membre du Parlement Paolo Lucchese voir : <http://www.fondazionericci.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/P/BLOB%3AID%3D436>

³ Atti parlamentari, Camera dei Deputati n° 1426, « Proposta di legge: Disciplina delle medicine non convenzionali esercitate da laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e veterinaria », 19 juillet 2006. Voir plus loin pour ce qui en est des disciplines médicales approuvées par la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Ricci, aussi bien que la FISA jouent un rôle important dans la poursuite de cette proposition de loi, les deux ayant leur siège à Bologne¹.

6.a.3. La FISA et la F.N.O.M.Ce.O. : la reconnaissance de l'acupuncture auprès de l'Ordre des médecins

Un autre front d'action de la FISA pour la légitimation de l'acupuncture dans le contexte médical italien trouve sa place auprès de l'institution nationale de l'Ordre des médecins, la FNOMeC (Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri). Une démarche centrale pour l'affirmation de la reconnaissance de l'acupuncture au niveau national est, certainement, l'admission de l'acupuncture comme pratique médicale à l'intérieur de l'Ordre de médecins et la possibilité d'inscription à l'Ordre en tant que médecins acupuncteurs pour les médecins la pratiquant.

La première intervention de la FISA dans la FNOMeC remonte à 1996, quand, pour la première fois, auprès de l'Ordre des médecins l'exercice de l'acupuncture est formellement considéré comme acte médical et donc réservé uniquement à ceux qui possèdent le diplôme universitaire. De fait, en 1997 la FNOMeC constitue une « *Commissioine per le pratiche alternative* » (« Commission pour les pratiques [médicales] alternatives »), cette commission, en 1998 produit un document qui a comme titre : « *Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative* » (« De la suprématie de la médecine scientifique à la confrontation avec les pratiques alternatives »). Ce document de la FNOMeC défend le primauté de la médecine conventionnelle, mais porte l'attention sur certaines thérapeutiques non conventionnelles qui ont fait preuve de sérieux et qui s'engagent dans des procédures de vérification scientifique. Dans ce document la FNOMeC invite aussi les Ordres des médecins au niveau provincial à prendre des mesures pour réglementer les médecines non conventionnelles. Suite à cette décision, dans quelques provinces, des registres des médecins acupuncteurs sont créés. Palerme est la première province qui met en place une telle démarche, même avant la publication du document de la FNOMeC. Ensuite l'Ordre provincial de Rome, qui est le plus important comme nombre de médecins inscrits, crée aussi un registre des médecins acupuncteurs en 1998. La mise en place de ces registres se limite à ces deux régions jusqu'en 2002.

¹ Bologne est le chef-lieu de l'Émilie-Romagne.

Cette année, après de nombreuses tractations entre les pouvoirs publics et les associations professionnelles et après plusieurs tentatives de créations de commissions de travail et de projets d'études organisés par les régions, les provinces ou à l'échelle nationale grâce à la FISA¹, un congrès est finalement organisé à Terni qui a comme thème : « La professione medica e le medicine non convenzionali : rischi e opportunità » (« La profession médicale et les médecines non conventionnelles : risques et opportunités »). Ce congrès donnera suite à un document « Linee guida de la FNOMeC sulle medicine e pratiche non convenzionali » (« Lignes directrices de la FNOMeC sur les médecines et pratiques non conventionnelles ») qui définira neuf médecines non conventionnelles² (dont l'acupuncture et la médecine traditionnelle chinoise) comme

...importantes d'un point de vue social, cela aussi bien sur la base des indications de la Résolution n° 75 du Parlement européen du 29 mai 1997 et la Résolution 1206 du conseil de l'Europe du 4 novembre 1999, que sur la base du recours à ces disciplines qui est de plus en plus fréquent de la part des citoyens.³

Cette délibération déclare l'exercice de ces neuf pratiques non conventionnelles un acte uniquement médical ; pour cela il fournit une liste de mesures qui ont pour but l'intégration de ces thérapeutiques dans le système sanitaire national. Parmi ces mesures il y a la promulgation d'une loi nationale, la création des registres provinciaux et la réglementation des parcours de formation de ces disciplines.

Après mai 2002, plusieurs Ordres des médecins provinciaux créent des registres pour les médecins acupuncteurs, dont en 2002 ceux de Cagliari et Sassari, en 2003 Forlì-Cesena, Vérone et Florence.

Suite à cette délibération la FNOMeC intervient dans les commissions d'analyse des projets de loi présentés au Parlement. De fait, les délégués de la FNOMeC s'opposent au projet de loi du parlementaire Paolo Lucchese en affirmant, à plusieurs reprises, la non-conformité de cette proposition aux termes établis par la délibération venant du congrès de Terni en 2002. En particulier, selon la FNOMeC, la proposition de loi semble ne pas tenir

¹ La FISA crée en 1998, le Coordinamento della Ricerca in Agopuntura (Centre de coordination de la recherche sur l'acupuncture), dont les buts sont de contrôler la validité scientifique des travaux de recherche sur l'acupuncture et d'être à son tour promoteur de la recherche scientifique.

² L'acupuncture, la phytothérapie, la médecine ayurvédique, la médecine anthroposophique, la médecine homéopathique, la médecine traditionnelle chinoise, l'ostéopathie, la chiropratique.

³ Consiglio nazionale della FNOMeC, « La medicina non convenzionali, posizione della FNOMeC », 18 maggio 2002, p. 1. Site Internet: <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/Jhome.jsp>

compte du fait que les médecines non conventionnelles doivent être uniquement pratiquées par ceux qui ont obtenu leur diplôme de médecin conventionnel¹.

6.a.4. L'acupuncture dans le Système Sanitaire National italien

C'est certainement grâce à l'activité de la FISA que, en 1999, avec la réforme du Système Sanitaire National (S.S.N.) mise en place par le Ministre de la Santé Rosy Bindi, l'acupuncture devait trouver une place parmi les prestations sanitaires qui auraient dû bénéficier des « fonds intégratifs »². Pour cela le Ministre devait affecter des fonds spéciaux pour la recherche en médecines non conventionnelles. Mais les fonds intégratifs n'ont jamais été assignés ni pour les médecines non conventionnelles ni pour toutes autres thérapeutiques à cause de l'important déficit national. De plus en 2002, à l'occasion de la réforme des L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza : Niveaux Essentiels d'Assistance) l'acupuncture est exclue des prestations remboursées, sauf en cas de traitement antalgique. Cette dernière mesure pénalise le travail des médecins acupuncteurs italiens, en particulier ceux qui pratiquent l'acupuncture en milieu public³.

Toujours dans le cadre de la place de l'acupuncture dans le S.S.N., la FISA se bat afin d'obtenir que les cours et les initiatives qu'elle organise puissent devenir, pour les médecins que les fréquentent, des « crédits formatifs ». En effet, toujours dans le cadre de « la réforme Bindi » du S.S.N., à partir de l'année 2000 par le Ministère de la Santé est mis en place un « Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina » (« Programme national d'Éducation Continue en Médecine ») qui vise à garantir une formation continue pour les médecins italiens. Les médecins italiens sont pour cela tenus de suivre un montant d'heures de formation certifié (les crédits formatifs) par an. De ce fait, après une réunion de la Commissione Nazionale per la Formazione Continua (Commission Nationale pour la Formation Continue) du 20 novembre 2003, les activités de la FISA sont reconnues comme valables pour les crédits formatifs des médecins.

¹ Cf. : le site : <http://www.ministerosalute.it/>

² Les Fonds Intégratifs prévus par la réforme du service sanitaire national de 1999 devraient aider au remboursement de soins non compris dans les L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza : Niveaux Essentiels d'Assistance).

³ Cf. : Cas d'étude, Chapitre V, p. 539-571.

6.a.5. Les autres démarches de la FISA

Pour pallier le manque d'intérêt pour la recherche en matière d'acupuncture, la FISA crée, en 1998, le Coordinamento della Ricerca in Agopuntura (Centre de coordination de la recherche sur l'acupuncture), dont les buts sont de contrôler la validité scientifique des travaux de recherche sur l'acupuncture et d'être à son tour promoteur de la recherche scientifique (aujourd'hui est en cours une étude multi centrique sur l'utilisation de l'acupuncture versus le veralipride dans le contrôle des syndromes climatériques). De fait, comme nous l'avons vu précédemment, pour ce qui en est des activités de recherche en Italie la SIA semble finalement jouer un rôle plus important que la FISA, cette dernière étant beaucoup plus active dans les négociations politiques et dans l'organisation de l'enseignement au niveau national.

Comme nous l'avons vu en exposant les activités de la SIA, en 1997 la FISA décide de mobiliser deux financements pour la réalisation de deux ouvrages de présentation de l'acupuncture. Ce double financement trouve ses raisons dans l'opposition et les contrastes entre ces deux institutions travaillant autour de l'acupuncture (la SIA et la FISA). De fait le texte produit par la FISA (*Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*) a été distribué un mois après celui rédigé par la SIA Il est ainsi présenté :

Le volume naît d'une exigence qui devenait de plus en plus pressante : celle de présenter au vaste public, au monde des médecins et à celui des Institutions italiennes l'état actuel de l'acupuncture et de la médecine traditionnelle chinoise dans notre pays et, plus en général, en Europe.¹

Il constitue une mise à jour sur l'acupuncture, autant pour ses aspects cliniques que pour ce qui en est de sa pratique et sa reconnaissance au niveau institutionnel. Le Président de la FISA, le docteur Carlo Maria Giovanardi, dans une interview publiée avant l'apparition du texte, déclarait :

Le livre est divisé en plusieurs sections : une section qu'illustre la méthode et les points d'acupuncture, les différentes techniques de stimulation, les conditions de sécurité et les problématiques liées à l'utilisation de l'acupuncture. Ensuite nous avons une section

¹ Sotte L., *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 4, octobre-décembre 2000, p. 7.

consacrée aux mécanismes d'actions et les indications cliniques de l'acupuncture. Pour rédiger cette partie on a consulté plusieurs banques de données afin d'analyser tout ce qui est présent dans la littérature.

Nous prenons ensuite en considération la pratique de l'acupuncture, l'importance du rôle du médecin, l'intégration de l'acupuncture avec la médecine moderne. Un large volet est consacré au profil professionnel du médecin acupuncteur, à sa formation et à sa formation continue. Sont aussi examinées les problématiques liées aux normes sur la publicité sanitaire. Enfin le livre s'achève avec les résultats du recensement, promu par la FISA, des ambulatorios publics où est pratiquée l'acupuncture.¹

Ce texte est imprimé à 5000 exemplaires et distribué à tous les médecins inscrits à la FISA et à plusieurs institutions italiennes : tous les Ordres provinciaux des médecins, Ministère de la Santé, Ministère de l'Université et de la Recherche, Institut Supérieur de Santé, Assessorats régionaux, politiciens et journalistes. Une distribution est faite aussi auprès des principales organisations et associations d'acupuncture au niveau européen².

Enfin, pour ce qui en est des démarches de la FISA dans la reconnaissance de l'acupuncture en Italie nous pouvons certainement affirmer qu'elle entretient de très bonnes relations avec les responsables et les délégués de la FNOMeC C'est ainsi que le président de la FNOMeC est très souvent présent dans les congrès, les meetings ou les journées d'études organisées par la FISA ou les associations d'acupuncture membres de la FISA. Cela garantit une bonne acceptation de l'acupuncture comme pratique médicale non conventionnelle en Italie. Malgré cela, comme nous l'avons vu, plusieurs démarches pour un positionnement reconnu dans le S.S.N. italien ont plusieurs fois échoué (les lois présentés au Parlement n'ont jamais eu d'approbation, la place de l'acupuncture dans les L.E.A. sanctionnés par le Ministère de la Santé a régressé dans les dernières années).

Néanmoins, tout le travail de réglementation dans l'enseignement, le texte de la FISA publié en 2000 (*Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*), le Comité de coordination de la recherche en acupuncture, l'annuaire des médecins acupuncteurs que la FISA publie chaque année depuis 2000, montrent un engagement important de la part des médecins acupuncteurs italiens qui n'arrêtent pas

¹ « Notiziario FISA. Intervista al Dott. Carlo Maria Giovanardi, attuale presidente della FISA, su passato, presente e progetti futuri della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 1, janvier-mars 2000, p. 9.

² Nous avons, à titre personnel et à la demande du Président de la FISA, participé à cette distribution au niveau européen.

d'augmenter en nombre, comme le témoignent l'évolution des inscrits à la FISA depuis sa naissance¹.

¹ Cf. : Chapitre IV, p. 413-414.

7. L'enseignement universitaire de l'acupuncture

Nous avons jusqu'ici parlé de l'acupuncture et la médecine chinoise en Italie comme des médecines non conventionnelles enseignées par des écoles privées (nous avons vu qu'il s'agit de sociétés ou d'associations ou encore de fondations). Nous avons aussi fait rapidement allusion au soutien de la part d'un membre du Parlement italien pour l'enseignement privé de ces médecines. De fait, encore aujourd'hui, en Italie, la plupart des médecins en formation suivent des cours d'acupuncture ou de médecine chinoise auprès d'école privées. Néanmoins, depuis la fin des années 1990, des tentatives d'introduction de l'acupuncture dans les universités ont été faites. Il est intéressant de noter que les premières démarches en ce sens ont donné suite à des affirmations de désaccord de la part de la FISA. Les arguments sont clairement exposés par le Président de la FISA le docteur Carlo Maria Giovanardi dans une interview au début de l'année 2001 :

Pendant des années, les institutions, si elles ne se sont pas opposées [à l'acupuncture] l'ont, du moins, ignorée. Maintenant tout le monde semble se rendre compte que l'acupuncture est une réalité et la course à qui arrive le premier est commencée, avec cela je me réfère à l'intérêt de la part des Universités pour l'enseignement de l'acupuncture. Actuellement les cours universitaires proposés par les universités italiennes, à cause de leur programme limité, le manque d'activité clinique pratique et le modeste nombre d'heures d'enseignement ne sont absolument pas en mesure de fournir aux médecins un professionnalisme suffisant pour pratiquer l'activité d'acupuncteur. Ils ne peuvent qu'être uniquement de bons cours d'information, et non pas de formation. Mais, pour ceux qui ne connaissent pas cette situation de l'acupuncture au niveau universitaire, cela peut être un attrait. L'absence d'une loi qui rende équivalents les cours privés à ceux publics (comme c'est prévu dans la proposition de loi Galletti) risque de créer une concurrence déloyale entre le secteur public et celui privé au détriment de la qualité de l'enseignement de l'acupuncture.¹

Les raisons avancées par le docteur Giovanardi contre l'enseignement universitaire de l'acupuncture naissent effectivement d'un manque de reconnaissance de cette thérapeutique au niveau légal et, par conséquent, institutionnel.

¹ Sotte L, « Notiziario FISA. Bilancio di un anno di lavoro per una nuova agopuntura. Intervista al Dott. Carlo Maria Giovanardi », *Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, n° 1, janvier-mars 2001, p. 9.

De fait, les premiers cours universitaires sont organisés à l'Università Statale de Milan et à l'Università la Sapienza de Roma. Ces formations appelées « Corso di perfezionamento » (« Cours de perfectionnement ») consistent en des cours monographiques (par exemple : « La douleur muscle-squelettique, les céphalées et le stress météoropathique » ou « Acupuncture stress et pathologies corrélées ») pendant lesquels les élèves sont informés sur les notions de base de l'acupuncture, les notions de base de la pathologie traitée pendant l'année, les interprétations selon la médecine chinoise de cette dernière et sa clinique avec l'acupuncture. Les médecins en formation n'ont aucune obligation de poursuivre pendant plusieurs années ces cours d'acupuncture, et de fait ils obtiennent un diplôme à la fin de chaque année académique. Ce type de cours est considéré, en effet, comme insuffisant pour la formation d'un médecin acupuncteur et manquant d'un programme de base approfondi et cohérent. Les médecins acupuncteurs enseignants dans ces cours universitaires, eux-mêmes, considèrent le programme lacunaire et le type d'enseignement peu engageant pour les médecins en formation (ces médecins peuvent arrêter leur formation après une année, avec 120 heures de cours, et s'installer comme médecins acupuncteurs)¹. Cela dit, l'acupuncture n'étant pas une discipline institutionnellement reconnue, il est impossible de créer des « masters » universitaires (des cursus de trois ans avec 800 heures de formation).

Etant donnée la situation universitaire et suite au travail de réglementation de l'enseignement de la part de la FISA dont nous avons parlé, nous comprenons les perplexités exprimées par le docteur Giovanardi dans la citation précédente.

De fait, comme il est exposé par le docteur Giovanardi et d'autres auteurs dans le texte *Le medicine non convenzionali in Italia*², aujourd'hui en Italie neuf universités, proposent des enseignements de médecines non conventionnelles (MNC). Il s'agit de cours informatifs pour les étudiants en médecine, de cours de perfectionnement *post-laurea* et des masters universitaires. Les cours informatifs sont des leçons d'information générale sur les MNC qui souvent sont proposés aux étudiants fréquentant la cinquième année de formation à la médecine officielle.

¹ Nous avons longuement discuté à ce sujet avec le médecin acupuncteur organisateur du « Corso di perfezionamento » de l'Università Statale de Milan.

² Vannacci A., Giovanardi C. M., Geppetti P., Mugelli A., Genuini G. F., « Modelli di integrazione a livello di didattica universitaria », in Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B., *Le medicine non convenzionali in Italia*, Milan, Franco Angeli, 2007, p. 205-217.

La nouveauté est donc la mise en place très récente des masters universitaires. De fait il s'agit, pour la première fois en Italie, d'un titre universitaire à part entière en MNC¹.

La mise en place des masters universitaires en médecine chinoise naît dans un contexte plus large de d'échange entre l'Italie et la Chine établi pendant la XIV^e législature, sous le gouvernement Berlusconi. En août 2004 une mission du Ministère de la Santé, organisée par le ministre professeur Gerolamo Sirchia, se rend en Chine pour définir des contrats d'échange en matière médicale entre la Chine et l'Italie². À la suite de cette mission, un Comitato Congiunto Italia-Cina (Comité Conjoint Italie-Chine) est créé pour promouvoir l'enseignement de la « Pratica della Medicina Tradizionale Cinese » (« Pratique de la Médecine Traditionnelle Chinoise »)³ en Italie. Après plusieurs réunions en Italie aussi bien qu'en Chine arrive un programme d'enseignement est mis à point pour ce master. En printemps 2006 à l'Università la Sapienza de Rome et en automne 2006 à l'Università Statale de Milan débutent ces masters universitaires qui ont comme titre : « Integrazione tra la medicina tradizionale cinese e la medicina occidentale » (« Intégration entre la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale »). Le programme est conçu avec les buts suivants :

Le cours a pour but l'acquisition, de la part des *laureati* [les médecins récemment diplômés] en Médecine et Chirurgie, des connaissances et des compétences dans l'application et l'intégration de la M.T.C. [Médecine Traditionnelle Chinoise] avec les procédures diagnostiques-thérapeutiques de la M.O. [Médecine Occidentale].

L'approche se fonde sur la volonté de pénétrer les valeurs intimes de la M.T.C. et de son efficacité dans la promotion du bien-être de la personne dans sa totalité, dans le respect des critères de scientificité et d'objectivité qui sont la base autant de la M.T.C. que de la M.O..

Le cours s'articulera en sept objectifs spécifiques :

1. Connaître les fondements historiques et philosophiques de la M.T.C. confrontée à la M.O.

¹ Cela veut dire que le médecin acupuncteur peut rendre public, afficher dans son cabinet et sur sa plaque l'obtention de son diplôme de master en médecine traditionnelle chinoise ou en acupuncture. En Italie effectivement, l'acupuncture n'étant pas une spécialité médicale et n'étant pas réglementée par une loi, les médecins qui obtiennent leur diplôme de médecin acupuncteur dans une école privée, même si elle est liée à la FISA, ne peuvent pas faire apparaître leur expertise sur leur plaque.

² Cf. : Ministero della Salute, « Rapporto sulla missione del Ministero della Salute, Prof. Gerolamo Sirchia, presso la Repubblica Popolare Cinese, 28 agosto 2004 - 3 settembre 2004 ».

³ Ce Comité est composé par des représentants du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Instruction, de l'Université et de la Recherche, par les doyens de la Faculté de Médecine et Chirurgie de l'Università Statale de Milan et de « la Sapienza » de Rome et par le Président de la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA).

2. Connaître les bases théoriques de la M.T.C.
3. Acquérir une connaissance critique pour approcher la clinique des maladies plus communes, sur la base des évidences retrouvables en littérature et pour approfondir la connaissance des mécanismes d'action des différentes procédures thérapeutiques
4. Connaître les procédures pour la prévention et le maintien de l'état de bien-être et en évaluer l'utilisation dans la M.O.
5. Acquérir les éléments déontologiques et législatifs dans la pratique de la M.T.C., en accord avec les indications de l'O.M.S. et selon la législation communautaire
6. Evaluer la possibilité de l'intégration entre M.O. et M.T.C.
7. Promouvoir les conditions pour le développement de programmes de recherche favorisant la collaboration entre M.T.C. et M.O.
8. Acquérir les éléments nécessaires pour une confrontation critique entre M.T.C. et d'autres médecines complémentaires/alternatives (C.A.M.)¹

Notons que ces masters, voulus par le Ministre de la Santé, ne portent pas sur l'acupuncture, mais sur la médecine chinoise. Cela constitue donc une stratégie pour pouvoir créer un master dans une médecine non conventionnelle. Un master en « Médecine Traditionnelle Chinoise » intégrée à la « Médecine Occidentale » est organisé autour de l'utilisation de la pharmacopée, dont une partie est d'origine chinoise. D'ailleurs dans le « Rapporto sulla missione del Ministero della Salute, Prof. Gerolamo Sirchia, presso la Repubblica Popolare Cinese, 28 agosto 2004 - 3 settembre 2004 »² il est ouvertement spécifié que cette collaboration entre l'Italie et la Chine, pour ce qui est de la « Médecine Traditionnelle Chinoise », comporte non seulement des échanges au niveau de l'enseignement, mais aussi, et surtout, dans la production et l'import-export de plantes médicinales chinoises. D'ailleurs, toujours dans le même document, il est dit que les standards de production et d'importation des plantes chinoises doivent respecter les normes de production établies par la Communauté Européenne. Enfin, cette phytothérapie venant

¹ Università degli Studi di Milano, « Master Universitario, Integrazione tra la medicina tradizionale cinese e la medicina occidentale », brochure de présentation de l'année académique 2006-07.

² Ministero della Salute, « Rapporto sulla missione del Ministero della Salute, Prof. Gerolamo Sirchia, presso la Repubblica Popolare Cinese, 28 agosto 2004 - 3 settembre 2004 ».

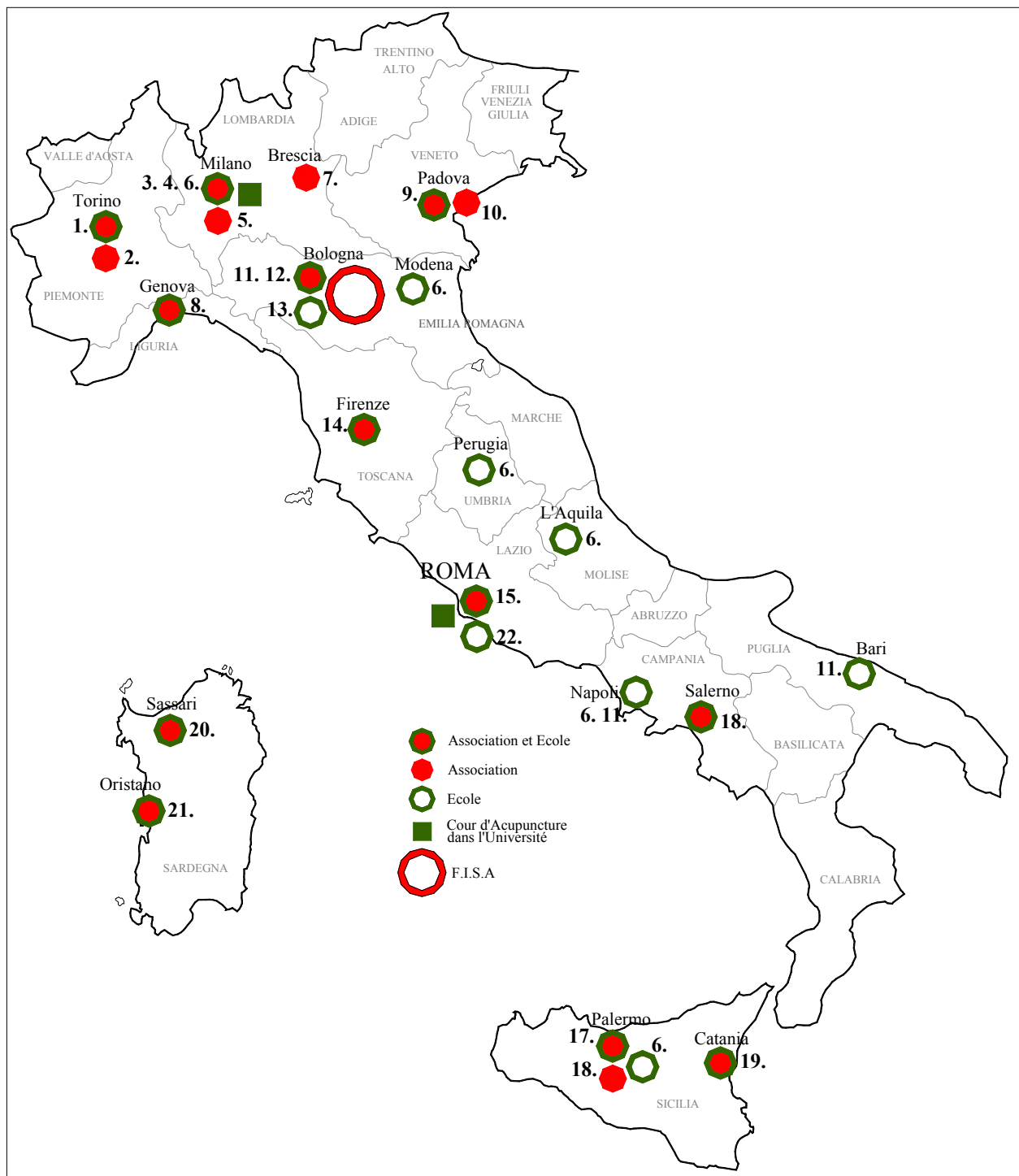
de Chine doit respecter les conditions établies par la directive européenne approuvée en 2003 concernant « les médicaments traditionnels d'origine végétale »¹.

Notre travail de terrain se terminant pendant l'été 2006, nous n'avons donc pas pu analyser l'impact de ces masters dans les deux universités italiennes. Nous savons néanmoins qu'un autre master a été mis en place auprès de l'Università degli Studi de Florence en « Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese ». Ce master est adressé aux médecins déjà formés à la médecine chinoise en ayant obtenu un diplôme validé par la FISA.

L'apparition de quelques enseignements dans les universités italiennes semble, pour l'instant, n'avoir pas eu de conséquences trop importantes pour les écoles privées d'acupuncture et de médecine chinoise. Cependant, comme nous l'avons vu pour l'école MediCina², cette nouvelle organisation de la formation a conduit à des fusions entre écoles pour mieux faire face à la « compétition » mise en place par l'enseignement public.

¹ Cf. : Frerichs G., « Parere del comitato economico e sociale in merito alla “Proposta di direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2001/83/CE per quanto riguarda i farmaci vegetali tradizionali », *Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea*, 14 mars 2003, p. 61/9-61/11.

² Cf. : Chapitre III, p. 355.



Acronyme de Associations et des Ecoles Italiennes

Source: site web F.I.S.A. 2006

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. A.M.I.A.R. | 12. G.S.S.S. - Fondazione M. Ricci |
| 2. S.I.R.A.A. | 13. A.N.I.A.M. |
| 3. A.L.M.A. | 14. A.M.A.T. |
| 4. MediCina | 15. A.M.S.A. |
| 5. S.I.A. | 16. A.M.A.I. |
| 6. SOWEN – C.S.S.A. | 17. Associazione culturale "QI" |
| 7. U.M.A.B. | 18. OMOIOS |
| 8. A.M.A.L. | 19. A.S.M.A. |
| 9. A.I.R.A.S. | 20. G.S.A.T.N. |
| 10. S.M.A.V. | 21. Associazione "VIDUTH" |
| 11. A.M.A.B. - Fondazione M. Ricci | |

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE IV – Comparaison de la France et de l'Italie

1. Comparons quelques données : les médecins acupuncteurs et leurs conditions d'exercice

Lors de nos réflexions sur la diffusion de l'acupuncture en France et en Italie, des questions de nature quantitative se sont posées au sujet du nombre de praticiens acupuncteurs à l'échelle nationale ainsi que de leur proportion par rapport aux médecins conventionnels. Ces questions avaient déjà été évoquées lors des entretiens menés auprès des médecins responsables des écoles italiennes et françaises : « De toute façon nous ne savons pas précisément combien de médecins pratiquent l'acupuncture et combien se disent être acupuncteurs... ».

L'histoire contrastée de l'acupuncture, aussi bien en France qu'en Italie n'a permis qu'une reconnaissance partielle de cette pratique médicale au sein des systèmes de santé des deux pays. Par conséquent aucune institution n'a concrètement regroupé et représenté les médecins acupuncteur d'une façon constante. Dans ces deux pays seules des associations ou des sociétés privées ont géré leur travail et ont recueilli les données les concernant : en France le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France et à l'A.F.A. (Association Française d'Acupuncture), et en Italie la F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura). Ces trois institutions, existant encore aujourd'hui, ont été de loin les centres les plus importants de récolte des données quantitatives concernant le nombre de médecins exerçant l'acupuncture.

1.a. Les médecins acupuncteurs et leurs conditions d'exercice en France

Les données concernant l'évolution du nombre des médecins acupuncteurs en France viennent de différentes sources que nous avons consultées et que nous avons présentées dans le tableau n° 1.¹ Malgré leur hétérogénéité, elles sont pourtant les seules indications dont nous disposons et, malgré leurs limites, elles nous seront utiles pour suivre l'évolution de la pratique de l'acupuncture en France et de sa diffusion dans le milieu médical.

Les données du tableau n° 1 montrent l'augmentation progressive, s'accroissant subitement à la fin des années 1970 et au début des années 1980, du nombre des médecins acupuncteurs français.

¹Ces données sont sujettes à caution, parfois exagérément élevées et venant de sources hétérogènes et incomplètes ; il manque, de fait, plus que 15 ans de résultats dans le recensement des médecins acupuncteurs français.

Tableau n° 1¹

| Années | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1977 | 1978 | 1981 | 1983 | 2000 | 2004 | 2005 | |
|--------|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------------|-------|--|
| Source | | | | | | | | | | | | |
| (1) | 343 | 473 | 845 | 1.217 | 2.260 | | | | | | | |
| (2) | | | | | | 5.385 | 8.265 | 9.676 | | | | |
| (3) | médecins généralistes sans orientation complémentaire acupuncteur seulement | | | | | | | | | 1.738 | | |
| | généralistes sans orientation complémentaire acup. et homeop. | | | | | | | | | 1416 | | |
| | omnipraticiens à orientation complémentaire <i>a priori</i> proche de la méd. Générale, acup. seulement | | | | | | | | | 226 | | |
| | omnipraticiens à orientation complémentaire <i>a priori</i> éloignée de la méd. Générale, acup. + acup. et homeop | | | | | | | | | 38 | | |
| | total | | | | | | | | | 3.418 | | |
| (4) | | | | | | | | | | 1.764 | 1.759 | |

(1) Publié par la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*

(2) Cf. Fresnet P., « Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France », p. 5

(3) Darriné S., Niel X., « Les médecins omnipraticiens au janvier 2001 », *DREES, Études et Résultats*, n° 99, janvier 2001

(4) Donnée Eco-Santé. Site Internet : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

Par la suite, ces données nous montrent une inversion de tendance dans la diffusion de la pratique de l'acupuncture auprès des médecins français à partir de 1983. De fait, si en 1983 nous comptons 9.676 médecins acupuncteurs inscrits au Syndicat, en 2000 les médecins pratiquant l'acupuncture et parfois l'acupuncture combinée avec l'homéopathie, sont près de trois fois moins nombreux (3.418).

Pour mieux comprendre ce phénomène de variation du nombre des médecins acupuncteurs en France, comparons les données du tableau n° 1 avec l'évolution du *numerus clausus* pour les inscriptions au cursus de médecine et du nombre des diplômés en médecine entre le début des années 1970 et 2005 tel qu'il est montré dans le tableau n° 2. Ce dernier tableau indique que le nombre maximum des diplômés en médecine est atteint entre 1976 et 1977 et que, par la suite, la pléthore des médecins commence à diminuer à partir du début des années 1980, le nombre des étudiants en médecine accepté par les universités étant fortement restreint à partir de 1975. Si nous comparons ces données avec celles du nombre des médecins acupuncteurs que nous avons recueillies, nous pouvons

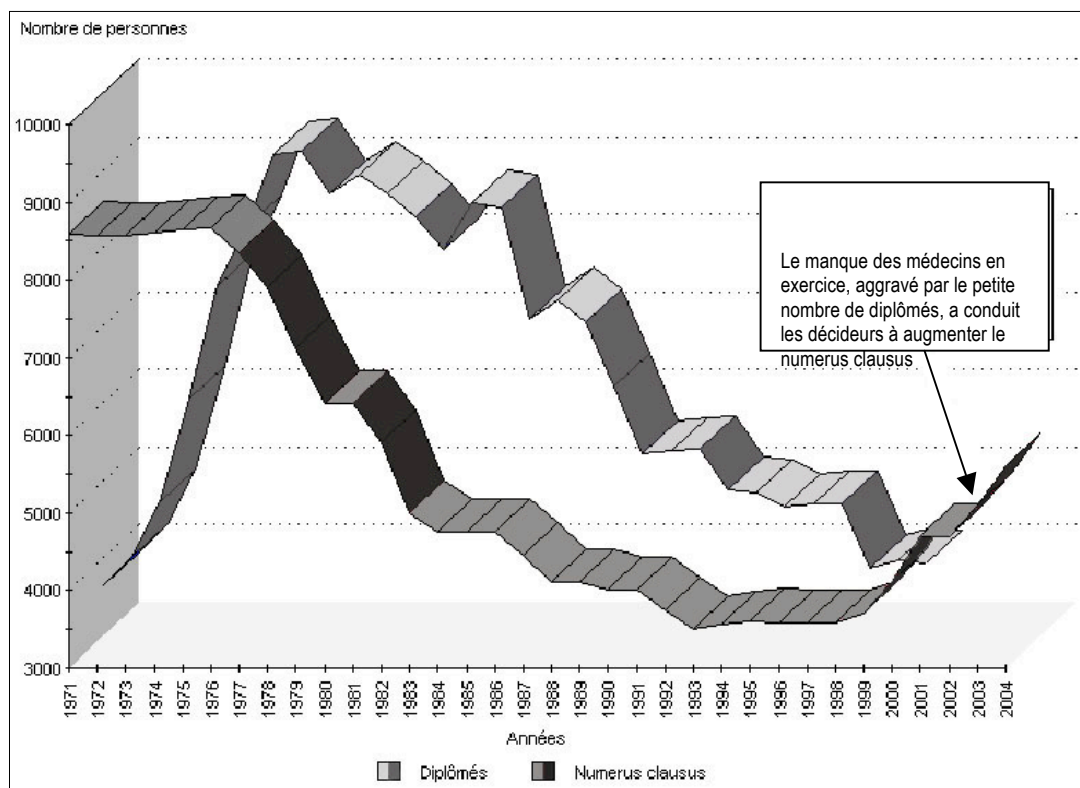
¹Les valeurs du tableau n° 1 venant du Docteur Fresnet correspondent au nombre des acupuncteurs recensés par le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France. Ces valeurs n'ont jamais été publiées et nous semble vraiment excessivement élevées, mais n'ayant aucun moyen vérification, nous les présentons comme elles ont été fournies par le Docteur Fresnet.

La valeur correspondant à l'année 2000 (3.418 médecins acupuncteurs) est presque le deux fois supérieure à celles données pour 2004 (1.764) et 2005 (1.759). En effet pour l'année 2000 nous avons eu accès à des données plus détaillées [Darriné S., Niel X., 2001] qui comprennent les quatre typologies d'exercice de l'acupuncture. En revanche, nous pouvons penser que les données fournies par Éco-Santé pour les années 2004 et 2005, étant moins détaillées, correspondent à la première valeur que nous avons pour l'années 2000 (« médecins généralistes sans orientation complémentaire **acupuncteur seulement** »).

remarquer une similitude entre la période d'augmentation du nombre des acupuncteurs français (les années 1977-1983) et celle de croissance du nombre de jeunes diplômés en médecine.

Tableau n° 2

Evolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004¹



Pendant ces années la formation à l'acupuncture devait certainement apparaître comme une possibilité d'amélioration des conditions de travail s'offrant aux jeunes médecins qui, étant extrêmement nombreux, rencontraient des difficultés pour accomplir une spécialité en médecine. S'agissant pour la grande majorité de médecins généralistes (nous verrons cette donnée confirmée par l'analyse des questionnaires analysés en annexe n° 2), ceux-ci cherchaient à accroître leurs compétences avec une formation médicale privée après l'obtention de leur diplôme² et devenaient plus attractifs vis-à-vis des patients que leurs collègues.

¹ Éco-Santé, « Démographie et activités des professions de santé », *Données de cadrage*, site Internet : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

² Pendant notre analyse des mémoires de fin de diplôme en acupuncture nous avons remarqué que, parmi les premiers médecins acupuncteurs à avoir discuté leur mémoire, plusieurs ont utilisé le même travail pour

Plusieurs travaux portant sur la définition professionnelle des médecins généralistes montrent la position ambivalente de ces médecins dans l'establishment médical français. Martine Bungener et Isabelle Besanger rappellent les « sentiments paradoxaux » de ces médecins par rapport à leur profession. Selon les auteurs le discours dominant des médecins généralistes exprime, d'une part leur satisfaction professionnelle individuelle et d'autre part, leurs doléances sur les difficultés d'exercice de leur profession¹. L'une des principales raisons de ces difficultés réside dans le fait que, depuis la fin des années 1950, la formation menant à l'exercice de la médecine générale en France se caractérise par l'absence de concours propre à cette orientation et donc par un cursus plus court que celui de la médecine spécialisée². Cette formation réduite, par rapport à leurs collègues spécialistes, porte les médecins généralistes à « se sentir situés en périphérie de l'institution médicale » :

Cette position conceptuellement et hiérarchiquement dévalorisée n'est pas sans conséquences sur la définition même de la pratique en médecine générale. Elle contraint chaque généraliste, dès le début de sa carrière, à construire sa propre conception d'un travail qu'il a, somme toute, peu vu représenter dans les hôpitaux universitaires.³

Il est vrai qu'institutionnellement le médecin généraliste recouvre la fonction du premier maillon de la chaîne de médicalisation de ses patients. Néanmoins, de façon pragmatique, la plupart des médecins généralistes se trouvent dans la nécessité de définir eux-mêmes le cadre et la position de leur travail vis-à-vis de leur clientèle. Nombreux sont ceux qui, en début de carrière, choisissent de poursuivre leur formation médicale en différents secteurs. C'est ainsi le cas des médecins généralistes qui décident d'accomplir leur formation en acupuncture. Dans le cas de l'acupuncture, ce phénomène est particulièrement remarquable dans la période comprise entre les années 1970 et la moitié

obtenir leur doctorat en médecine. Cela semble confirmer la thèse que les jeunes diplômés investissent sur la formation à l'acupuncture, avant l'obtention de leur doctorat en médecine, convaincus de meilleurs débouchés professionnels grâce à l'acupuncture.

¹ Cf. : Basanger I., Bungener M., « 'Heureux, moi non plus', vingt ans d'enquête : regard sur les médecins généralistes », *Le Généraliste*, 20 octobre 1995.

² Cf. : Jaisson M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, p. 31-35.

³ Basanger I., Bungener M., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Basanger I., Bungener M., *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, la Dispute, 2002, p. 25.

des années 1980. Quand l'exercice de l'acupuncture semblait pouvoir être pratiqué en garantissant une « meilleure place sur le marché des soins »¹.

Cette thèse nous est confirmée par la recherche menée justement à la moitié des années 1980 par Françoise Bouchayer, sur les médecins praticiens des médecines « différentes »². L'auteur affirme :

...le souci de s'assurer une clientèle et un certain niveau de revenus, dans un contexte de concurrence professionnelle forte due à l'explosion de la démographie médicale, incite ces praticiens à se positionner dans une optique de diversification de l'offre et de segmentation du marché.³

Il s'agirait donc d'un processus d'identification professionnelle à l'intérieur du métier défini de médecin généraliste.

Notons que la comparaison entre les données relatives aux médecins acupuncteurs et celles contenues dans le tableau n° 2, nous fournit aussi des informations sur l'époque plus récente, après la fin des années 1980, quand le nombre de médecins se formant à l'acupuncture diminue nettement.

En décrivant les étapes vers une reconnaissance institutionnelle et juridique de l'acupuncture⁴, nous avons vu qu'une des raisons justifiant l'importante diminution des médecins acupuncteurs en France, à partir de la fin des années 1980, est certainement l'incohérence des démarches d'approbation de cette pratique médicale au niveau de l'Ordre des Médecins, de la Sécurité Sociale et des universités. De fait, l'acupuncture n'a jamais été considérée comme une spécialité médicale ni par l'université ni par le Conseil de l'Ordre des Médecins, et elle n'est encore qu'une « orientation » poursuivie par certains médecins omnipraticiens qui sont aujourd'hui définis comme M.E.P. (Médecins à Exercice Particulier⁵).

¹ Bouchayer F., « Les voies du réenchancement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 205.

² Cf. : Bouchayer F., *Les praticiens des nouvelles thérapies ; stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, MIRE-CNRS, Rapport de fin de recherche, 1986 ; « Les voies du reenchancement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 201-225.

³ Bouchayer F., « Les voies du reenchancement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 205.

⁴ Cf. : Chapitre II, p. 147-178.

⁵ « Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité Sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus

Nous avons vu aussi comment les médecins généralistes, ayant commencé leur activité après la réforme des conventions médicales et en possession d'un diplôme de médecin acupuncteur venant d'un D.I.U., la formation universitaire, peuvent pratiquer l'acupuncture s'ils sont conventionnés, mais sans dépassement d'honoraire. Cette situation de travail définie par le Conseil de l'Ordre des Médecins et par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie décourage les médecins qui, bien qu'étant intéressés par cette thérapeutique, ne s'investissent pas dans une formation longue, difficile et n'apportant aucun bénéfice salarial à leur travail. La pratique de l'acupuncture en Occident est souvent définie comme une thérapeutique « longue »¹. En effet, elle demande pour son exercice une durée de consultation plus importante en comparaison de celles des médecins généralistes en France aujourd'hui. Chaque consultation comprend l'entretien avec le patient, la formulation d'un diagnostic, la définition d'une stratégie thérapeutique et aussi, à la différence d'une consultation de généraliste non acupuncteur, la mise en œuvre de la thérapie, c'est-à-dire le temps de piqûre et de pose des aiguilles. Par conséquent la profession de médecin généraliste conventionné semble incompatible avec la pratique de l'acupuncture, qui serait un « exercice particulier » propre à certains médecins omnipraticiens, sans qu'ils puissent concrètement la mettre en pratique, faute d'une rétribution correcte.

En cela, l'acupuncture ne constitue plus aujourd'hui un débouché professionnel comme c'était le cas entre les années 1970 et la fin des années 1980², et cet état de fait contribue à la forte diminution du nombre de médecins inscrits aux formations d'acupuncture.

Un autre aspect semble justifier ce manque d'affluence aux lieux d'enseignement. Tel qu'il est montré dans le tableau n° 2, le nombre des diplômés en médecine diminue considérablement à partir de la fin des années 1980 (en 1991 il y a presque 2000 jeunes diplômés de moins qu'en 1989), à cause de la restriction du *numerus clausus* mise en place

spécifique (MEP). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes.» Site Éco-Santé : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2354.html>

¹ Cette définition vient des médecins mêmes qui revendiquent une rétribution conséquente. Pour ce qui est des temps de soin des traitements par médecine non conventionnelle Cf. : Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa*, Rome, Carocci, 2006, p. 92 ; Saks M., « The alternatives to medicine », in Gabe J., Kelleher D., Williams G., *Challenging Medicine*, London, Routledge, 1994; *Orthodox and Alternative Medicine*, London, Sage, 2003.

² Nous rappelons qu'avant le début des années 1990 la réglementation des honoraires pour les consultations des médecins généralistes était décidément moins contraignante. À partir de 1993 a été exécutée une série de mises au point des conventions médicales. Cela aboutissant, après 1999, à la suppression du secteur II, et obligeant les médecins omnipraticiens conventionnés à ne plus dépasser les honoraires définis par la Sécurité Sociale. Cf. : Le Faou A.-L., *L'économie de la santé en question*, Paris, Ellipses, 2000, p. 143-150.

à partir de 1982. Par conséquent cela provoque un manque objectif de médecins au début de leur carrière qui auraient pu s'inscrire aux écoles d'acupuncture. Les deux aspects (la faible possibilité d'un débouché professionnel avec un diplôme de médecin acupuncteur et la diminution des jeunes diplômés en médecine) concourent à la diminution importante des étudiants en acupuncture à partir de la fin des années 1980.

1.b. Les médecins acupuncteurs et leurs conditions d'exercice en Italie

À l'inverse de la situation française, le nombre des médecins acupuncteurs en Italie est en augmentation continue. Les données recueillies auprès de la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura et contenues dans le tableau n° 3 montrent une tendance constante à la croissance des médecins inscrits à cette fédération. En observant les données venant du Bureau Européen de l'OMS¹ (tableau n° 4) concernant les effectifs des médecins en Italie, nous pouvons noter que leur nombre, entre 1987 et 2002 est plutôt en accroissement. Ce phénomène devient particulièrement important entre 1987 et 1991, en même temps que l'acupuncture commence à se diffuser en Italie. Plus précisément, si nous revenons à la description de la diffusion de l'acupuncture en Italie, nous rappelons que le moment de sa véritable expansion se situe nettement entre la fin des années 1980 et le début des années 1990. Pendant ces années, de nombreuses écoles privées d'acupuncture ou de médecine chinoise sont créées et celles déjà existantes voient augmenter leur nombre d'inscriptions. Les données statistiques concernant le nombre effectif de médecins italiens, le nombre de diplômés par années et l'évolution de la formation en médecine (cursus jusqu'au diplôme et spécialisation) n'étant pas disponibles pour l'Italie², il est difficile d'expliquer au moyen de ces valeurs quantitatives détaillées les raisons de l'expansion de l'acupuncture parmi les médecins italiens. Néanmoins, le nombre de médecins est assez élevé (surtout si on le compare à celui d'autres pays européens, comme la Grande Bretagne et la France³) et en progression continue entre la fin des années 1960 et le début des années 2000.

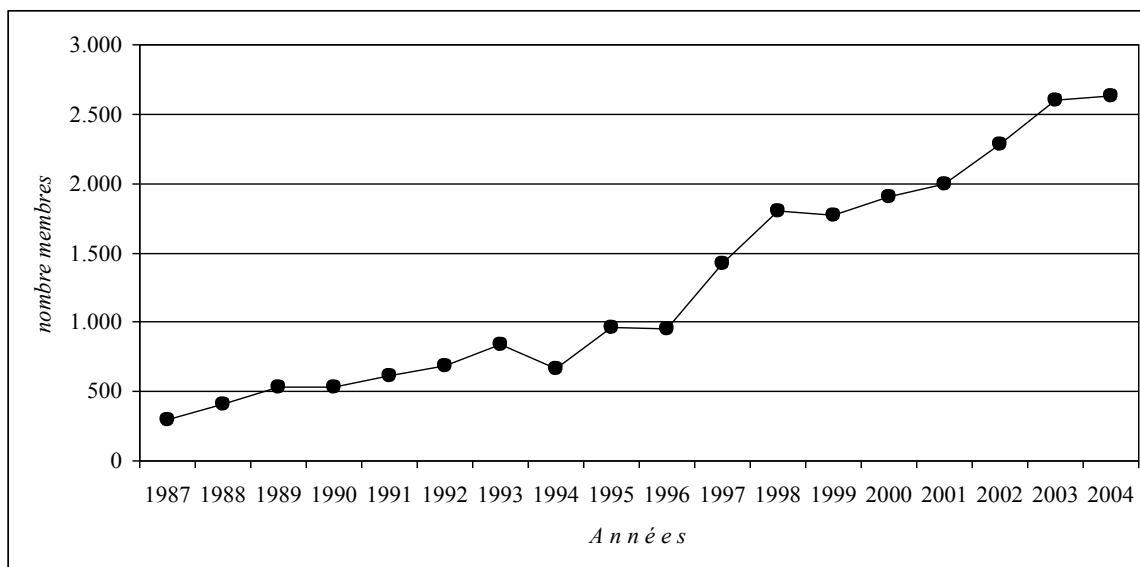
¹ Site Internet : <http://www.euro.who.int/hfadb>

² Nous avons essayé de contacter la F.N.O.M.C.eO. (Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri) et nous nous sommes aussi adressés au Ministero della ricerca e dell'educazione, mais avec très peu de succès. Une recherche plus approfondie, avec un déplacement sur le lieu des archives, à Rome, serait nécessaire pour obtenir des données un peu plus précises à ce sujet.

³ Cf. : Le Faou A.-L., *Les systèmes de santé en question*, Paris, Ellipses, 2003 ; OMS, Bureau régional de l'Europe, site Internet: <http://www.euro.who.int/hfadb>.

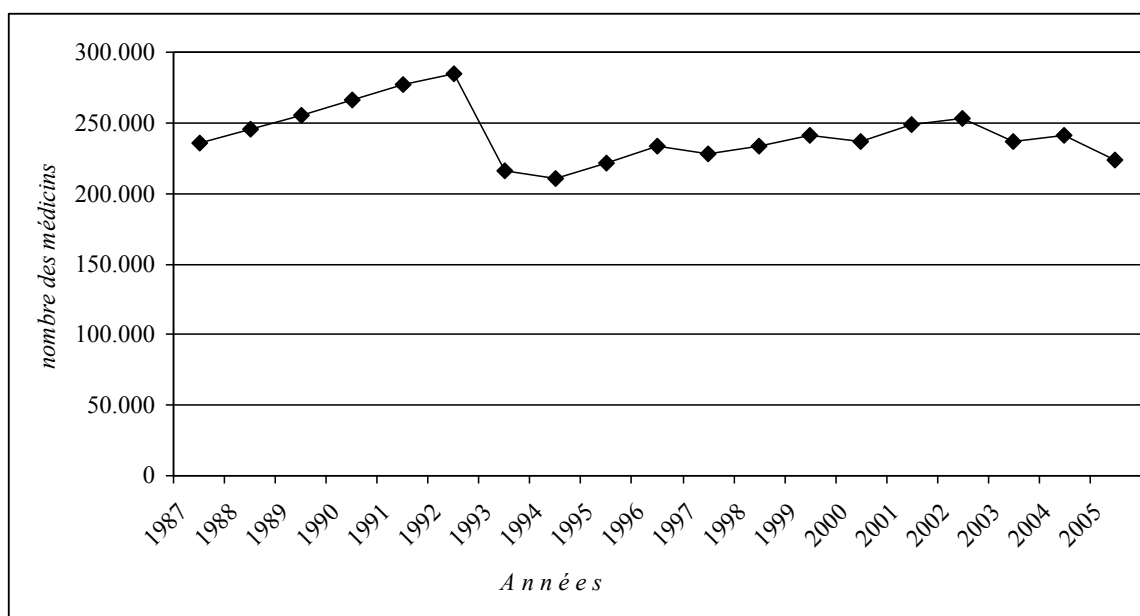
Tableaux n° 3 -

Nombre des membres FISA (Federazione Italiana Scuole di Agopuntura), par année



Tableaux n° 4 -

Nombre des médecins en Italie - source OMS - par année



Le phénomène de la pléthore médicale remonte à la réforme universitaire de 1969 qui mettait en place la libéralisation de l'accès aux universités. Suite à cette libéralisation, les diplômés en médecine sont passés de 5.000 avant la réforme à 15.000 dix ans plus tard. Cette augmentation a entraîné de gros problèmes d'emploi pour les médecins venant de terminer leur formation. Ce n'est qu'en 1986 que le *numerus clausus* a été remis en place en diminuant progressivement le nombre des étudiants reçus jusqu'à nos jours. En en

découle que le nombre de jeunes diplômés est aujourd'hui d'environ 7.000 par an¹ et la diminution des effectifs des médecins italiens à partir de 2002 (voir le tableau n° 4).

À cause de l'importante présence de jeunes diplômés, les médecins italiens ont trouvé dans la formation et la pratique de l'acupuncture un débouché professionnel, comme cela a été le cas en France.

Il faut aussi dire qu'en 1991 les *scuole di specializzazione medica* ont été réglementées établissant un *numerus clausus* de 6.500 places annuelles avec obligation de l'internat à plein temps. Il est probable que, certains jeunes médecins italiens en attendant de passer un concours de spécialisation, ou à la place de ce concours, peuvent décider de suivre une formation d'acupuncture ou de médecine chinoise. Pourtant cette hypothèse ne nous est que partiellement confirmée, comme nous le verrons rapidement, grâce aux résultats des réponses avec questionnaires distribués dans les écoles d'acupuncture italiennes. En effet, nous verrons qu'en Italie, un nombre considérable de médecins étudiant l'acupuncture possède déjà un titre de spécialiste.

Il y a donc d'autres raisons qui font que le succès de l'acupuncture en Italie est toujours d'actualité. Nous pouvons penser que cela dépend, parmi d'autres raisons, des conditions d'exercice de cette thérapeutique.

1.c. L'organisation du système de santé italien et l'acupuncture

De fait, l'organisation du système de santé en Italie diffère du système français, entre autres, pour le statut de l'exercice des médecins généralistes et spécialistes. La différence fondamentale entre les deux pays réside dans l'absence, en Italie, d'un organisme national spécifique au système de santé tel que la Sécurité Sociale française. Plus particulièrement, en ce qui concerne la réglementation du travail des médecins italiens, les conventions que les médecins français sont amenés à respecter avec la Sécurité Sociale, n'existent pas en Italie.

En Italie, les médecins généralistes sont des travailleurs autonomes, payés par l'État par captation, selon le nombre de patients soignés. Pour être en règle avec les impératifs du système de santé chaque citoyen italien doit s'inscrire auprès d'un médecin généraliste (dans son propre quartier ou peu distant de son lieu de résidence). Les consultations chez

¹ Cf. : Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Bologne, Il Mulino, 1999.

les médecins de base, ou généralistes, italiens ne sont jamais payés par les patients, ces médecins étant rémunérés par le Ministère de la Santé.

Les médecins généralistes travaillent en cabinet privé, souvent seuls, parfois associés avec d'autres collègues. Ils peuvent exercer leur activité à plein temps ou à temps partiel, dans ce deuxième cas ils peuvent pratiquer une autre profession médicale en secteur privé ou public. Les médecins de base exercent un contrôle considérable sur les soins ambulatoires, puisqu'ils sont amenés à valider tous les rapports médicaux pour les visites spécialisées, les examens et les prescriptions de médicaments en fournissant aux patients l'ordonnance donnant droit au ticket modérateur¹. Mais leur travail, comme il est explicitement souligné par Livio Garattini, est très peu gratifiant pour eux comme pour leurs patients. De fait, pour des raisons économiques les médecins généralistes doivent diminuer au maximum le temps passé en consultation. Pour ne pas perdre leurs clients (les patients peuvent changer facilement et selon leur gré de médecin généraliste) et à cause de leur faible pouvoir diagnostique et thérapeutique, ils les dirigent vers leurs collègues spécialistes ou leur prescrivent des examens.² Cette situation est assez proche de celle du médecin généraliste français.

Ce qui diffère entre l'Italie et la France c'est qu'aucune consultation chez les médecins non « de base » et travaillant en cabinet privé n'est remboursée par l'État. De fait, toutes les consultations chez des médecins spécialistes privés sont payées par les patients, qui prennent entièrement en charge leur santé. Seules les consultations de spécialistes dans les hôpitaux ou dans les A.S.L.³ sont gratuites pour les malades.⁴ Il en découle donc que la population italienne qui peut se permettre de consulter des médecins dans le privé est largement habituée à investir dans l'entretien de sa santé. En ce sens cette habitude qu'ont les patients italiens de payer des spécialistes sans espoir de remboursement les prépare à accepter de payer également des acupuncteurs qui, même s'ils ne sont pas institutionnellement reconnus comme des spécialistes, peuvent intéresser les patients pour leur rôle « transversal » entre les spécialistes et les médecins généralistes⁵.

¹ Il s'agit d'une réduction plus ou moins importante pour l'achat des médicaments remboursables et pour les analyses de laboratoires.

² Cf. : Garattini L., *Le système de santé publique italien*, Rennes, ENSP, 1993, p. 28-36.

³ ASL (Agenzie Sanitarie Locali) sont des agences sur le terrain des bureaux de santé régionaux. Les A.S.L. offrent au public tous les services sanitaires d'ambulatoire.

⁴ Ce qui fait que la dépense en secteur santé de l'état italien est nettement plus basse que celle française. Notons aussi que les mutuelles complémentaires de santé privées n'existent pratiquement pas en Italie.

⁵ Le médecin acupuncteur est un médecin généraliste qui s'occupe de façon plus attentive que le médecin de base de ses patients.

On peut donc considérer que cet aspect économique est l'une des explications majeures du succès actuel de l'acupuncture en Italie, d'autant plus que les tarifs pratiqués par les médecins acupuncteurs sont moins élevés que ceux pratiqués par les spécialistes officiellement reconnus (cardiologues, gynécologues, etc.). À titre d'exemple comparons le tarif habituel de 60 euros d'une consultation chez un acupuncteur en ville avec une somme près de deux fois plus élevée demandée couramment par un spécialiste¹.

1.d. France et Italie, les médecins acupuncteurs confrontés aux médecins conventionnels

En revenant aux questions posées plus haut, l'autre interrogation sur les données quantitatives concernait le nombre de médecins acupuncteurs en France et en Italie par rapport au nombre total de médecins conventionnels des deux pays. Il nous semblait intéressant de connaître cette proportion pour pouvoir avoir une idée de la densité des médecins acupuncteurs dans les pays étudiés. Les valeurs que nous possédons, particulièrement pour la France, ne nous permettent de donner qu'une estimation approximative, les valeurs présentées dans le tableau n° 5 pour les années 1978, 1981 et 1983² étant incertaines.

Néanmoins ce tableau nous indique que la densité des acupuncteurs en France, qui augmente progressivement à partir des années 1970, est, en 1972, déjà plus importante que celle atteinte en 2003 en Italie (en France en 1972 il y avait 11,3 acupuncteurs pour 1.000 médecins, en Italie en 2003 il y avait 11,0 acupuncteurs pour 1.000 médecins) et la densité des médecins se déclarant médecins acupuncteurs en France semble vraiment importante en 1978, 1981 et particulièrement en 1983 où elle atteint 70,8 acupuncteurs pour 1.000 médecins.

Quoique certaines valeurs proviennent de sources incertaines et non vérifiables, le tableau montre que les acupuncteurs français ont été extrêmement nombreux dans les années 1980 par rapport à la population de médecins, et qu'ils avaient déjà acquis une place remarquable parmi l'ensemble des médecins français en 1970.

¹ Il s'agit de chiffres indicatifs. Nous n'avons pas fait une étude précise sur les tarifs appliqués par les médecins acupuncteurs italiens. Nous nous basons sur les chiffres indiqués par quelques médecins acupuncteurs interrogés lors de notre travail de terrain.

² Nous l'avons déjà vu pour le tableau n° 1.

Pour l'Italie, les valeurs du tableau n° 5 montrent, encore une fois, l'accroissement du nombre des médecins acupuncteurs italiens qui augmentent non seulement en nombre effectif, mais aussi en proportion par rapport à la population des médecins conventionnels.

Tableau n° 5 -

Confrontation nombre médecins - nombre médecins acupuncteurs

| Années | ITALIE | | | FRANCE | | |
|--------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| | Nombre médecins (source OMS) | Membre FISA (source FISA) | Membre FISA x 1000 médecins | nombre médecins (source OMS) | Acupun- cteurs | Acupunt. x 1000 médecins |
| 1970 | 97.440 | | | 65.191 | 343 (1) | 5,3 |
| 1971 | 99.341 | | | 71.780 | 473 (1) | 6,6 |
| 1972 | 105.092 | | | 74.747 | 845 (1) | 11,3 |
| 1973 | 109.166 | | | 78.034 | 1.217 (1) | 15,6 |
| 1974 | 114.244 | | | 82.826 | | |
| 1975 | ... | | | 88.737 | | |
| 1976 | ... | | | 95.665 | | |
| 1977 | ... | | | 103.545 | 2.260 (1) | 21,8 |
| 1978 | ... | | | 111.000 | 5385 (2) | 48,5 |
| 1979 | 164.555 | | | 118.617 | | |
| 1980 | 177.834 | | | 108.054 | | |
| 1981 | ... | | | 124.945 | 8.265 (2) | 66,1 |
| 1982 | ... | | | 131.085 | | |
| 1983 | 226.830 | | | 136.675 | 9.676 (2) | 70,8 |
| 1984 | 230.800 | | | 140.300 | | |
| 1985 | 215.206 | | | 146.800 | | |
| 1986 | 224.976 | | | 153.200 | | |
| 1987 | 235.458 | 300 | 1,3 | 158.500 | | |
| 1988 | 245.898 | 405 | 1,6 | 163.800 | | |
| 1989 | 255.231 | 528 | 2,1 | 168.700 | | |
| 1990 | 266.447 | 528 | 2,0 | 173.100 | | |
| 1991 | 276.810 | 619 | 2,2 | 175.500 | | |
| 1992 | 285.111 | 684 | 2,4 | 179.100 | | |
| 1993 | 216.000 | 837 | 3,9 | 182.600 | | |
| 1994 | 211.000 | 668 | 3,2 | 184.700 | | |
| 1995 | 221.000 | 960 | 4,3 | 186.700 | | |
| 1996 | 233.000 | 948 | 4,1 | 188.500 | | |
| 1997 | 228.000 | 1.426 | 6,3 | 190.100 | | |
| 1998 | 234.000 | 1.797 | 7,7 | 191.700 | | |
| 1999 | 241.000 | 1.769 | 7,3 | 193.200 | | |
| 2000 | 237.000 | 1.900 | 8,0 | 194.000 | 3.418 (3) | |
| 2001 | 249.000 | 1.998 | 8,0 | 196.000 | | |
| 2002 | 253.000 | 2.285 | 9,0 | 198.700 | | |
| 2003 | 237.000 | 2.598 | 11,0 | 201.400 | | |
| 2004 | 241.000 | 2.634 | 10,9 | 203.487 | 1.764 (4) | 8,7 |
| 2005 | 224.000 | | | 205.864 | 1.759 (4) | 8,5 |

(1) Publié par la *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*

(2) Fresnet P., « Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France », p. 5

(3) Darriné S., Niel X., « Les médecins omnipraticiens au janvier 2001 », *DREES, Études et Résultats*, n° 99, janvier 2001

(4) Base de donnée Eco-Santé

Dans la comparaison avec les données françaises, nous constatons que la densité de médecins acupuncteurs français reste encore élevée dans les années 2000 et assez proche, en fin de compte, de celle des médecins acupuncteurs italiens.

La diminution progressive des médecins acupuncteurs français est justifiée par ce que nous avons précédemment dit (difficultés économiques pour l'exercice de l'acupuncture, baisse du nombre des jeunes diplômés en médecine, etc.), et elle est confirmée par les données que nous avons recueillies auprès des lieux d'enseignements français.

1.e. France et Italie, les médecins inscrits aux formations d'acupuncture

Les données recueillies dans quelques écoles d'acupuncture française et italiennes nous renseignent sur les inscriptions aux formations des médecins acupuncteurs. Nous avons pu recueillir, en consultant les archives des écoles¹, le nombre des inscrits dans chaque institution, pour la plupart à partir de sa création jusqu'aux années 2000 (pour celles qui sont encore actives).

Les tableaux n° 6, 7, 8 et 9 présentent les nombres d'inscrits pour chaque école par année. Nous avons eu accès aux archives de quatre écoles, deux pour la France et deux pour l'Italie. En France nous avons récupéré des données, malheureusement incomplètes, de l'Institut d'Acupuncture de France (et du Centre Chamfrault), ainsi que celles des écoles de l'AFA (Association Française d'Acupuncture). L'AFA est, en effet, la première association d'acupuncture française et son école, comme nous l'avons vu, était la plus importante de France pendant plusieurs années. Nous avons aussi récupéré les données concernant le DIU (Diplôme Inter Universitaire) d'acupuncture de l'université de Nîmes qui, avec Paris-Bobigny, sont les plus fréquentées².

Pour l'Italie, nous avons les données concernant le Centro studi So-wen qui est l'une des plus anciennes écoles d'acupuncture toujours en activité et, surtout, pendant un certain temps, probablement la plus fréquentée d'Italie. Nous avons aussi le nombre des

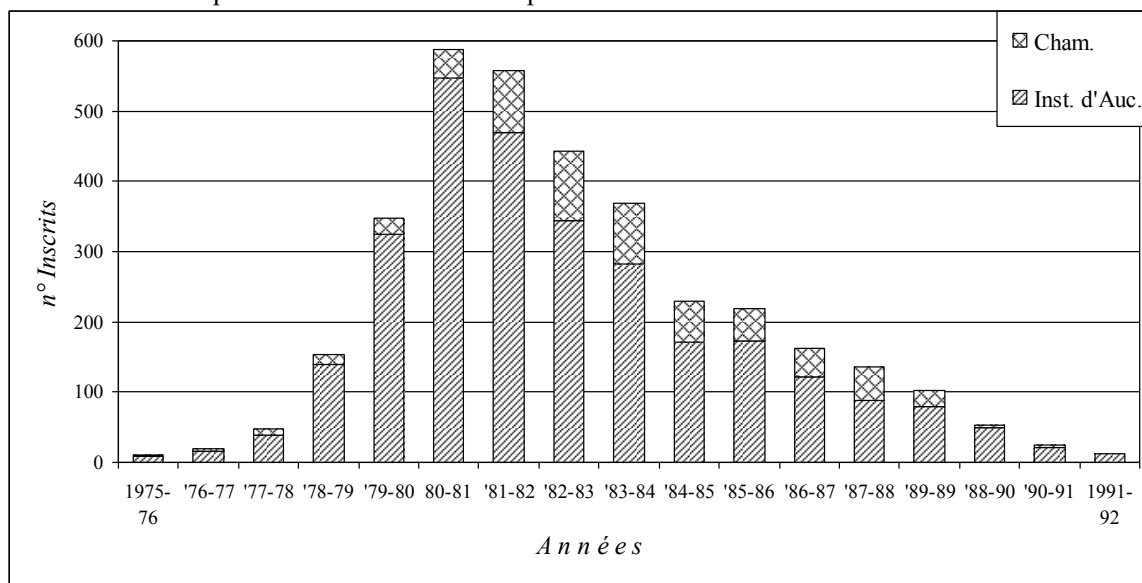
¹ Il n'existe dans aucune école, que ce soit en France ou en Italie, de dossiers informatisés qui archivent les inscriptions des ex-élèves. Le travail de dépouillement a été souvent compliqué. Dans certaines écoles même les archives en papier ont partiellement disparus ou ont été jetées (voir l'A.F.A., dont les données sont présentées dans le tableau n° 6, où nous avons eu accès à des archives incomplets). Le manque d'ordre et de rigueur dans la conservation des archives dans les écoles en certains cas a donné suite à des erreurs dans la remise des informations (voir dans le tableau n° 8 les données relatives aux années 1996-97 et 1997-98).

² Le DIU d'acupuncture de Nîmes-Montpellier est le premier siège à avoir existé. Nous avons aussi essayé de consulter les archives du D.I.U. de Paris-Bobigny mais le secrétariat étant très mal organisé nous n'avons jamais pu y accéder.

inscrits à l'école MediCina, celle-ci est moins importante que l'école So-wen et créée plus récemment. Nous présentons ci-dessous les graphiques et les tableaux de ces données

Tableau n° 6

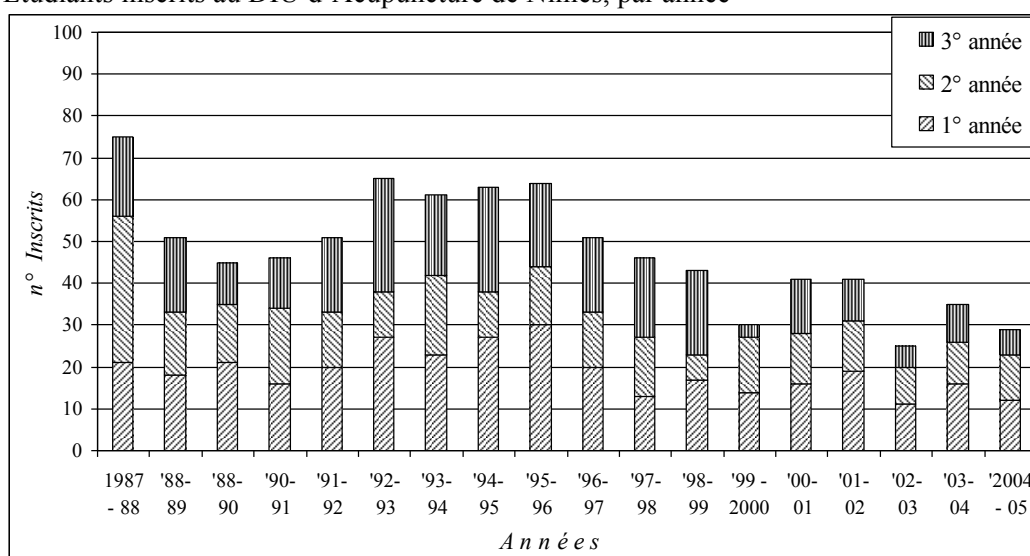
Étudiants inscrits par année à l'Institut d'Acupuncture de France et au Centre Chamfrault



| | 1975-76 | '76-77 | '77-78 | '78-79 | '79-80 | '80-81 | '81-82 | '82-83 | '83-84 | '84-85 | '85-86 | '86-87 | '87-88 | '89-89 | '88-90 | '90-91 | '91-92 | '92-93 | Tot. |
|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|--------------|
| Ins.Aucup. | 8 | 16 | 38 | 139 | 324 | 547 | 470 | 344 | 283 | 172 | 173 | 122 | 89 | 80 | 49 | 22 | 12 | 1 | 2.892 |
| C. Chamf. | 2 | 3 | 10 | 14 | 23 | 40 | 87 | 99 | 85 | 57 | 46 | 41 | 47 | 23 | 4 | 2 | 0 | 0 | 584 |
| Tot. | 10 | 19 | 48 | 153 | 347 | 587 | 557 | 443 | 368 | 229 | 219 | 163 | 136 | 103 | 53 | 24 | 12 | 1 | 3.476 |

Tableau n° 7

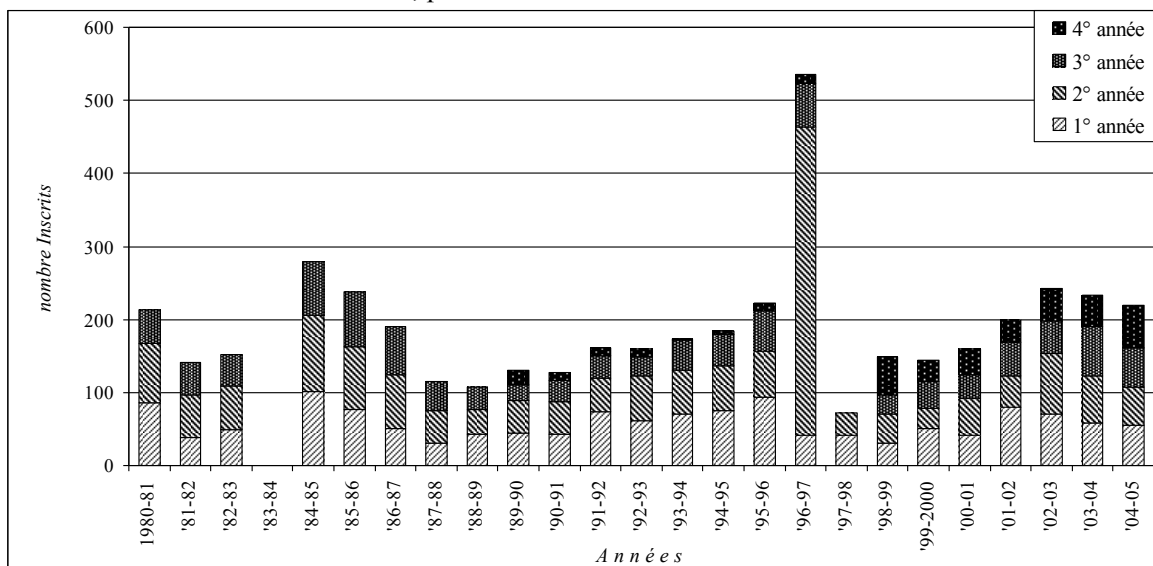
Étudiants inscrits au DIU d'Acupuncture de Nîmes, par année



| | 1987-88 | '88-89 | '88-90 | '90-91 | '91-92 | '92-93 | '93-94 | '94-95 | '95-96 | '96-97 | '97-98 | '98-99 | '99-00 | '00-01 | '01-02 | '02-03 | '03-04 | '04-05 | Tot. |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1° année | 21 | 18 | 21 | 16 | 20 | 27 | 23 | 27 | 30 | 20 | 13 | 17 | 14 | 16 | 19 | 11 | 16 | 12 | 341 |
| 2° année | 35 | 15 | 14 | 18 | 13 | 11 | 19 | 11 | 14 | 13 | 14 | 6 | 13 | 12 | 12 | 9 | 10 | 11 | 250 |
| 3° année | 19 | 18 | 10 | 12 | 18 | 27 | 19 | 25 | 20 | 18 | 19 | 20 | 3 | 13 | 10 | 5 | 9 | 6 | 271 |
| Tot. | 75 | 51 | 45 | 46 | 51 | 65 | 61 | 63 | 64 | 51 | 46 | 43 | 30 | 41 | 41 | 25 | 35 | 29 | 862 |

Tableau n° 8

Étudiants inscrits à l'École So-wen, par année

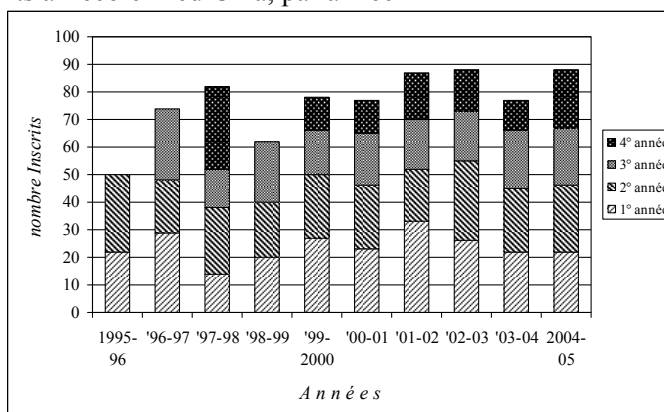


| | 1980-81 | '81-82 | '82-83 | '83-84 | '84-85 | '85-86 | '86-87 | '87-88 | '88-89 | '89-90 | '90-91 | '91-92 | '92-93 | '93-94 | '94-95 | '95-96 | '96-97 | '97-98 | '98-99 | '99-2000 | '00-01 | '01-02 | '02-03 | '03-04 | '04-05 |
|-------------|------------|------------|------------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1° année | 86 | 39 | 49 | | 102 | 77 | 50 | 31 | 43 | 45 | 43 | 45 | 45 | 45 | 61 | 61 | 70 | | | | | | | | |
| 2° année | 81 | 58 | 60 | | 103 | 86 | 75 | 44 | 34 | 44 | 45 | 45 | 61 | 61 | 70 | | | | | | | | | | |
| 3° année | 47 | 44 | 43 | | 74 | 75 | 65 | 40 | 30 | 21 | 29 | 32 | 26 | 41 | | | | | | | | | | | |
| 4° année | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tot. | 214 | 141 | 152 | - | 279 | 238 | 190 | 115 | 107 | 131 | 127 | 161 | 159 | 174 | | | | | | | | | | | |

| | '94-95 | '95-96 | '96-97 | '97-98 | '98-99 | '99-2000 | '00-01 | '01-02 | '02-03 | '03-04 | '2004-05 | Tot. |
|-------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 1° année | 75 | 93 | 42 | 42 | 31 | 50 | 41 | 80 | 70 | 58 | 55 | 1.408 |
| 2° année | 62 | 63 | 421 | 30 | 39 | 29 | 51 | 42 | 84 | 65 | 52 | 1.735 |
| 3° année | 42 | 55 | 60 | | 27 | 36 | 33 | 47 | 44 | 67 | 54 | 1.032 |
| 4° année | 5 | 11 | 12 | | 52 | 29 | 34 | 31 | 44 | 44 | 58 | 373 |
| Tot. | 184 | 222 | 535 | 72 | 149 | 144 | 159 | 200 | 242 | 234 | 219 | 4.548 |

Tableau n° 9

Étudiants inscrits à l'école MediCina, par année



| | 1995-96 | '96-97 | '97-98 | '98-99 | '99-2000 | 2000-01 | '01-02 | '02-03 | '03-04 | 2004-05 | '05-06 | Tot. |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1° année | 22 | 29 | 14 | 20 | 27 | 23 | 33 | 26 | 22 | 22 | | 238 |
| 2° année | 28 | 19 | 24 | 20 | 23 | 23 | 19 | 29 | 23 | 24 | | 232 |
| 3° année | | 26 | 14 | 22 | 16 | 19 | 18 | 18 | 21 | 21 | 25 | 200 |
| 4° année | | | 30 | | 12 | 12 | 17 | 15 | 11 | 21 | 21 | 139 |
| Tot. | 50 | 74 | 82 | 62 | 78 | 77 | 87 | 88 | 77 | 88 | 46 | 809 |

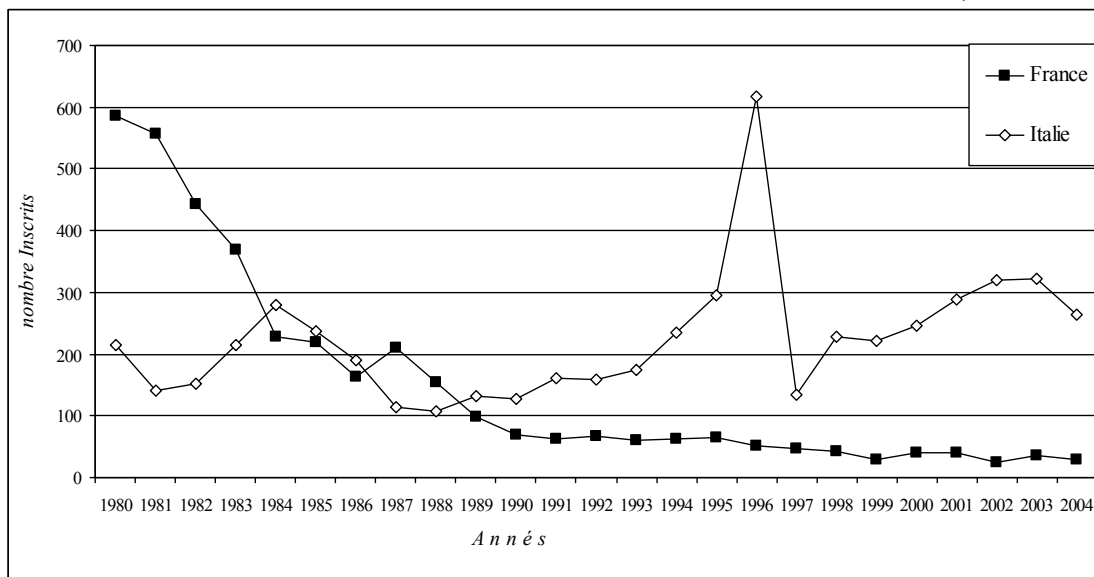
Afin d'évaluer, au moins d'une façon indicative¹, la différence de fréquentation des lieux d'enseignement en France et en Italie nous avons créé un graphique qui confronte les données totales récupérées dans les écoles des deux pays (tableau n° 10²). Les médecins étudiants dans les écoles italiennes deviennent nettement plus nombreux que ceux des écoles françaises à partir des années 1990. Cela confirme ce que nous disions auparavant : l'Italie est en train de vivre une expansion de l'acupuncture, et le nombre d'inscriptions par années aux écoles depuis une quinzaine d'années le prouve. D'autre part les D.I.U. d'acupuncture en France, nous l'avons déjà vu, ne comptent qu'un nombre d'inscrits bien inférieur à celui des écoles de l'A.F.A. une vingtaine d'années auparavant. De fait, en France, très peu de médecins se forment à l'acupuncture comme le montrent les chiffres des inscrits au D.I.U. d'acupuncture de Nîmes. En sachant qu'il y a seulement 5 sièges de D.I.U. d'acupuncture en France, contre 18 écoles inscrites à la Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura en Italie, nous pouvons comprendre que le nombre réel des médecins en formation dans les deux pays est actuellement très différent.

¹ Les données récupérée dans les écoles françaises et italiennes ne sont pas véritablement comparables ; en effet les enseignement de l'A.F.A. s'interrompent avant la période que nous avons pris en compte, en laissant donc un vide dans la comparaison des dernières années (après 1990).

² Nous avons quelques problèmes dans le compte des inscrits à l'école So-wen pour les années 1996-97 et 1997-98. Cela semble être du au fait que les fiches d'inscriptions des ces deux années se sont très probablement mélangées en donnant des valeurs un peu incohérentes par rapport à l'évolution des inscrits de l'école.

Tableau n° 10

Variations du nombre des inscrits aux écoles de formation en France et en Italie, années 1980-2004



| Années | FRANCE | | | ITALIE | | |
|--------|--------|-----|------------|--------|-----|------------|
| | (1) | (2) | Tot. | (3) | (4) | Tot. |
| 1980 | 587 | | 587 | | 214 | 214 |
| 1981 | 557 | | 557 | | 141 | 141 |
| 1982 | 443 | | 443 | | 152 | 152 |
| 1983 | 368 | | 368 | | - | - |
| 1984 | 229 | | 229 | | 279 | 279 |
| 1985 | 219 | | 219 | | 238 | 238 |
| 1986 | 163 | | 163 | | 190 | 190 |
| 1987 | 136 | 75 | 211 | | 115 | 115 |
| 1988 | 103 | 51 | 154 | | 107 | 107 |
| 1989 | 53 | 45 | 98 | | 131 | 131 |
| 1990 | 24 | 46 | 70 | | 127 | 127 |
| 1991 | 12 | 51 | 63 | | 161 | 161 |
| 1992 | 1 | 65 | 66 | | 159 | 159 |
| 1993 | | 61 | 61 | | 174 | 174 |
| 1994 | | 63 | 63 | 50 | 184 | 234 |
| 1995 | | 64 | 64 | 74 | 222 | 296 |
| 1996 | | 51 | 51 | 82 | 535 | 617 |
| 1997 | | 46 | 46 | 62 | 72 | 134 |
| 1998 | | 43 | 43 | 78 | 149 | 227 |
| 1999 | | 30 | 30 | 77 | 144 | 221 |
| 2000 | | 41 | 41 | 87 | 159 | 246 |
| 2001 | | 41 | 41 | 88 | 200 | 288 |
| 2002 | | 25 | 25 | 77 | 242 | 319 |
| 2003 | | 35 | 35 | 88 | 234 | 322 |
| 2004 | | 29 | 29 | 46 | 219 | 265 |

Sources:

- (1) A.F.A., Archives des données originelles venant des fiches d'inscriptions des inscrits
- (2) D.I.U. d'Acupuncture de Nîmes, Archives des données originelles
- (3) Scuola MediCina, Archives des données originelles venant des fiches d'inscriptions des inscrits
- (4) Scuola So-wen, Archives des données originelles venant des fiches d'inscriptions des inscrits

2. Les médecins acupuncteurs français et italiens, qui sont-ils ?

En retraçant l'histoire de l'acupuncture en France et en Italie nous avons présenté plusieurs personnages clé qui ont contribué à la transmission et à la diffusion de la pratique de l'acupuncture grâce à la création de structures de travail ou à travers leurs ouvrages autour de la médecine chinoise. Il nous reste maintenant à voir de plus près qui sont les médecins qui s'intéressent aujourd'hui à l'acupuncture et qui sont les bénéficiaires de tout le travail et du dévouement des premiers médecins acupuncteurs et des médecins acupuncteurs enseignants encore aujourd'hui en France et en Italie.

C'est à travers l'élaboration des données récoltées pendant le travail de terrain mené dans plusieurs lieux d'enseignement que nous pouvons donner un aperçu des médecins acupuncteurs en formation dans les écoles françaises et italiennes. Nous avons recueilli ce matériel en interrogeant les médecins élèves de sept écoles à travers un questionnaire qualitatif¹. L'analyse de ces questionnaires, dont les résultats sont présentés dans l'annexe n° 2, a donné suite à des résultats intéressants particulièrement pour la comparaison entre les caractéristiques des médecins français intéressés par l'acupuncture et celles de leurs collègues italiens.

Les informations venant de la première partie du questionnaire, les « réponses fermées », nous éclairent sur l'âge, le sexe et la formation précédant l'inscription à l'école d'acupuncture des médecins interrogés.

Notons qu'en France comme en Italie la plupart des médecins inscrits à une formation d'acupuncture ont entre 25 et 45 ans² bien que la population des médecins français interrogés soit un peu plus âgée que celle des médecins italiens. Ce résultat confirme l'hypothèse, avancée par plusieurs enseignants interviewés lors de nos recherches, qui soutient que la plupart des médecins se formant à l'acupuncture le font pour pouvoir exercer la « profession de médecin acupuncteur »³. Cela est vrai pour la France comme pour l'Italie en général, mais avec des différences qu'il est important de souligner.

¹ Concernant le choix des écoles et pour toutes les données quantitatives par rapport à la distribution de ces questionnaires Cf. : « Résultats de l'enquête par questionnaires », annexe n° 2.

² Voir les données annexe n° 2, p. 66.

³ Avec l'expression « profession de médecin acupuncteur » on différencie le médecin qui consulte comme médecin acupuncteur, donc auquel les patients s'adressent en demandant une prise en charge avec acupuncture. Les consultations peuvent avoir lieu dans des cabinets ou dans des dispensaires publics, en France comme parfois en Italie.

En observant la formation professionnelle précédant la fréquentation des cours d'acupuncture de ces médecins, nous remarquons une différence non négligeable entre France et Italie. Dans les deux pays, les médecins généralistes suivant les cours de formation à l'acupuncture sont plus nombreux que les médecins spécialistes, mais avec un écart important entre les résultats venant des questionnaires français et celui venant des questionnaires italiens. En France 90,9 % des médecins en formation se définissent comme médecins généralistes, et seulement le 9,1 % sont médecins spécialistes. En revanche pour ce qui est des résultats italiens 58,6 % des médecins se définissent comme médecins généralistes et 42,1 % sont médecins spécialistes¹. De plus, toujours en Italie, parmi les plus jeunes médecins, dans la tranche d'âge 26-35 ans, le nombre des spécialistes est nettement plus important que celui des généralistes (42,9 % spécialistes et 29,8 % généralistes).²

Tableau n° 1

| | % | |
|---------------|----------------------|----------------------|
| | <i>Méd. Général.</i> | <i>Méd. Spécial.</i> |
| France | 90,9 | 9,1 |
| Italie | 58,6 | 42,1 |

Pour mieux articuler cette comparaison entre la situation française et l'italienne, nous devons nous référer à d'autres données toujours venant des questionnaires distribués et aller voir dans quel milieu de travail ces médecins exercent et quelles sont leurs perspectives futures.

¹ Nous avons ici considéré uniquement les données venant des questionnaires recueillis auprès des D.I.U.. Les réponses des médecins fréquentant l'E.E.A. ne sont pas ici comparables aux résultats venant des écoles italiennes puisque ces médecins français fréquentent une école de formation continue et se définissent souvent « médecins acupuncteurs ».

² Cf. : Annexe n° 2, p. 13 et p. 45.

2.a. Les (futurs) médecins acupuncteurs français

Les caractéristiques des étudiants français en acupuncture sont bien plus simples que celles qui se profilent en Italie.

Les médecins français étudiant l'acupuncture sont surtout des médecins généralistes exerçant en cabinet privé. Comme omnipraticiens, ils sont parfois salariés et travaillent dans des structures publiques (35,7% des médecins questionnés travaillent dans le public), parfois ils ne répondent pas aux questions posées, mais souvent affirment exercer en cabinet (64,3 %). Or, ces médecins, une fois interrogés sur leurs perspectives pour l'avenir, affirment vouloir utiliser l'enseignement de l'acupuncture « dans la pratique clinique », en cabinet, seuls ou associés¹. Nous pouvons penser qu'il s'agit de médecins généralistes qui, venant de débiter leur carrière, décident d'amplifier leurs compétences et d'acquérir aussi le diplôme de médecin acupuncteur.

2.b. Les (futurs) médecins acupuncteurs italiens

En Italie, en revanche, la plupart des médecins interrogés sont des médecins généralistes, mais le pourcentage des médecins spécialistes est plus important qu'en France. Nous analysons les résultats des réponses pour ce qui est des situations actuelles de travail confrontées aux perspectives professionnelles envisagées par les médecins questionnés.

Tableau n° 2

| Médecins | Cadre professionnel : % dans | | <i>Perspectives après formation</i> | | <i>incr. dans le privé</i> |
|---------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|----------------------------|
| | Structure publique | Activité libérale | % publ. | % priv. | |
| généraliste | 36,4 | 63,6 | 27,1 | 72,9 | 9,3 |
| spécialiste | 80,6 | 19,4 | 50,0 | 50,0 | 30,6 |
| Totaux | 60,0 | 40,0 | 37,2 | 62,8 | 22,8 |

¹ Réponses à la question n°9. Certains médecins affirment vouloir travailler dans le secteur public, mais ces mêmes médecins n'expriment pas explicitement la volonté d'utiliser l'enseignement de l'acupuncture dans leur travail futur.

Cette comparaison est résumée dans le tableau n° 2 où, selon les réponses reçues aux questions concernant les conditions de travail, nous observons que 36,4 % des médecins généralistes travaillent en structure publique et que 63,6 % travaille en cabinet privé. Inversement pour les médecins spécialistes, 80,6% travaillent dans un lieu public, tandis que 19,4% exerce l'activité libérale.

Nous comparons ces valeurs avec l'orientation future souhaitée par ces médecins. Les médecins généralistes confirment et augmentent la tendance à vouloir se diriger vers un travail dans le privé, 72,9% prévoient de travailler avec l'acupuncture en cabinet (contre le 63,6% qui exerçaient déjà dans le privé). Encore plus marquée est l'attitude des médecins spécialistes qui expriment une forte volonté de changer leur situation de travail (actuellement surtout située dans le public) en disant vouloir s'orienter vers un travail dans le privé. Ce seront donc 50% des médecins spécialistes qui voudront exercer une activité libérale, et 50% qui voudront travailler dans une structure publique, en augmentant ainsi de 30,6% le pourcentage d'intérêt pour le secteur privé.

Si on étudie ces résultats en séparant les données concernant les médecins généralistes de ceux des médecins spécialistes et en les détaillant par tranches d'âge, nous notons que des différences se confirment entre les deux catégories de médecins et selon leur maturité.

Pour ce qui est des médecins généralistes, la tendance à vouloir travailler dans le secteur privée est en augmentation surtout parmi les plus jeunes, jusqu'à 45 ans, puisque ceux de la tranche d'âge 45 - 55 ans expriment la volonté de travailler davantage dans le secteur public que dans le privé. D'ailleurs, il s'agit du seul cas de médecins préférant s'orienter davantage vers le secteur public que vers le secteur privé. Ce sont des médecins travaillant en grande partie en cabinet et qui souhaitent un peu plus se tourner vers le travail en hôpital, probablement pour pouvoir intégrer l'acupuncture en milieu public ou pour des raisons personnelles. En revanche, la plupart des médecins généralistes pensent s'investir dans une pratique en milieu privé, comme médecins acupuncteurs. Dans leurs réponses, les médecins généralistes expriment souvent l'intention de pratiquer l'acupuncture comme alternative (*in alternativa*) à la médecine conventionnelle, et cela très souvent à cause d'une déception ou d'un manque de confiance dans la médecine officielle (venant aussi du retour de la part de leurs patients) ou de toute manière pour essayer de résoudre des problèmes qu'ils n'arrivent pas à affronter avec leurs moyens de

médecins généralistes conventionnel (ici ils n'expliquent pas explicitement de quelle nature sont ces problèmes)¹.

Pour les médecins généralistes travaillant dans le public et désirant continuer à travailler dans ce secteur, l'acupuncture représente une *intégration* à la médecine conventionnelle ou un *complément* à leur actuelle profession. Ils expriment l'idée de la pratiquer dans le cadre de leur travail en secteur public (exemple de réponses : « En introduisant l'acupuncture dans l'hôpital dans lequel je travaille », « ...dans la structure publique dans laquelle je travaille actuellement... », etc.).

Les médecins spécialistes, en revanche, affirment totalement leur intérêt à s'orienter vers un travail dans le privé. Chez les médecins spécialistes, ce sont surtout ceux entre 26 et 35 ans qui expriment cette intention. Ce sont, de fait, des médecins qui actuellement travaillent tous en milieu public (100%) et qui envisagent (52%) de poursuivre leur carrière en exerçant en cabinet. Nous pouvons penser qu'il s'agit de médecins accomplissant leur internat dont un peu plus de la moitié ne souhaite pas continuer à travailler dans le secteur public et pense s'orienter vers le secteur privé.

2.c. Question de genre et les acupuncteurs

Pour ce qui concerne les médecins en formation interrogés, il est intéressant de remarquer qu'en France aussi bien qu'en Italie les femmes fréquentant les écoles d'acupuncture sont nettement plus nombreuses que les hommes, comme il est montré dans le tableau n° 3.

Tableau n° 3

| <i>Activité</i> | <i>Genre</i> | | |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| | <i>% Hom.</i> | <i>% Fem.</i> | <i>Tot.</i> |
| | ITALIE | | |
| Méd. Généralistes. | 46,2 | 53,8 | 100,0 |
| Méd. Spécialistes. | 33,8 | 66,2 | 100,0 |
| Total | 40,9 | 59,1 | 100,0 |
| | FRANCE | | |
| Acupuncteurs | 22,2 | 77,8 | 100,0 |
| Méd. Généralistes. | 46,9 | 53,1 | 100,0 |
| Méd. Spécialistes. | 25,0 | 75,0 | 100,0 |
| Total | 44,0 | 56,0 | 100,0 |

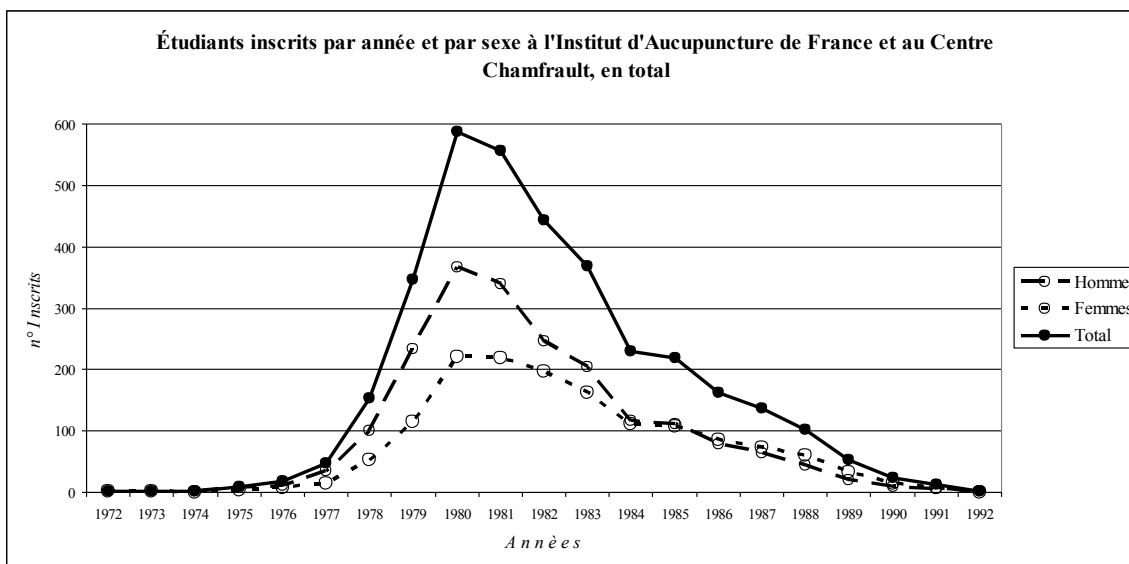
¹ Cf. : Annexe n° 2, p. 67.

Cela nous est aussi confirmé par les données tirées d'enquête dans les écoles d'acupuncture concernant le nombre des inscrits par années. De fait, pour une école française (l'Institut d'Acupuncture de France et le Centre Chamfrault de l'A.F.A.) et pour une école italienne (le Centro Studi Scuola So-wen), nous avons pu différencier les données selon le genre, comme on peut le voir dans les tableaux n° 4 et n° 5.

Les deux tableaux montrent le nombre de médecins de sexe féminin et masculin inscrits aux écoles et le total des élèves. Nous pouvons remarquer que, dans l'école française comme dans l'école italienne, le nombre de médecins femmes en formation augmente jusqu'à dépasser le nombre des médecins hommes.

Or ce qui diffère entre les données venant de France et celles venant d'Italie est l'époque de l'inversion de tendance entre la proportion d'hommes et de femmes présentes dans les formations. De fait l'affluence de femmes médecins devient plus importante en France à partir de 1985 tandis qu'en Italie on observe ce même phénomène plus de dix ans plus tard (entre 1996 et 2002). Cela peut être du au retard dans la diffusion de l'acupuncture en Italie par rapport à la France.

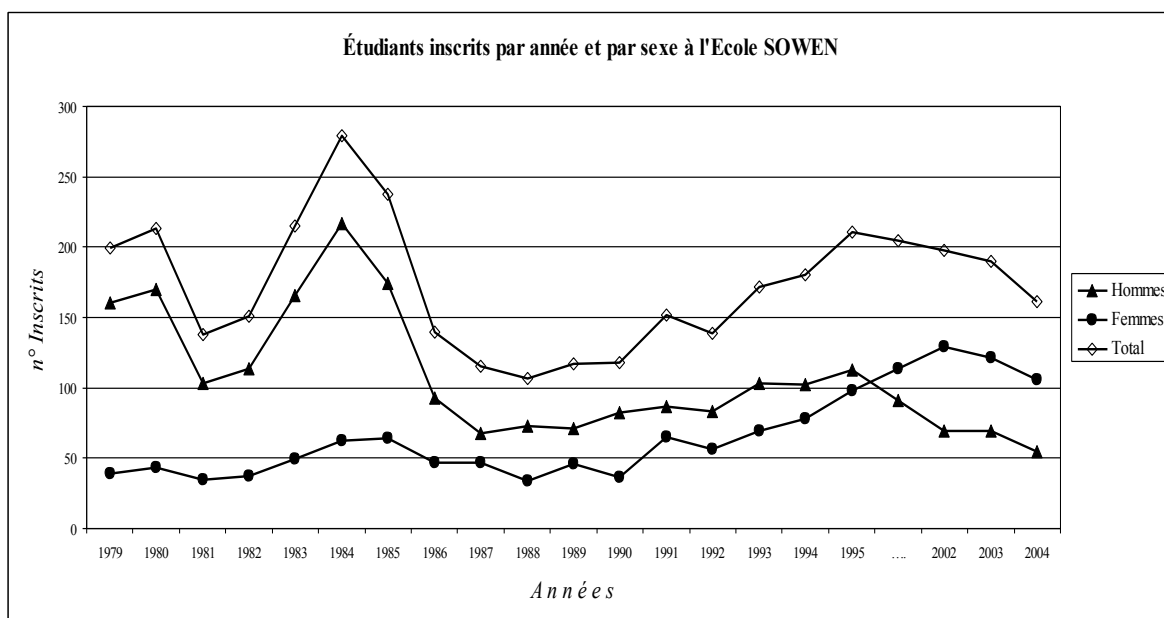
Tableau n° 4



Tab. n° 4 - Étudiants inscrits par année et par sexe à l'Institut d'Acupuncture de France et au Centre Chamfrault, en total

| | 1972 | '73 | '74 | '75 | '76 | '77 | '78 | '79 | '80 | '81 | '82 | '83 | '84 | '85 | '86 | '87 | '88 | '89 | '90 | '91 | '92 | Tot. |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| H. | | | 2 | 7 | 11 | 34 | 101 | 233 | 367 | 339 | 246 | 205 | 117 | 112 | 78 | 63 | 43 | 20 | 10 | 5 | 1 | 1.994 |
| F. | 1 | 1 | 0 | 3 | 8 | 14 | 52 | 114 | 220 | 218 | 197 | 163 | 112 | 107 | 85 | 73 | 60 | 33 | 14 | 7 | 0 | 1.482 |
| Tot. | 1 | 1 | 2 | 10 | 19 | 48 | 153 | 347 | 587 | 557 | 443 | 368 | 229 | 219 | 163 | 136 | 103 | 53 | 24 | 12 | 1 | 3.476 |

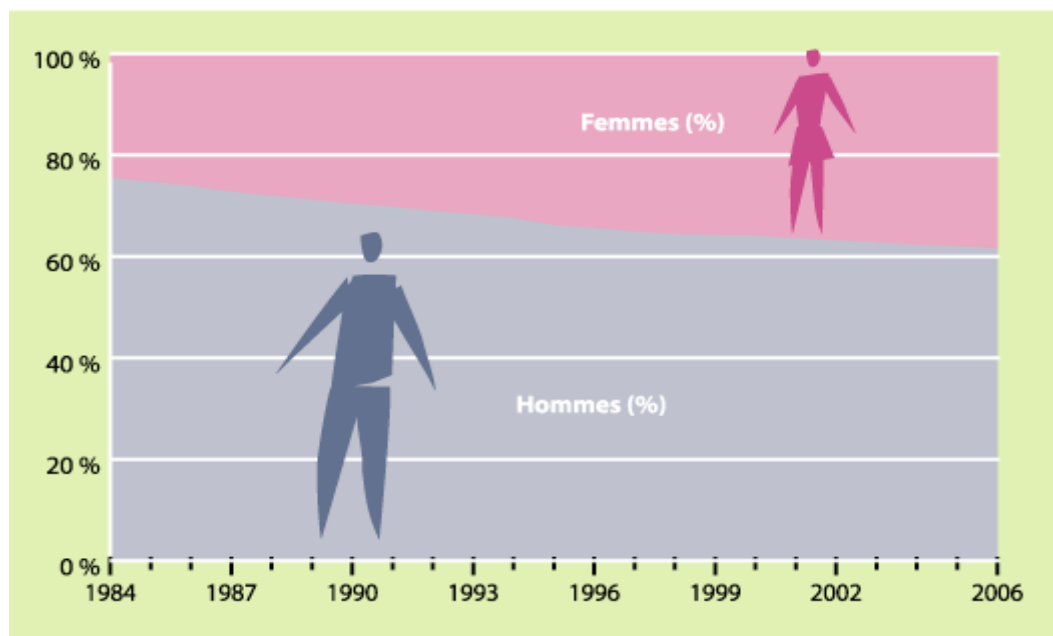
Tableau n° 5



Tab. n° 5 - Étudiants inscrits par année e par sexe à l'École SOWEN

| sa | 1979 | '80 | '81 | '82 | '83 | '84 | '85 | '86 | '87 | '88 | '89 | '90 | '91 | '92 | '93 | '94 | '95 | ... | 02 | '03 | '04-'05 | Total |
|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-------|
| H. | 160 | 170 | 103 | 114 | 166 | 217 | 174 | 93 | 68 | 73 | 71 | 82 | 87 | 83 | 103 | 102 | 113 | 91 | 69 | 69 | 55 | 2.263 |
| F. | 39 | 43 | 35 | 37 | 50 | 62 | 64 | 47 | 47 | 34 | 46 | 36 | 65 | 56 | 69 | 78 | 98 | 114 | 129 | 121 | 106 | 1.375 |
| Tot. | 199 | 213 | 138 | 151 | 215 | 279 | 238 | 140 | 115 | 107 | 117 | 118 | 152 | 139 | 172 | 180 | 211 | 205 | 198 | 190 | 161 | 3.638 |

Tableau n° 6¹



La part des femmes dans la démographie médicale est passée de 24,5 % en 1984 à 38,4 % en 2006.

¹ Eco-Santé France d'après données Adeli de la DREES, www.ecosante.fr

D'autre part, l'augmentation du nombre de femmes parmi les acupuncteurs en formation est certainement liée à l'augmentation progressive des médecins de sexe féminin aussi bien en France qu'en Italie. Comme il est montré dans le tableau n° 6, en France, les médecins femmes deviennent de plus en plus nombreux à partir de 1984. Cette date correspond parfaitement à la croissance du nombre de femmes inscrites au cours d'acupuncture de l'Institut d'Acupuncture de France.

Tableau n° 7¹

| | Hommes | Femmes | Total |
|--|----------------|----------------|-----------------|
| Inscrits à l'Ordre des médecins en Italie | 233.205 65% | 124.205 35% | 357.410 100% |
| Inscrits à l'Ordre des médecins en France | 207.945 72% | 81.331 28% | 289.276 100% |
| Inscrits à l'Ordre des médecins en Roumanie | 14.671 33% | 30.390 67% | 45.061 100% |
| Inscrits à l'Ordre des médecins en Portugal (2005) | 19.096 53% | 17.042 47% | 36.138 100% |

La situation italienne présente des caractéristiques très proches de la française. De fait, le nombre des médecins femmes en Italie augmente considérablement à partir de la moitié des années 1980². De plus, en Italie, les femmes exerçant la médecine sont aujourd'hui en pourcentage nettement plus nombreuses qu'en France, comme le montre le tableau n° 7 dans lequel apparaissent des valeurs comparatives entre différents pays, dont la France et l'Italie (en faisant référence à l'année 2007).

Dans le tableau n° 8 nous voyons que le nombre des diplômés en médecine de sexe féminin est en Italie encore en constante progression.

L'écart important entre le nombre de jeunes diplômés en médecine de sexe féminin et celui de sexe masculin en Italie semble correspondre en proportion aux données relatives au graphique que nous avons tracé pour les élèves inscrits à l'École So-wen (tableau n° 5).

¹ Benato M., « I numeri e le proiezioni della popolazione medica in Italia », in *Medicina e sanità declinata al femminile*, congrès de la F.N.O.M.Ce.O., Caserta, 28 septembre 2007, p. 8.

² Cf. : Antoniotti E., « Sempre più donne medico, sempre poche donne al vertice », *Avvenire medico*, n° 4, 2005, p. 7-8.

De fait pour l'Italie le nombre de médecins inscrits à la formation d'acupuncture dans les années 2000 est presque le double de celui des hommes.

Tableau n° 8¹

| Diplômés en Médecine de 1997 à 2003 | | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| <i>Année</i> | <i>Totale</i> | <i>Hommes</i> | <i>Femmes</i> | % Homme/Tot. |
| 1997 | 6.722 | 2.868 | 3.409 | 54 |
| 1998 | 7.064 | 3.391 | 3.683 | 52 |
| 1999 | 7.198 | 3.313 | 3.885 | 54 |
| 2000 | 7.434 | 3.347 | 4.087 | 55 |
| 2001 | 6.418 | 2.679 | 3.739 | 58 |
| 2002 | 6.999 | 2.844 | 4.155 | 59 |
| 2003 | 7.282 | 2.932 | 4.350 | 60 |
| moyenne | 6.780 | 2.900 | 3.880 | 57 |
| Total de 7 années 48.682 | | | | |

Nous n'avons pas suffisamment de données pour justifier le basculement de l'affluence importante des hommes aux cours de formation d'acupuncture en Italie vers une plus riche présence des femmes. Notre réflexion s'arrête à la confrontation des données quantitatives venant de l'interrogation de nos sources avec les effectifs des médecins à l'échelle nationale dans les deux pays étudiés. Néanmoins, une étude plus approfondie à ce sujet, en France comme en Italie, permettrait de mieux définir si une relation existe entre l'étude et la pratique de l'acupuncture et de la médecine chinoise et le genre des médecins qui s'y intéressent et qui l'exercent.

¹ Antoniotti E., *Ibidem*, p. 9.

3. La relation entre acupuncture et biomédecine : un rapport sans une définition universelle

La multiplicité des profils se présentant dans l'étude des réponses aux questionnaires nous ramène à la réflexion sur le *boundary construction*¹ ou *boundary work*² entre la médecine officielle et une médecine non conventionnelle, ici l'acupuncture. Les auteurs qui affrontent le problème de la relation entre l'establishment de la médecine conventionnelle et les praticiens des médecines non conventionnelles abordent le sujet dans un domaine plus vaste que celui que nous nous attachons à analyser. Ainsi, pour la plupart d'entre eux, la réflexion porte sur l'ensemble des médecines ou des pratiques de soin et de bien-être autres que la médecine officielle qui sont exercées par des thérapeutes ne possédant pas nécessairement un diplôme en biomédecine. Dans le cas de la pratique de l'acupuncture en France et en Italie par des médecins conventionnels (qui est le domaine de notre enquête), la définition des limites (*boundaries*) aussi bien théorétiques que pratiques et institutionnelles, entre la médecine conventionnelle et l'acupuncture se fait dans un cadre de professionnalisation déjà défini, celui de la médecine officielle. Ce qui veut dire la présence d'un « expert hétérodoxe », non institutionnel, à l'intérieur d'un contexte universellement reconnu comme une profession (orthodoxie médicale)³.

Notre but ici est de montrer comment se déclinent, dans les deux pays étudiés, les relations entre la médecine officielle et l'acupuncture à partir des affirmations des médecins en formation et des médecins acupuncteurs rencontrés lors de nos entretiens. Comment ceux-ci conçoivent, dans leur exercice, la pratique de l'acupuncture, comment ils combinent la pratique de cette médecine non conventionnelle avec l'officielle et comment ils envisagent la relation entre ces deux médecines.

De plus, en ayant choisi une dimension comparative, nous nous attachons aux éléments qui se spécifient et qui prennent de l'évidence dans la diversité en confrontant les deux contextes nationaux étudiés⁴.

¹ Cant S., Sharma U., *A New Medical Pluralism*, London, Routledge, 1999.

² Colombo E., Rebugnini P., *La medicina contesa*, Rome, Carocci, 2006.

³ Candelise L., « Etre expert en médecine chinoise en Europe. La France et l'Italie, deux cas à comparer », *Actes du 2^e Congrès du Réseau Asie*, Paris, 2004.

⁴ Cf. : Lallement M., « Raison ou trahison ? Eléments de réflexion sur les usages de la comparaison en sociologie », in Lallement M., Spurk J., *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, CNRS éditions, 2003, p. 106-120.

3.a. Médecins généralistes, médecins spécialistes ou médecins acupuncteurs ?

En poursuivant cette démarche deux questions se posent : quelle est la raison de la présence importante de médecins spécialistes ou en cours de spécialisation dans les écoles d'acupuncture en Italie ? Quelle est la place de l'acupuncture dans le travail d'un médecin avec une spécialisation en médecine conventionnelle ?

La réponse à ces deux questions n'est pas immédiate. Elle nous oblige à aller voir de près qui sont les médecins spécialistes ayant répondu à nos questionnaires.

Parmi les spécialistes italiens, nous trouvons des médecins spécialisés en anesthésie et réanimation, médecine physique et réhabilitation, chirurgie dentaire¹ et ensuite gériatrie, cardiologie, chirurgie, neurologie². Les médecins anesthésistes sont les plus nombreux (26 % des médecins spécialistes), suivis par les spécialistes en médecine physique et réhabilitation. La présence de ces spécialistes nous laisse penser qu'il s'agit de médecins intéressés par l'acupuncture pour son efficacité dans la thérapie de la douleur. Néanmoins, dans les réponses données par les médecins questionnés nous avons rencontré 28 spécialités et orientations différentes, ce qui signifie que toutes les spécialités médicales sont représentées, donc l'intérêt pour l'acupuncture doit avoir des origines qui vont au-delà de la simple application antalgique.

Soulignons aussi que, parmi les réponses reçues aux questions ouvertes du questionnaire, les médecins spécialistes se sont souvent exprimés de façon dubitative ou en se déclarant incertains sur l'utilisation de l'acupuncture après leur formation, et cela surtout parmi les plus jeunes. Nous pouvons donc penser que, les élèves interrogés étant en partie de la première année, certains d'entre eux n'utiliseront pas véritablement l'acupuncture dans leur travail, ou alors que d'autres, peut-être, ne poursuivront pas jusqu'à la fin leur formation.

D'autre part la majorité des médecins spécialistes ayant répondu à nos questions affirment vouloir utiliser l'acupuncture comme intégration et complément à leur activité. Cela laisse imaginer que les médecins spécialistes italiens formés à l'acupuncture n'abandonnent pas leur travail comme médecins conventionnels, mais utilisent leur formation pendant leur pratique en même temps que la biomédecine.

¹ Nous rappelons qu'en Italie les dentistes sont des médecins spécialistes.

² Pour la liste complète des spécialisations mentionnées dans les réponses aux questionnaires voir annexe n° 2, p. 15.

Enfin, ces médecins spécialistes soutiennent aussi que l'efficacité de la médecine chinoise repose sur une approche du patient plus globale que la médecine conventionnelle. Ils donnent souvent cette réponse, probablement parce qu'étant des médecins spécialistes, ils sentent avec plus de lourdeur la sectorisation de leur profession et il s'adressent à une formation d'acupuncture pour combler le manque de vision d'unité (vision globale) des patients que leur profession leur impose.

Cependant si nous regardons les entretiens menés auprès des médecins acupuncteurs italiens, nous notons qu'un tiers de médecins acupuncteurs interviewés sont aussi des médecins spécialistes. Il est pourtant intéressant de tenir compte de certains témoignages à propos de la relation entre le travail de médecin, dans ces cas spécialisés, et la pratique de l'acupuncture.

Un médecin anesthésiste réanimateur travaillant à l'hôpital nous dit :

Je croyais pouvoir utiliser ces techniques comme outils de médecine antalgique, puis j'ai découvert qu'au centre de ces médecines [l'acupuncture et la médecine chinoise] il n'y a pas la maladie, mais il y a l'homme qui tombe malade. Ce n'est pas l'organe qui est malade de quelque chose, mais c'est toi qui es malade.

Comme anesthésiste et réanimateur, je me suis toujours trouvé face à des situations vraiment limites. Je voyais des situations extrêmes, j'ai toujours vu des gens qui étaient en train de mourir ou au bord de la mort. La plupart des gens ne vit pas ces extrêmes, ils vivent des situations de troubles qui peuvent sembler banales, mais qui sont de vrais problèmes pour celui qui en est porteur. Ne pas pouvoir attacher ses chaussures ou ne pas pouvoir soulever quelque chose c'est un vrai problème.

J'ai été frappé par l'approche différente de la médecine chinoise, j'ai découvert qu'on doit revenir à observer les personnes, c'est ça qui est beau dans cette médecine...

(I-3)

Un médecin gynécologue pratiquant la médecine de base et l'acupuncture comme activité libérale affirme:

Dans mon parcours personnel, j'ai certainement mis en crise la figure de médecin hospitalier, la manière dans laquelle je le vivais... Donc maintenant -10 ans après – je ne fais plus la gynécologue chirurgienne. Je continue à faire la gynécologue, mais ma manière d'être médecin change, sans nécessairement mettre en crise la médecine occidentale. Je pense que dans l'époque dans laquelle nous vivons, il faut une médecine globale qui tienne

compte du fait que les races et les cultures se mélangent et, donc, qui sache acquérir des contributions venant de partout.

Ce qui est mis en crise dans la médecine occidentale par l'acupuncture c'est la super spécialisation, le fait de prendre le corps humain et de le diviser en tranches et en secteurs.

[...]

À l'Institut des tumeurs, j'aurais pu devenir celle qui en savait le plus sur une seule cellule... mais le fait d'évaluer les personnes du nombril en bas était devenu une manière de faire le médecin qui n'était pas *ma* manière, qui ne me correspondait pas. Peut-être ai-je une conception un peu artisanale de faire le médecin, artisanale bien que scientifique [*artigianale anche se da scienziata*]...

(I-5)

Un médecin cardiologue en hôpital mais aussi acupuncteur et enseignant dans une école d'acupuncture nous parle de son expérience en disant :

Je suis diplômé en médecine depuis 1978, et juste après la *laurea*, j'ai commencé à travailler en hôpital comme cardiologue, et je continue à y travailler, toujours comme cardiologue. Au début des années 1980, c'était en 1983, j'ai rencontré un collègue qui étudiait l'acupuncture à l'école de la Società Italiana di Agopuntura. J'avais déjà l'intention de chercher une école d'acupuncture parce que je m'étais rendu compte que la médecine officielle traditionnelle occidentale expliquait beaucoup de choses, était extrêmement précise et très profonde, possédait une technologie de haut niveau – tout cela surtout aujourd'hui, mais déjà dans les années 1980 -, néanmoins elle donnait toujours une explication très mécaniciste, une explication très logique et rationnelle mais, au niveau purement des sensations cliniques, je m'étais rendu compte qu'elle n'expliquait pas tout.

Finalement, déjà quand j'étais très jeune médecin, je m'étais fait l'idée qu'il pouvait y avoir une forme d'énergie qui allait au-delà des choses connues : l'énergie électrique des nerfs, l'énergie du mouvement du cœur, l'énergie mécanique des muscles, etc....

L'amie qui fréquentait l'école d'acupuncture me disait des merveilles à propos de l'approche chinoise enseignée qui était basée sur une conception qui expliquait les pathologie non à partir de la mécanique de la maladie, mais à partir de l'énergétique. J'ai donc commencé à étudier et je me suis tout de suite passionné.

(I-28)

Et enfin un médecin spécialisé en infectiologie nous explique :

J'étais assistante dans le service de maladie infectieuse, et en même temps je devais obtenir mon diplôme d'acupuncture... Dans mon service, nous avions de gros problèmes, surtout à l'époque, des neuropathies HIV corrélées. Nous avons essayé toute la pharmacopée utilisée communément, mais sans obtenir de grands succès. J'ai donc demandé à mon chef de service si je pouvais utiliser l'acupuncture pour traiter ces problèmes...

(I-22)

Dans les citations que nous venons de présenter, la question de la spécialisation ressentie comme un obstacle au travail avec les patients revient en trois cas. L'anesthésiste, le cardiologue et la gynécologue se posent des questions sur la démarche de la médecine conventionnelle vis-à-vis de la maladie, de la relation avec les patients, du regard au corps et à son fonctionnement. Être médecin spécialiste, selon ces médecins, veut dire devenir l'expert du fonctionnement mécanique d'une seule partie du corps humain, ou avoir à affronter des situations de maladie toujours très similaires et toujours très spécifiques. Cet état de fait est remis en question par ces médecins et l'acupuncture est l'alternative qui leur permet de sortir, plus ou moins radicalement, de cette condition de travail. Il est aussi vrai que, les médecins interviewés ne refusent pas la médecine conventionnelle ni dans leur discours, ni dans leur pratique. Ils défendent les ressources de la pharmacopée, la précision et la technique offerte par la biomédecine que, de fait, ils continuent à pratiquer. Ils sont tous médecins hospitaliers ou médecins de base, mais ils pratiquent aussi l'acupuncture¹.

Dans les résultats venant de l'analyse des questionnaires, nous relevons également que les médecins spécialistes s'orientant vers un travail en milieu public, même après avoir terminé leur formation d'acupuncture (il d'agit de 50% des médecins spécialistes), considèrent –comme leurs collègues souhaitant travailler dans le privé – l'acupuncture comme un *complément* ou une *intégration* à la médecine conventionnelle. Eux aussi revendiquent une médecine plus attentive à l'*illness* du patient et une approche holistique. Néanmoins ce sont ces médecins, qui prévoient de continuer à travailler dans le secteur public, qui pensent utiliser l'acupuncture pour la prise en charge de « pathologies

¹ Nous avons, de fait, rencontré des médecins qui abandonnent la médecine spécialisée dans le public pour devenir médecins généralistes à temps partiel et pratiquer leur spécialité et l'acupuncture dans le privé, ou des médecins continuant à travailler en hôpital comme médecins spécialisés et pratiquant dans le privé l'acupuncture, ou encore de médecins spécialistes exerçant dans le public leur spécialité et l'acupuncture.

spécifiques ». Dans ce cas l'acupuncture devient encore une fois un instrument qui accompagne le travail du médecin conventionnel et s'intégrant alors dans le cadre de la prise en charge. Le médecin spécialiste qui utilise l'acupuncture en milieu public semble ne pas sentir la nécessité de mettre profondément en crise son rôle de médecin conventionnel en restant un spécialiste maîtrisant un outil thérapeutique de plus par rapport à ses collègues non acupuncteurs.

Donc, si nous revenons aux deux questions précédemment posées et en nous référant à ce que nous avons vu apparaître dans les réponses aux questionnaires prises en compte, nous pouvons finalement affirmer que, pour les médecins spécialistes italiens, l'acupuncture est un *complément* ou une *intégration* à leur travail de médecin conventionnel. Ils s'adressent à une formation d'acupuncture répondant à leur besoin d'humaniser et de personnaliser leur prise en charge du patient en se positionnant en attitude de questionnement vis-à-vis du réductionnisme scientifique du paradigme biomédical. L'attitude des médecins spécialistes italiens correspond tout à fait à ce qui a récemment été appelée la « médecine intégrée » et qui prend une place de légitimation croissante depuis les années 1990 aux Etats-Unis¹, en tenant compte non seulement de l'acupuncture et de la médecine chinoise, mais de toutes les médecines non conventionnelles, dites CAM (*Complementary and Alternative Medicines*). De fait il s'agit d'une attitude d'une part de l'establishment médical d' « incorporation » des médecines non conventionnelles dans les structures et dans les lieux propres à la médecine officielle en faisant en sorte qu'on ne les considère des médecines *alternatives*, mais de comme des médecines *complémentaires* de la biomédecine². Si aux Etats-Unis la médecine intégrée constitue un véritable lobby à l'intérieur de la communauté médicale, représentée par un bureau du *National Institute of Health* consacré spécialement aux médecines non conventionnelles³, et possédant ses protocoles définis, une littérature de plus en plus riche,

¹ Cf. : Weil A., *Health and Healing*, Boston, Houghton Mifflin, 1995; « The Significance of Integrative Medicine for the Future of Medical Education », in *The American Journal of Medicine*, n° 108, vol. I, p. 441-443 ; Eisenberg D. M., « Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Study », *Journal of American Medical Association*, n° 280, p. 1569-1575 ; Snyderman R., Weil A., « Integrative Medicine: Bring Medicine Back to Its Roots », *Archives of Internal Medicine*, n° 162, p. 159-174 ; Girelli G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Milan, Franco Angeli, 2005.

² Cf. : Girelli G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Milan, Franco Angeli, 2005.

³ En 1993 est créé par le National Institute of Health de Bethesda (Washington) l'*Office of Alternative Medicine*, plus tard en 1998 le nom de ce bureau change pour s'appeler *National Center for Complementary and Alternative Medicine*. Ce changement de nom n'est pas casuel, en effet correspond à la stratégie d'incorporation des médecines non conventionnelles dans le système médical conventionnel. Comme il le dit Robert Marson ancien directeur du *National Institute of Health* : « A significant change occurred when the United States Congress mandated the opening of the Office of Alternative Medicine

des représentants de plus en plus reconnus¹, en Italie elle se définit de façon empirique, plus par des prises de position individuelles de médecins, ou par des initiatives régionales² que par une quelconque institution gouvernementale. Néanmoins l'attitude de ces médecins italiens intéressés par l'acupuncture correspond à une démarche ainsi définie par Enzo Colombo et Paola Rebughini :

La médecine intégrée ne consiste ni dans l'assimilation des médecines non conventionnelles aux principes et aux pratiques de la biomédecine, ni dans le processus opposé. Il s'agit plutôt de la création d'un « méta espace médical » qui se propose comme nouvelle référence pour la pratique clinique. Un espace faisant sien la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé et se posant comme objectif principal de faciliter les processus de soin et d'amélioration des conditions du patient, considéré dans toutes ses composantes, en ayant recours aux techniques thérapeutiques plus efficaces, venant de la biomédecine ou des médecines non conventionnelles.³

Dans la pratique, l'acupuncture trouve des applications assez différentes selon les possibilités d'utilisation et les conditions d'exercices que chaque médecin arrive à mettre en place et à réaliser dans son travail. Dans les cas d'études présentés plus loin nous avons des exemples de médecine intégrée ou l'acupuncture est utilisée dans un hôpital en concomitance avec d'autres moyens thérapeutiques de médecine conventionnelle et non conventionnelle.

En regardant, pour ce qui concerne la France, les réponses données par les rares médecins spécialistes qui ont retourné nos questionnaires⁴, nous avons remarqué que leurs avis sont très proches de ceux de leurs collègues italiens. Deux de ces médecins se rapprochent de l'acupuncture pour sa vision globale de l'homme (« Approche beaucoup plus globale de l'homme » ; « Pour approfondir et globalisation de ma pratique »), un autre est convaincu de l'importance du caractère écologique de la médecine chinoise (« La médecine chinoise prend en compte les aspects climatiques, spirituels

(OAM) at the National Institute of Health (NIH). Medical schools are now seeking research support from this source. Research findings supported by the OAM can be expected to meet the familiar standards of NIH. In addition to research, more than 70 medical schools have courses in CAM for their medical student curriculum. ». Marson R., « Foreword », in *Essential of Complementary and Alternative Medicine*, Jonas W. B. et Levin J. S. (Ed.), Philadelphia, Lippincott Williams e Wilkins, 1999. p. viii.

¹ Parmi les principaux promoteurs et défenseurs de la médecine intégrée nous pouvons citer :....

² Nous verrons dans la dernière partie de notre travail la mise en place de projets observationnels de la part de la Région Lombardie. Chapitre VI, p. 539-570.

³ Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa*, Rome, Carocci, 2006, p. 78.

⁴ Il s'agit seulement de quatre médecins spécialistes français dont un gériatre, un gynécologue et un dermatologue.

environnementaux... ») et un quatrième réunit les deux réponses en affirmant : « [la médecine chinoise] tient en compte le corps dans son ensemble, les facteurs émotionnels et psychiques. Elle tient aussi en compte l'environnement ». Un de ces médecins exprime sa perplexité vis-à-vis de l'efficacité de l'acupuncture et de l'intérêt de la pratiquer par la suite. Ces médecins travaillent dans le milieu privé (50%) ou public (50%) et n'expriment pas un avis sur leur travail futur avec l'acupuncture.

Mais nous rappelons qu'il s'agit d'un nombre très réduit de médecins spécialistes français qui représente 8,7% des médecins ayant répondu à notre questionnaire¹.

Or, la raison de cette différence de profil du public médical intéressé par l'acupuncture en France et en Italie réside dans la conception dominante envers la pratique de cette thérapeutique diffusée parmi les praticiens des deux pays. De fait la perception de l'acupuncture, par rapport à la médecine conventionnelle, de la part des médecins acupuncteurs - indifféremment spécialistes ou généralistes - italiens et français révèle des caractéristiques singulières pour chaque pays.

3.b. Le statut de l'acupuncture dans le discours des médecins français et italiens

Dans l'analyse des réponses aux questionnaires, nous avons effectivement relevé que les médecins français conçoivent la médecine chinoise comme une médecine *différente* par rapport à la médecine conventionnelle ou biomédecine. Ils argumentent sur son utilité et son efficacité sans faire référence à la médecine occidentale bien plus fréquemment que les médecins italiens. La racine « *différen...* » apparaît très souvent dans les réponses données par les médecins français. Nous avons, dans les réponses à la question qui interrogeait les médecins sur le rapport existant entre la médecine chinoise et la médecine conventionnelle, les exemples suivants :

« Les buts sont les mêmes, les pratiques sont *différentes* et les raisonnements similaires » ; « Les 2 soigner l'être humain, mais avec des paradigmes *différents...* » ; « Le désir de soigner. Physiologie *différente* qui a le mérite d'exister » ; « Se rapporte à l'homme. La demande est la *différente* mais le but est le même » ; « Relation médecin patient mais avec des conceptions *différentes*. Sens de la pathologie » ; « 1. Le mot médecine. 2. Très *différent* dans la prise en charge, la vision, la conception des maladies » ; « Deux mondes *différents* » ; « Sujets d'études est le même, l'approche

¹ Cf. : Annexe n° 2, p. 45

physiopathologique est *différente* » ; « Deux points de vue *différents* sur le même objet de science ».

En confrontant les valeurs des pourcentages par Catégorie thématique¹ de la même réponse (la Question *Quel rapport existe-t-il entre la médecine chinoise et la médecine occidentale?*) entre les réponses données par les médecins italiens et celle données par les médecins français, nous trouvons la confirmation de ce que nous venons d'affirmer.

Dans la Catégorie thématique « Rapport de diversité entre les deux médecines »² les réponses données par les médecins français correspondent à 34,7 % et les italiennes à 14,1 % seulement. Dans la Catégorie thématique « Reconnaissance d'éléments en faveur de la médecine chinoise »³, les pourcentages sont encore sensiblement supérieurs en France (12,2%) qu'en Italie (4,3%).

De plus la Réponse type⁴ « Très peu, voire aucun rapport » a un pourcentage plus élevé dans les réponses françaises (11,2%) que dans les italiennes (8,3%). Mais au contraire, la Réponse type « Complémentaire, intégrative, etc. » obtient un pourcentage nettement plus élevé en Italie (50%) qu'en France (21,4%).

Enfin, plusieurs médecins italiens se plaignent que le rapport entre les deux médecines soit encore très limité, faisant ainsi référence aux difficultés imposées par le milieu médical conventionnel vis-à-vis d'une plus importante intégration (Réponse type : « Il [le rapport entre les deux médecines] pourrait être plus important - il n'existe pas encore, il existe peut-être ...- » a la valeur 5,5%). Par contre, aucun médecin français n'aborde cette question (cette Réponse type est absente dans les questionnaires françaises). Il semblerait que, considérant la diversité entre les deux médecines, le problème de l'intégration ne se pose pas en France, ou du moins, pas avec la même importance qu'en Italie.

Notons aussi que, dans les réponses françaises, la façon de définir la médecine chinoise comparée à la médecine conventionnelle varie peu. En revanche, dans les réponses des médecins italiens nous trouvons un nombre plus important de définitions de

¹ Catégories thématiques : Elles sont le fruit du regroupement des R.Types selon des récurrences et des relations qui convergent vers une problématique. Elles sont utilisées pour interpréter l'attitude, l'avis et la position des médecins questionnés vis-à-vis des problématiques proposées dans le questionnaire.

² Nous avons regroupé dans cette Catégorie thématique les réponses qui soulignaient une des composantes de la différence entre la médecine chinoise et la médecine conventionnelle.

³ Dans cette Catégorie thématique nous trouvons des réponses qui soulignent les caractéristiques valorisant la médecine chinoise par rapport à la médecine conventionnelle.

⁴ Réponse type : Dans l'analyse des réponses à chaque question, nous avons relevé des typologies de réponse que nous avons appelées Réponses types. Chaque réponse de chaque médecin peut correspondre à plusieurs Réponses types.

la relation entre la médecine conventionnelle et la médecine chinoise, et cela particulièrement dans les réponses à la Question *Comment pensez-vous employer l'enseignement fourni par l'école ?* et à la Question *Quel rapport existe-t-il entre la médecine chinoise et la médecine occidentale?*.

L'acupuncture est définie par les médecins français uniquement par le terme *complémentaire*, ou *complémentarité* – *complément* ou comme médecine *différente* de la médecine officielle. De fait la vision de l'acupuncture comme complémentaire à la biomédecine constitue 72,2% des réponses données par les médecins français. De plus des termes tels que *synergie* ou *intégration* n'apparaissent jamais dans les réponses données par les médecins français.

En revanche, dans les réponses italiennes, ces termes sont utilisés plus fréquemment que *complémentaire*. En particulier le concept d'*intégration* entre les deux médecines est exprimé très souvent par les médecins italiens, au point de constituer 38,9 % des réponses aux questions sur le rapport entre les deux médecines¹.

Que les médecins français n'expriment jamais l'idée d'une intégration possible de la médecine chinoise avec la biomédecine marque fortement cette différence entre la position de l'acupuncture dans le travail des médecins acupuncteurs en France et en Italie. Si on se réfère aux résultats des réponses aux questionnaires et à la comparaison des données pour les deux pays nous pouvons affirmer que les médecins acupuncteurs italiens peuvent être des médecins généralistes comme des spécialistes puisqu'ils considèrent la médecine chinoise comme un moyen de soin *intégrable* ou *complémentaire* à la médecine officielle. Le statut du médecin acupuncteur italien n'est donc pas en conflit avec une formation plus spécifique dans le domaine biomédical, un médecin spécialisé peut aussi être un médecin acupuncteurs utilisant l'acupuncture en combinaison avec sa spécialisation².

Tandis qu'en France, les médecins interrogés sont des généralistes ou, dans la formation continue, des médecins acupuncteurs qui travaillent pour la plupart en secteur

¹ Cf. : Annexe n° 2, p. 88.

² À ce propos Cf. : les travaux de Emilie Gomart (« Qu'est-ce que l'hétérodoxie ? Le cas de trois cardiologues homéopathes », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, 1996, p. 167-186 ; « Homéopathie et/ou allopathie ? Les techniques de diagnostic dans l'articulation des cadres de référence », *Technique et culture*, n° 25-26, janvier-décembre 1995, p. 109-129.) dans lesquelles l'auteur montre comment, dans le travail de médecin spécialiste en cardiologie («... l'homéopathie et l'allopathie ne seraient donc *pas toujours* distinctes et contradictoires » (Gomart E., « Qu'est-ce que l'hétérodoxie ? Le cas de trois cardiologues homéopathes », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, 1996, p. 168.). Il s'agit ici d'un cas d'étude relatif à la France et à la rencontre de l'homéopathie avec la médecine conventionnelle. Le contexte social et les modèles explicatifs ne sont pas les mêmes, néanmoins pour nous l'intérêt de ces études réside dans le raisonnement théorique et surtout dans le contenu du travail de terrain qualitatif.

privé. Pour ces médecins, l'acupuncture n'est pas comparable avec la médecine officielle, elle est probablement *complémentaire*, donc non en conflit avec la biomédecine, mais fondamentalement *différente*.

D'ailleurs l'idée que la médecine chinoise soit une médecine *différente* de la médecine conventionnelle revient aussi souvent dans les entretiens que nous avons menés auprès des praticiens français, déjà médecins acupuncteurs, affirmés avec des discours plus ou moins explicites dont les deux extraits qui suivent sont des exemples :

Pour bien pratiquer la médecine chinoise, il y a deux univers qui resteront indépendants, celui de la médecine conventionnelle et celui de la médecine chinoise. Il y a bien sûr une communication possible entre les deux, mais c'est une réduction de l'efficacité de la médecine chinoise. Alors oui, on peut les faire communiquer. Mais, je pense qu'au fond il n'y a pas de communication.

(F-21)

Ce sont deux mondes complètement séparés. Complètement à part. La médecine chinoise a une façon d'aborder les choses par une totalité, avec des règles qui lui sont spécifiques, une classification des maladies et des méthodes thérapeutiques qui lui sont spécifiques, et avec laquelle il n'y a rien qui se recoupe avec la médecine occidentale. Ou en tous cas très peu de choses.

(F-14)

Cette même définition des médecines non-conventionnelles comme des médecines « différentes », nous la retrouvons bien argumentée dans les travaux de Françoise Bouchayer dans son étude sur *Les praticiens des nouvelles thérapies*¹. L'auteur dans son travail présente les médecines non-conventionnelles en France comme un choix de la part de certains médecins généralistes de mise en place d'un « processus d'élaboration d'une identité professionnelle »². Les médecins généralistes français sembleraient se démarquer de façon plus ou moins catégorique des champs de l'offre de soins conventionnels pour créer un domaine d'action dans lequel la hiérarchie médicale française officielle n'a ni compétence ni contrôle.

¹ Cf. : Bouchayer F., *Les praticiens des nouvelles thérapies ; stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, MIRE-CNRS, Rapport de fin de recherche, 1986 ; « Les voies du réenchantement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 201-225.

² Bouchayer F., « Les voies du réenchantement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 205.

Le fait de se situer délibérément dans le champ des médecines différentes assure à ces généralistes une position meilleure, ou tout au moins le sentiment d'échapper à un statut professionnel dominé et vécu comme peu valorisant.¹

Pour ce qui est de l'acupuncture, le discours de Françoise Bouchayer était défendable dans les années 1980 quand, effectivement, la pratique de cette médecine pouvait offrir un intérêt concret et matériel pour les médecins généralistes. Or aujourd'hui, nous l'avons dit, le fait de choisir de pratiquer l'acupuncture met les médecins généralistes français dans une position d'exercice de leur pratique que nous pourrions définir comme difficile. Néanmoins, le statut de la pratique de l'acupuncture en France continue à garder ce caractère de « différence » par rapport à la médecine conventionnelle et les témoignages de nos entretiens aussi bien que les réponses aux questionnaires nous le confirment.

3.c. Science et tradition se confrontent

Dans les réponses aux questionnaires données par les médecins italiens, ces derniers pensent souvent que l'*intégration* entre les deux médecines pourrait se fonder sur la « démonstration » de l'existence de points communs entre la médecine chinoise et la médecine occidentale. Cette affirmation est confirmée, par les médecins italiens, dans les réponses à la Question *Quel rapport existe-t-il entre la médecine chinoise et la médecine occidentale?* puisqu'il est fait allusion au problème de la définition de l'acupuncture par rapport à la biomédecine et de sa « scientificité »². Les réponses qui abordent ce sujet sont regroupées dans la R.Type *Il existe mais n'a pas encore été démontré* (exemple : « Complémentarité, avec des bases physiopathologiques, physiques et chimiques pas encore connues par l'insuffisance de la technologie actuellement disponible ») ; une réponse contenue dans la R.Type *Médecine chinoise supérieure à la médecine occidentale* dit encore : « Par erreur on ne reconnaît pas de scientificité à la médecine chinoise, alors que la médecine occidentale s'en réclame ».

Notons que ces deux R.Types n'existent pas dans les réponses françaises.

Dans certaines réponses à la Question *À quoi est due l'efficacité de la médecine chinoise?* nous trouvons l'expression du souhait, voire même de l'exigence que les

¹ Bouchayer F., « Les voies du réenchantement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 203.

² Notons que les termes avec racine « scientif-... » ne reviennent que 5 fois. Il s'agit ici de la définition d'une conception proche de la médecine occidentale et cohérente avec celle-ci.

principes de l'efficacité de la médecine chinoise soient étudiés et démontrés d'un point de vue scientifique (cohérent avec la médecine conventionnelle).

Le discours autour de la « scientificité » ou de la nécessité d'une démonstration scientifique des bases théoriques et du fonctionnement de l'acupuncture¹ prend plus de relief et d'importance dans la comparaison avec les réponses données par les médecins acupuncteurs français.

En effet, pour ces médecins l'expérience millénaire semble être suffisante pour prouver l'efficacité de la médecine chinoise (exemples : « Résultats d'une expérience éprouvée sur 4000 ans » ou la « Grande expérience, accumulation d'observations depuis des générations »).

Le manque de confrontation de la médecine scientifique avec la médecine chinoise dans le discours des médecins français questionnés est aussi confirmé par les réponses à la Question *Selon vous, quel est le public intéressé par la médecine chinoise et pourquoi a-t-il recours à cette médecine?*. Les médecins français aussi bien que les italiens répondent à cette question avec, parmi d'autres, la R.Type « Qui refuse la pharmacopée occidentale ».

Néanmoins, les médecins italiens lui accordent plus d'importance : le sujet des *médicaments* revient dans les R.Types « Effets secondaires négatifs [de la médecine conventionnelle] » et « Elle est exempte d'effets secondaires », en opposition aux effets collatéraux de la pharmacopée occidentale. Encore une fois, ces deux dernières R.Types n'existent pas dans les réponses aux questionnaires français.

Au total, le 25 % des médecins italiens abordent le thème des effets collatéraux de la médecine occidentale ou du refus de sa pharmacopée tandis que 12 % seulement des médecins français affichent leur préoccupation par rapport à ce problème dans leurs réponses².

En revanche, la *dimension traditionnelle* dans l'enseignement venant des textes classiques et dans la pratique médicale est présente dans les réponses données par les médecins français à plusieurs reprises et dans différentes questions (exemples : Question *Comment pensez-vous utiliser l'enseignement fourni par l'École ?* : « donner à la pratique une dimension **traditionnelle** », « utilisation des notions venant des **textes traditionnels** pour améliorer ... » ; Question *Quel rapport existe-t-il entre la médecine chinoise et la médecine occidentale ?* « le retour à la **tradition**, mode de vie » ; Question *À quoi est due l'efficacité de la médecine chinoise ?* « à une immense base de données d'observation du

¹ Cf. : Annexe n° 2, p. 22-32 et p. 73.

² Cf. : Annexe n° 2, p. 73-75.

vivant, dans son **texte** et à une compréhension des mécanismes de la vie », « à l'état d'esprit des praticiens chinois : humilité, respect envers les anciens... »). L'importance de la tradition, de la lecture des textes classiques de la médecine chinoise pour les médecins français nous ramène à ce que nous avons précédemment vu à propos de la constitution d'un véritable style d'acupuncture, propre à la France, et que nous avons définis comme « l'acupuncture traditionaliste française ».

Ce qui est intéressant de noter ici c'est que le mot *traditionnel* apparaît cependant dans les réponses des médecins italiens, mais dans un sens totalement opposé. L'adjectif « traditionnel », dans le langage des médecins italiens, est souvent employé pour qualifier la médecine occidentale. Cette dernière, qui est aussi souvent appelée « médecine officielle » par les Français, pour les médecins italiens devient traditionnelle dans la confrontation avec la médecine chinoise qui est perçue comme une « innovation » dans le cadre médical conventionnel. Ce caractère d'« apport nouveau » de la médecine chinoise ou de l'acupuncture à la médecine conventionnelle ou officielle est mis en évidence dans quelques fragments des réponses donnés par les médecins italiens où ils utilisent le terme **traditionnel**...

Question *Comment pensez vous employer l'enseignement fourni par l'école ?*

- Comme intégration à la médecine **traditionnelle**
- Pour l'utiliser dans la pratique professionnelle, pour diffuser la médecine chinoise dans la prise en charges des troubles qui ne nécessitent pas que des **traitements** uniquement **traditionnels**

Question *Selon vous, quel est le public intéressé par la médecine chinoise et pourquoi a-t-il recours à cette médecine?*

- ...le public plus informé ; par hostilité envers les **médicaments traditionnels**
- ... par manque de confiance dans la **médecine traditionnelle** à cause d'une mauvaise relation médecin-patient...
- Ceux qui ont intérêt, personnel ou thérapeutique, envers les formes **thérapeutiques non traditionnelles**...
- À cause de l'échec des **thérapies traditionnelles**, par réticence envers ces thérapies...

On remarquera qu'un seul médecin français utilise « traditionnelle » dans le sens de médecine liée à la tradition médicale occidentale.

Nous reviendrons sur la question de la « tradition » comme partie fondamentale de la médecine chinoise française dans nos conclusions en l’observant d’un point de vu plus large que le discours et les motivations des médecins. Nous reprendrons l’idée, que nous avons avancée dans notre première partie, de l’invention d’un véritable style d’acupuncture, « l’acupuncture traditionnaliste française »¹ en l’encadrant dans une perspective institutionnelle. Les témoignages que nous avons reportés ici confirment, de fait, l’importance de la dimension traditionnelle dans l’enseignement de l’acupuncture en France et dans le travail des médecins acupuncteurs.

¹ Cf. : Candelise L., « Construction, acculturation et intégration de l’ ‘acupuncture traditionaliste française’ au XX^e siècle », in *Documents pour une Histoire des Techniques*, n° 16, à paraître en octobre 2008

4. Quel est l'intérêt de la pratique de l'acupuncture pour un médecin français et italien ?

Nous avons vu quelle est la relation entre l'acupuncture et la médecine conventionnelle pour les médecins français et italiens que nous avons interviewés. Il est intéressant de voir plus de près quels sont pour ces médecins les apports de la pratique de l'acupuncture ou, plus généralement, de la médecine chinoise.

4.a. Les médecins acupuncteurs français

Les médecins français ayant répondu à notre questionnaire affirment s'être rapprochés de la médecine chinoise pour améliorer leur pratique médicale mais aussi par intérêt personnel, dans le sens d'un approfondissement culturel. Cela est vrai aussi pour les médecins que nous avons interviewés personnellement et c'est dans ces entretiens que plusieurs éléments personnels et anecdotiques, ainsi que les motivations de chaque individu, apparaissent plus explicitement. Les extraits des entretiens que nous citons montrent comment des médecins acupuncteurs, praticiens confirmés, ont rencontré l'acupuncture et pourquoi ils en sont devenus des experts.

Un médecin acupuncteur, ayant étudié à l'A.F.A. bien avant la création du D.I.U. d'acupuncture et travaillant dans un cabinet privé du 3^e arrondissement de Paris comme médecin généraliste conventionné (secteur II), nous dit :

En fait, [...] au départ j'étais partie pour faire de l'hématologie en CHU. Et puis, en avançant un peu dans cette voie je me suis aperçu que ce n'était pas ma place, que je ne supportais pas bien la structure hospitalière, je préférais être généraliste, donc je me suis tournée vers cette voie-là.

Et puis j'ai été un peu déçue des possibilités que j'avais en tant que médecin généraliste avec la médecine occidentale et aussi avec la nécessité d'être «rentable», entre guillemets, c'est-à-dire de voir les patients rapidement, de voir aussi beaucoup de patients qui n'avaient pas vraiment le souci de comprendre pourquoi ils étaient malades, ils voulaient être soulagés très vite pour pouvoir passer à autre chose. Tout ça ne me convenait pas tellement. Je me suis dirigée vers l'homéopathie, l'acupuncture et les traitements par les plantes à cette époque-là ...

(F-22)

Un médecin spécialiste, cardiologue, ayant étudié la phytothérapie chinoise à Paris avec un médecin chinois, et pratiquant sa spécialité dans un cabinet privé à Paris dans le 9^e arrondissement, nous explique :

Quand j'ai découvert la médecine chinoise, j'ai été ébloui. J'ai été ébloui parce que j'ai vu une pensée qui tenait compte de la nature. Qui n'était pas une pensée qui ne tenait compte que d'une action A sur une action B pour obtenir une action C, mais j'ai vu quelque chose qui était tout à fait en rapport avec la nature. Puisqu'il y a les maladies qui sont en rapport avec le vent, avec le froid, avec l'humidité, avec la chaleur, c'est à dire avec le climat en général. Et il ne faut pas oublier que les Chinois sont avant tout des agriculteurs, des gens qui sont exposés aux saisons. [...]

Ensuite, ils ont parlé des sentiments, et là aussi ils ont une connaissance psychosomatique alors qu'en fait, c'est une connaissance psychosomatique un peu sommaire, réduite, mais quand même suffisamment efficace pour entraîner des effets.

Donc ce qui m'a plu, c'est cet accord qu'il y a entre la nature, le froid, l'humidité, la chaleur, la sécheresse et ce qui se passe dans un organisme humain. Quand on entend que la sécheresse attaque le poumon en particulier, qu'un excès de vent peut entraîner des accidents vasculaires, et bien c'est quelque chose qui se confirme.

(F-21)

Un médecin acupuncteur et médecin généraliste conventionné (secteur II), ayant étudié l'acupuncture à l'OEDA, qui est l'un des enseignants du DIU d'acupuncture de Paris/Bobigny et qui pratique dans un cabinet privé, à Paris, dans le 16^e arrondissement, nous dit :

En troisième j'avais un copain qui m'a prêté un livre sur le Tibet, sur les moines, le Dalai-lama, etc.... J'ai commencé à m'intéresser à l'Extrême-Orient à ce moment-là, et puis, à partir de cette époque-là, j'ai donné des cours de maths, [...] de sciences naturelles, aux enfants plus jeunes ou de mon âge, ça me permettait d'avoir de l'argent de poche. Quand j'étais en terminale, j'avais comme élève le petit-fils de Blaise Cendrars, sa fille avait des choses chinoises très belles chez elle. Et, comme on parlait de la Chine, un jour elle m'a dit : « Puisque vous vous intéressez à l'Extrême-Orient, que vous voulez faire médecine, je vais vous envoyer écouter un ami qui fait une conférence sur l'acupuncture, ça vous intéressera peut-être. » Elle m'a donné une invitation, c'était une conférence dans un salon privé du XVI^e arrondissement. C'était très sympa, et donc j'ai écouté cette

conférence, qui m'a tout à fait intéressé. D'autant plus que j'avais lu un livre sur les effets magiques de l'acupuncture à ce moment-là. C'était en 1966...

Après la conférence je suis allé lui dire [au médecin qui tenait la conférence] que je trouvais ça très intéressant, et il m'a proposé d'aller suivre un cours et d'assister à une consultation.

À cette époque je terminais le lycée. Pendant les vacances scolaires, j'avais travaillé comme infirmier de nuit dans un service de cardiologie. Je voulais voir comment ça se passait. Après ça, je suis allé à sa consultation [du médecin conférencier] et là, j'ai découvert un univers qui me paraissait complètement différent de ce que j'avais vu à l'hôpital. Un univers magique. Un médecin qui s'intéressait à son malade, il m'était apparu tout de suite que je gagnerais ma vie avec ça. Et puis, de fil en aiguille, au fur et à mesure que la matinée se passait, il y a eu les consultations, le cours, et j'étais absolument fasciné. J'ai donc suivi l'enseignement.

(F-14)

Un médecin généraliste, non conventionné, ayant étudié à l'AFA, plus tard à l'AMO, fréquentant régulièrement l'EEA (Institut Ricci de Paris), donnant des cours à la formation de phytothérapie chinoise de Paris/Bobigny et travaillant dans un cabinet privé à Vincennes, nous raconte :

Dans un premier temps, je suis entrée en fac de médecine. Je voulais être psychiatre. J'ai fait en 3^e année de médecine un stage dans un grand hôpital de psychiatrie. Quand je suis sortie du stage j'avais décidé que ne serais jamais psychiatre.

Parce que... bon, d'abord le regard sur la folie m'a dérangée. Ensuite parce que ce que j'ai vu à l'époque, donc ça remonte à très loin... - il y a 27, 28 ans - c'était une impression de non-respect de l'être humain et surtout un non-respect avec une incompréhension ; l'impression qu'on passait à côté de quelque chose qui était inconnu, et des traitements inappropriés. Voilà, c'est l'impression que j'ai eue. Donc pour moi c'était réglé. Je ne ferais pas de psychiatrie. Après, je me suis dit, puisque c'est comme ça, je vais faire de la médecine de campagne et de la médecine humanitaire. J'ai continué mes études de médecine et puis, en cinquième année de médecine, je suis tombée sur un article sur l'acupuncture ; je suis donc allée à une réunion avec le responsable d'une école.

C'était à l'A.F.A., l'Association Française d'Acupuncture [...]. Maintenant je ne suis plus du tout d'accord avec eux mais, par contre, ça a été un déclenchement. Un déclenchement par rapport à la vision sur l'homme, un déclenchement par rapport à la vision de la médecine et de l'humanité. Et ça - je ne le dirai jamais assez, même si maintenant j'ai pris

complètement d'autres dispositions (je suis allée après dans d'autres écoles) -, il n'y a que là que j'ai eu cette vision. Et c'est ça qui a déterminé mon « processus ».

C'est-à-dire que, au lieu de couper les hommes en morceaux - ce que je voyais à l'Hôpital en permanence -, j'ai rencontré quelqu'un qui avait une vision globale de l'humanité, qui intégrait le fait que l'homme a un esprit et un corps et qu'il a besoin des deux. Ce qui, pour moi, était une évidence, mais que je ne rencontrais jamais en médecine.

(F-8)

Un médecin à la retraite ayant travaillé pendant longtemps avec le groupe de médecins élèves de Nguyen Van Nghi à l'AFA (Groupe Lacretelle) et plus tard ayant enseigné dans plusieurs pays d'Europe, au Québec, au Mexique et à Jérusalem nous dit :

Je faisais de la recherche sur la propagation des électrons. J'étais dans le service du professeur F. , en radiologie. Un jour, il me dit : « Tiens, dis donc, il y a un nouveau livre de physique qui vient de sortir, il a l'air très bien, va le prendre à la librairie chez François. » Je vais donc chez François. Je lui dit : « Monsieur François, » je le connaissais bien, il me dit « Oui, le livre de physique qui vient de sortir, il est là-bas dans le rayon, allez-y. » Je vais au rayon, je tire le livre et pouf ! je fais tomber par terre, un tout petit bouquin. Le voilà... un tout petit bouquin... il tombe par terre, et crac ! Je me suis dit : « Qu'est-ce que c'est ? » Je ne connaissais pas le mot. Je ne connaissais rien de tout ça. Acupuncture... connais pas. C'est bizarre ! J'étais entraîné à ce qu'on appelle la lecture rapide, et là-bas, à la librairie, pfffffft, en l'espace de quoi, un quart d'heure ? J'ai lu ce livre et il s'est passé un déclic. J'ai dit « ce gamin, il ne se rend pas compte de ce qu'il a en main ».

Ça a déclenché quelque chose. Immédiatement je suis rentré chez moi, j'ai dit à ma femme: « Je veux la liste de toutes les écoles d'acupuncture. De France et d'Europe. Je veux toutes les publications françaises, débrouille-toi, je veux tout ici ». Bon. Au bout de quinze jours, trois semaines, j'avais une vingtaine de livres et j'avais la liste de toutes les écoles. La principale école française. Et je me présente, après avoir lu tous les livres. Il me semblait... je sentais... il y avait quelque chose là-dessous.

(F-3)

Un médecin de Nantes, travaillant dans un cabinet privé, ayant étudié à l'école de Nguyen Van Nghi de Marseille, à l'AFA de Paris et avec un médecin acupuncteur ayant beaucoup d'expérience, enseigne au DIU d'acupuncture de Nantes, nous parle aussi de son parcours:

J'ai été intéressé par la biochimie, ses relations moléculaires, Et puis j'avais une amitié... nous étions tous les deux en médecine... Vous savez, j'ai commencé très jeune, j'avais à peine 17 ans, ça chauffe un peu dans la tête. Arrivé vers 20 ans, j'étais en troisième ou quatrième année, j'étais avec un copain, on formait une équipe très soudée [...], et nous venions tous les deux de classes populaires. Notre esprit allait vite, ça veut dire qu'on n'avait pas de problèmes pour travailler des examens, et on les travaillait en deux-trois mois à la fin. Et avant, nous lisions beaucoup, nous fréquentions beaucoup les gens des arts, nous fréquentions beaucoup les littéraires, et donc nous lisions beaucoup de littérature et dans le parcours, il y avait, bon, tout le parcours philosophique, pensée ancienne, grecque. Je suis Grec aussi d'origine, donc j'avais fait du grec depuis la quatrième, donc je n'ai pas lâché ça.... Tout le parcours... poétique, si vous voulez. Que vous dire ? J'ai été nourri par Daumal, par Antonin Arthaud, par Francis Ponge, par tous ces gens ... tout le courant du TNP aussi, Jean Vilar, avec des comédiens comme Roger Blin, Maria Casarès, je ne sais pas si vous connaissez ces textes, « Pour en finir avec le jugement de Dieu », ça veut dire que, dans une formation scientifique, il y a toujours eu ce truc absolument inséparable mais pas intellectuel, c'était vraiment là. Et puis il y a les expériences de la drogue, les expériences de la drogue quand on avait 18-19 ans, etc. Tout en étant en médecine. Il faut se remettre dans les années 70, c'est à dire... comment dirais-je...d'un truc qui était formidable, dans le sens de questionner l'homme, mais d'une façon...vraiment une expérience. Donc, tout ça, tout en continuant médecine et en aimant ce qu'on apprenait. En aimant faire de l'anatomie, faire de l'histologie, faire tout ça. Après j'ai eu l'amour de la chirurgie. Vous savez comme on est des branleurs, des jeunes quoi, hop ! Et puis après j'ai fait psychiatrie pendant deux ans, allez, hop ! Tout ça ensemble. Avec l'intérêt des gens qui questionnaient un peu les mêmes choses dans leur vie. Je fréquentais beaucoup dans mes lectures des épicuriens, des cyniques, après il y a eu le passage par Spinoza, après arrive tout l'existentialisme, Heidegger, bien sur, Nietzsche, Heidegger après, tout ça. Plus les poètes. On a parlé d'Arthaud, vous savez de ses expériences limites, voilà, donc tout ça est là, c'est les mêmes choses, si vous voulez. Fallait trouver le correspondant.

Et puis, sur ce fond-là, sur cette base-là, la psychiatrie, avec une rencontre avec le prof F. qui était à Besançon, qui était un type, un psychiatre, qui montait le premier service hospitalo-universitaire à Nantes, et qui était neurologue de formation, mais en même temps complètement littéraire aussi et qui avait ouvert son service à la psychanalyse. Formidable ! Un mélange ! Un mélange incroyable ! C'est des rencontres ! Et tout ça a fait naître plein de questions. Et tout ça dans le même moment a fait que j'ai rencontré, par l'intermédiaire

d'un ami, Jean Eyssalet [un acupuncteur extrêmement connu en France]. Je rencontre Eyssalet, j'avais 22 ans...

Donc je rencontre Eyssalet, je le vois une fois. [...] Un an ou deux ans après, à la fin de mes études, on part dans le Sud, je vais le voir. Je vais assister à ses consultations pendant une semaine en février. Touché... Je retourne chez lui au mois d'avril encore pour une semaine. Et là je décide, j'arrête tout, la préparation de l'internat... on descend dès septembre, dès que j'ai fini mon stage, on descend dans le Sud. Je fais des remplacements de médecine générale les week-ends, et je suis ses consultations tous les jours. Tous les jours, tous les jours il m'accepte, je suis là, comme ça, et je regarde. Et je travaille. Et en même temps je m'inscris à Marseille, pour suivre l'enseignement de Van Ghi et en même temps je m'inscris aussi à l'A.F.A. à Paris, pour suivre les cours. Et en même temps Eyssalet. Tout ça en même temps. En trois ans, ça a été un travail absolument... une implication totale

(F-24)

Un médecin travaillant dans un cabinet privé du 7^e arrondissement de Paris, ayant étudié avec Nguyen Van Nghi et à l'A.F.A. dont il est enseignant et le président d'honneur, nous explique :

Je suis d'Alger, j'ai fait mes études à Alger, et en 62 j'avais entendu parler de l'acupuncture. Une fois à Paris, je vais m'inscrire au conseil de l'ordre et je vois : cours d'acupuncture. C'était une heure après et j'ai dit : «Tient, je vais rester ! » et voilà, je suis dedans !

Oui je trouve un enseignement qui était déjà organisé depuis 47. Dès 1947 à 1962 ça faisait 15 ans. Donc j'arrive là, j'assiste à un cours, pour moi c'était un émerveillement et donc je reste, j'étais déjà chez moi...

(F-27)

Ces citations évoquent les différents parcours qui ont conduit des médecins à la rencontre et à étude de l'acupuncture. Des parcours divers, mais avec des composantes qui reviennent souvent dans le discours des médecins acupuncteurs français interviewés. D'abord leur parcours dans la médecine conventionnelle, souvent à l'hôpital, laisse perplexes ces médecins qui ne sont « ni satisfaits », ni « convaincus » de la manière de pratiquer la médecine et de considérer l'homme, la maladie, la prise en charge des patients. Ils cherchent autre chose et s'adressent à l'acupuncture, parfois aussi et en même temps à l'homéopathie et la phytothérapie.

4.b. Le rejet de la médecine conventionnelle et la contre culture médicale

Nos témoignages concordent pleinement avec les observations qui sont faites par Anne Marcovich et Françoise Bouchayer dans leurs travaux sur l'acupuncture et les médecines « différentes » en France¹. Les deux auteurs, ayant travaillé sur ce sujet pendant les années 1980, affirment avoir constaté une attitude assez marquée de rejet de la médecine conventionnelle de la part des médecins qu'elles ont rencontré. Dans leur discours, ces médecins affirment utiliser les moyens d'enquête diagnostique que la médecine conventionnelle offre et souvent ils prescrivent la pharmacopée occidentale en même temps qu'ils pratiquent l'acupuncture. Cette position moins radicale de « rejet » de la médecine allopathique semble être plus récente, correspondant à la déontologie médicale des acupuncteurs exerçant dans les années 1990 et 2000. Les praticiens travaillant plus récemment sont probablement influencés par les relations entre la médecine chinoise et la médecine conventionnelle mises en place dans d'autres pays européens (voir l'Italie et les relations entre la France et l'Italie à ce sujet), mais aussi par le statut des médecines non conventionnelles (autrement dite CAM) aux Etats-Unis² et toute la recherche en ce domaine faite par les centres de recherches américains. Néanmoins cette attitude plus récente vis-à-vis de la médecine conventionnelle n'empêche pas aux médecins acupuncteurs français de concevoir la médecine chinoise et l'acupuncture comme une médecine « différente » de l'allopathie ; ils n'envisagent pas de relation et d'intégration théorique entre les deux.

Cette position assumée par les médecins acupuncteurs français se rapproche du concept avancé par Mike Sacks³ de « contre culture médicale » (*medical counter-culture*).

The concept of the medical « counter-culture » in this context is defined as a subculture set up in opposition to the dominant culture of medicine. In this sense, at an abstract level, the nature of the « counter-culture », just like that of « alternative medicine »

¹ Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, Paris, CNRS.INSERM.MIRE, 1987 ; Bouchayer F., « Les voies du réenchantement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p. 201-225.

² Cf : Adams K.E., *et al.*, « Ethical Considerations of Complementary and Alternative Medical Therapies in Conventional Medical Settings », *Annals of Internal Medicine*, vol. 137, n. 8, 15 octobre, 2002, p. 660-664 ; Eisenberg D.M., « Advising Patients Who Seek Alternative Medical Therapies », *Annals of Internal Medicine*, vol. 127, n. 1, 1 juillet, 1997, p. 61-69 ; Kaptchuk T.J., Eisenberg D. M., « Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States », *Annals of Internal Medicine*, vol. 135, n. 3, 7, 2001, p. 189-195.

³ Cf : Saks M., *Orthodox and alternative medicine*, Londres, Continuum, 2002, p. 107-123.

itself, varies historically and internationally according to the dominant orthodoxy in any particular society.¹

Il s'agit d'une position d'opposition à la médecine orthodoxe de la part des médecins acupuncteurs qui sont insatisfaits de leur formation médicale conventionnelle (F-22), qui n'adhèrent pas complètement à une pensée rigoureusement scientifique pour ce qui est de la thérapeutique (F-21, F-8), qui supportent mal leur internat à hôpital et le travail avec les malades dans les structures publiques (F-22, F-8). Tous les médecins acupuncteurs interviewés critiquent la pensée rigidement déterministe de la médecine scientifique, refusent l'hyperspécialisation médicale et n'adhèrent pas à la relation médecin/patient mise en place dans la médecine conventionnelle².

4.c. Une médecine postmoderne

L'optique assumée par ces médecins acupuncteurs correspond de fait au concept de « postmodernité » tel qu'il a été défini par les sociologues tels A. Giddens³, Z. Bauman⁴, U. Beck⁵, A. Melucci⁶, U. Hannerz⁷, M. Abélès⁸ et B. Latour⁹. Le dogme positiviste d'une médecine fondée sur des certitudes propres à la biomédecine est ici remis profondément en cause. Les médecins acupuncteurs s'adressent de façon explicite à une tradition médicale, autrement dit une médecine traditionnelle, qui est épistémologiquement en rupture avec la médecine conventionnelle occidentale. La modernité s'oppose à l'idée de tradition, comme cela est souligné par Giddens¹⁰ aussi bien que par Beck¹¹, alors qu'une approche postmoderne conduit à une « re-visitation » des traditions. Nous reviendrons sur

¹ *Ibidem*, p. 107.

² Pour ce qui est de l'opposition à l'establishment médical voir aussi Illich I., « Némésis médicale. L'expropriation de la santé », in *Œuvres complètes vol. 1*, Paris, Fayard, 2005, p. 583-786.

³ Cf: Giddens A., *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994 (*The consequences of Modernity*, Oxford, Polity Press, 1990) ; *Il mondo che cambia*, Bologna, Il Mulino, 2000 (*Runaway World Globalisation in Reshaping our Lives*, Londres, Profile Books, 1999)

⁴ Cf: Bauman Z., *La società dell'incertezza*, Bologna, il Mulino, 1999; *Il disagio della postmodernità*, Milano, Bruno Mondadori, 2000 (*Ponowoczesność. Jakoźrodlo cierpień*, Varsovie, Zygmund Bauman & Wydawnictwo Sic!, 2000).

⁵ Cf: Beck U., *La société du risque*, Paris, Flammarion, 2001 (*Risikogesellschaft*, Francfort, Suhrkamp Verlag, 1986)

⁶ Cf: Melucci A. (ed.), *La fine della modernità*, Milan, Angelo Guerini, 1998

⁷ Cf: Hannerz U., *La diversità culturale*, Bologne, Il mulino, 2001, (tr. *Transnational Connections. Culture, People, Places*, London-New-York, Routledge, 1996).

⁸ Cf: Abélès M., *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot, 2008.

⁹ Cf: Latour B., *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La Decouverte, 1991.

¹⁰ Giddens A., *Op. Cit.*, 1994, 2000.

¹¹ Beck U., *Op. Cit.*, 2001.

le rôle de la tradition, sur sa nature et son importance dans le travail des médecins acupuncteurs français. Par ailleurs nous avons déjà vu comment en France se consolide un style bien précis d'acupuncture que nous avons défini comme étant l'« acupuncture traditionaliste française ». La tradition médicale choisie par ces médecins est une tradition venant d'Extrême-Orient, venant de Chine. Il s'agit donc de la rencontre avec une tradition autre que celle, endogène, de l'ancienne médecine gréco-romaine.

La rencontre avec le « divers » et le « différent », tel que nous en faisons l'expérience dans le discours des médecins acupuncteurs français, nous renvoie à l'analyse avancée par Ulf Hannerz, et reprise par Marc Abélès¹, sur l'importance de la diversité dans un contexte culturel de globalisation.

Hannerz affirme que :

... le concept de diversité culturelle à l'intérieur de l'écoumène globale peut être utilisé comme une sorte de réserve d'idées et d'alternatives à tout ce qu'est disponible dans notre culture. La diversité culturelle peut être aussi une réserve de solution aux problèmes de notre culture.²

...l'argumentation à faveur de la diversité culturelle est, on le répète, qu'elle maintient les alternatives vivantes. Cela n'est pas fait uniquement dans leur état actuel, mais aussi dans leur potentiel spécifique en vue d'un possible développement.³

Cette possibilité d'innovation et d'« alternative » que le divers peut offrir à un contexte culturel bien défini, dont la communauté médicale y est un segment, correspond très bien à l'enthousiasme qui est exprimé par les médecins acupuncteurs interviewés. Effectivement dans la plupart des entretiens (ceux que nous venons de citer, mais aussi ceux que nous n'avons pas pu reporter ci-dessus) nous trouvons l'expression d'un sentiment de surprise, d'étonnement, de découverte presque miraculeuse de cette thérapeutique autre que la médecine conventionnelle à laquelle tous les médecins sont formés. Citons à ce sujet des expressions comme : « être ébloui », « découverte d'un univers nouveau », « déclenchement par rapport à la vision de l'homme », « il s'est passé

¹ Cf: Hannerz U., *La diversité culturelle*, Bologne, Il mulino, 2001, (tr. *Transnational Connections. Culture, People, Places*, London-New-York, Routledge, 1996), p. 105-128; Abélès M., *Anthropologie de la globalization*, Paris, Payot, 2008. Ulf Hannerz définit le processus de rencontre entre diversités culturelles comme un phénomène de « créolisation » des cultures et aussi comme « écoumène globale ».

² Hannerz U., *La diversité culturelle*, Bologne, Il mulino, 2001, (tr. *Transnational Connections. Culture, People, Places*, London-New-York, Routledge, 1996), p. 99.

³ Hannerz U., *Ibidem*, p. 101.

un déclic », « être touché et...implication totale », « émerveillement ». Ces descriptions de la rencontre avec l'acupuncture par l'enseignement d'un médecin charismatique, ou par la lecture d'un texte ou d'un article dessinent l'approche de l'acupuncture vécue par ces médecins. Dans leur discours, l'acupuncture semble avoir ouvert un monde de travail sur l'homme et sa maladie que l'approche médicale conventionnelle n'avait pas pu leur fournir.

4.d. Une médecine écologique

Ce qui semble extrêmement précieux est la « vision globale de l'humanité, qui intègre le fait que l'homme a un esprit et un corps, et qu'il a besoin des deux ». L'homme est vu comme une unité de corps et d'esprit, en relation, en plus, avec la nature et l'univers : « une pensée qui tenait compte de la nature » et de ses expressions, le vent, la chaleur, la sécheresse, l'humidité, etc.

L'intérêt pour l'acupuncture conduit ces médecins, formés à une vision mécaniciste du fonctionnement humain, à une réflexion plus ample sur l'homme et la maladie. Citons un passage du texte *La medicina che cambia*, de Colombo et Rebughini dans lequel il est dit :

Ce que la diffusion des thérapies non conventionnelles signale est la recherche d'une nouvelle épistémologie de la maladie, liée au passage de la conception du corps machine à celle du corps texte, de l'idée de la maladie comme événement mécanique à celle de trouble spécifique localisé dans un contexte unique.¹

Pour les praticiens des médecines non conventionnelles, auxquels les auteurs se réfèrent, comme pour les médecins acupuncteurs interviewés, une nouvelle approche de la maladie et une nouvelle formulation conceptuelle et narrative des troubles de santé² se présentent, par le biais de la théorie médicale chinoise. La théorie médicale chinoise conduit les médecins formés à l'acupuncture à une conception de la maladie comme un

¹ Colombo E., Rebughini P., *La medicina che cambia*, Bologna, Il Mulino, p. 50.

² Pour ce qui est de l'importance de la narration dans le processus thérapeutique et dans la construction du discours médical voir les auteurs de l'Harvard Medical School : Arthur Kleinman (*The illness narratives : Suffering, healing, and the human condition*, New-York, Basic Book, 1988) et Byron Good (*Comment faire de l'anthropologie médicale, Médecine, rationalité et vécu*, traduit de l'anglais par Gleize S. -titre original : *Medicine, Rationality and Experience-*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998). Voir aussi Garro L., Mattingly C., *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Los Angeles, University of California Press, 2000.

processus, plus qu'une réalité définie, comme un « déséquilibre », plus que nécessairement une atteinte physiologique. Les symptômes sont de fait vus en tant qu'expressions des êtres vivants et pour cela, comme signes à interpréter.

Cette tournure d'esprit conduit ces médecins à porter un regard différent sur l'environnement, et sur la relation entre l'homme et le milieu qui l'entoure, et les amène à définir l'acupuncture comme une médecine « écologique »¹.

Le caractère « écologique » de l'acupuncture est aussi exprimé à plusieurs reprises dans les réponses données dans les questionnaires. Les réponses à la question : *À quoi est due l'efficacité de la médecine chinoise?* qui se réfèrent aux composantes « écologiques » de la médecine chinoise, sont regroupées dans la R.Type « C'est une médecine naturelle qui considère l'homme dans son rapport à l'environnement / cosmos / macrocosme ». Parmi ces réponses nous pouvons citer des affirmations telles que : « Interprétation énergétique de la relation homme - environnement - alimentation - climat, etc. » ; « ... Tient en compte l'environnement » ; « Le rapport avec le mode de vie, l'environnement » ; « L'homme, le ciel, la terre, macrocosme, microcosme ». Ou encore parmi les réponses à la question *Quel rapport existe-t-il entre la médecine chinoise et la médecine occidentale ?* nous trouvons des affirmations telles : « Médecine chinoise bioénergétique de l'homme et de son environnement. Médecine occidentale= l'homme matérialité = le corps anatomo-biochimique... » ; « Complément qui inclut l'homme dans son ensemble » ; « L'acupuncture est une cosmogonie, les rapports sont toujours à travailler » ; « La médecine chinoise prend en compte les aspects climatiques, spirituels, environnementaux, non chimiques. La médecine occidentale n'est plus assez étiologique ».

¹ À ce propos Cf. : Schipper K., « Ecologie Taïste : la transformation intérieure », in *La religion de la Chine*, Paris, Fayard, 2008, p. 161-178. Aussi Cf. : Unchuld P., « The social Organization an Ecology of Medical Practice in Taiwan », in Leslie Ch., *Asian medical systems, A comparative study*, Londres, University of California Press, 1976, p. 300-321.

4.e. L'enjeu de l'exotisme dans le choix d'une stratégie professionnelle

Dans bien des témoignages que nous avons recueillis, dont certains sont cités ci-dessus, l'aspect « philosophique » est une des raisons déterminantes de la rencontre avec la médecine chinoise. Souvent les médecins acupuncteurs nous racontent avoir été fascinés par la réflexion sur l'homme et la philosophie occidentale, mais aussi par la pensée et le monde extrême-oriental depuis leur jeunesse. D'une part, la fascination pour une pensée classique autochtone, comme la philosophie occidentale grecque, et aussi plus contemporaine, réveille un questionnement sur l'homme et sa position dans le monde qui laisse insatisfaits les médecins suivant une formation biomédicale comme elle est proposée au milieu du XX^e siècle. Par ailleurs, pour les médecins interviewés - plus que pour les médecins plus jeunes ayant répondu à notre questionnaire - la Chine et l'Extrême-Orient incarnent une pensée exotique. C'est bien cet « exotisme » qui peut apporter de la diversité, quelque chose de différent à leur pratique de médecins. Tout cela nous conduit à la définition de l'exotisme de Victor Segalen :

...dépouiller ensuite le mot d'exotisme de son acception seulement tropicale, seulement géographique. [...]

Et arriver à définir, à poser la sensation d'Exotisme : qui n'est autre que la notion du différent ; la perception du Divers ; la connaissance de quelque chose n'est pas soi-même ; et le pouvoir d'exotisme, qui n'est que le pouvoir de concevoir autre.¹

Ou encore :

La sensation d'Exotisme augmente la personnalité, l'enrichit, bien loin de l'étouffer.

La discrimination est faite par la sensation du divers. Ceux-là qui sont aptes à la goûter s'en voient renforcés, intensifiés.²

On pourrait penser ces médecins acupuncteurs comme enrichis et inspirés par le même goût pour l'exotisme que Victor Segalen, sans même avoir été nécessairement en Chine, mais en faisant leurs des instruments de pensées et des pratiques qui différent de

¹ Segalen V., *Essai sur l'exotisme*, Cognac, Bibliothèque artistique et littéraire, 1994, p. 23.

² Segalen V., *Ibidem*, p. 49.

ceux proposés par l'approche médicale moderne. Nous retrouvons aussi le concept d'Orientalisme tel qu'il est exprimé par Edward Saïd qui dit :

...as both geographical and cultural entities –to say nothing of historical entities – such locales, regions, geographical sectors as « Orient » and « Occident » are non-made. Therefore as much as the West itself, the Orient is an idea that as a history and a tradition of thought, imagery, and vocabulary that have given it reality and presence in and for the West. The two geographical entities thus support and to an extent reflect each other. [...]

Orientalism, therefore, is not an airy European fantasy about the Orient, but a created body of theory and practice in which, for many generations, there has been a considerable material investment.¹

Ces médecins acupuncteurs ont certainement donné forme à l'Orientalisme dans leur pratique de l'acupuncture, qui devient le support matériel et concret d'un investissement intellectuel et d'une « tradition de pensée, d'images et de langage » qui ont une réalité et une présence en Occident.

4.f. Les médecins acupuncteurs italiens

Si nous regardons les réponses aux questionnaires données par les médecins italiens en le comparant à celles données par les médecins français concernant leurs motivations vis-à-vis du choix de poursuivre une formation d'acupuncture, nous voyons apparaître des éléments intéressants. En effet c'est vraiment dans les réponses à la question : *Comment pensez-vous utiliser l'enseignement fourni par l'école... ?* que les différences entre les réponses données par les médecins italiens et celle données par les français sont les plus importantes. Les médecins italiens, contrairement aux médecins français affirment tout d'abord qu'ils conçoivent l'acupuncture en intégration ou comme complément de la médecine conventionnelle². Ils affirment aussi concevoir la pratique de l'acupuncture comme une alternative à la médecine orthodoxe ou en alternance avec cette dernière. Ce qui est exprimé dans les réponses fournies dans les questionnaires est confirmé et plus finement articulé dans les discours tenus par les médecins directement interviewés. Comme pour la description de la situation française nous avons rencontré et interrogé des médecins

¹ Saïd E. W., *Orientalism*, New-York, Vintage Books, 1979, p. 5-6.

² Cf: Annexe n° 2, p. 18.

acupuncteurs pratiquant la médecine chinoise et l'acupuncture depuis plusieurs années, souvent nous avons parlé avec des enseignants des écoles d'acupuncture italiennes.

Un médecin acupuncteur, pratiquant aussi la phytothérapie chinoise et le *qi gong*, ex-directeur d'une ASL¹, travaillant encore partiellement dans une structure publique d'une ville de province du nord de l'Italie et collaborant comme enseignant au cours de perfectionnement en acupuncture de l'Université de Milan, nous dit :

...Je suis parti de très loin dans le parcours de la médecine chinoise. J'ai fait un cours d'étude de médecine occidentale et j'ai deux spécialisations en science de l'alimentation et en médecine du sport. Puis, à un certain moment de ma vie, à travers les arts martiaux, j'ai connu un peu la pensée et la philosophie orientale. La première approche je l'ai eu avec le shiatsu et j'ai fait un cours de trois ans de shiatsu [...]

En 1993 j'ai commencé à regarder autour de moi et j'ai décidé de suivre la formation de l'école de Bologne, qui était connue pour être très sérieuse et moderne. Une fois terminé le cours d'acupuncture je me suis inscrit au cours de phytothérapie chinoise. Puis en continuant sur la trace de ma formation de shiatsu je me suis intéressé aux gymnastiques et j'ai suivi plusieurs cours de *qi gong*. [...]

Depuis quelques temps j'ai décidé de m'éloigner un peu de l'ASL pour me consacrer davantage à la profession libérale en m'occupant surtout de diététique et d'acupuncture... Disons je fais de la médecine chinoise en général, puisque l'approche est globale. De fait, sauf dans certains cas où l'acupuncture ou la phytothérapie sont plus indiquées, d'habitude je cherche à avoir une approche globale [*complessivo*] de la situation.

De plus en plus souvent je rencontre un patient et puis toute la famille arrive après, comme si j'étais leur médecin de base. Cela me fait certainement plaisir parce que la médecine chinoise se prête tout à fait à cette approche si complète.

D'ailleurs j'ai été tout de suite fasciné par la médecine chinoise qui ouvre aussi des horizons énormes à ceux qui pratiquent la médecine occidentale. La chose plus importante que j'ai acquis, à mon avis, c'est une capacité de diagnostic beaucoup plus profonde, une approche du patient et de la maladie certainement plus sérieuse que par rapport à celle qui, dans la moyenne, est offerte par la médecine conventionnelle.

(I-29)

Un médecin acupuncteur directeur et enseignant d'une école de Turin, et exerçant à Turin nous dit :

¹ ASL : Azienda Sanitaria Locale.

J'ai étudié pour devenir médecin mais en même temps j'étais très intéressé par la philosophie, j'aimais le symbolisme... de là je me suis intéressé à l'Orient. En même temps j'ai commencé à fréquenter l'hôpital. En 1977 j'étais en cinquième année de médecine et j'ai eu une très mauvaise impression avec l'hôpital. Les patients n'étaient que des chiffres, les services étaient sectorisés, les spécialités étaient fermées sur elles-mêmes, fermées de façon étanche, il y avait une vision non complète du patient...

[...] Je voulais faire le médecin, prendre en charge les patients dans leur ensemble et aussi comprendre le sens de la vie et des choses, je pensais pouvoir trouver dans la médecine cet aspect aussi. J'avais étudié avec passion, en partant de cette idée philosophique d'attention à l'aspect humain et spéculatif. Mais la médecine me semblait de plus en plus technique et sectorisée, donc je suis allé voir l'acupuncture par curiosité...J'ai commencé pendant ma cinquième année de médecine et puis je n'ai plus arrêté.

Pendant des années je n'ai fait que de l'acupuncture et un peu de médecine générale pour rester à jour sur la médecine conventionnelle, parce que l'acupuncture n'est pas une abjuration et elle ne doit pas l'être parce qu'elle ne soigne pas tout au mieux. L'acupuncture est une alternative ou un complément aux soins occidentaux, quand ils sont pratiqués au mieux. Parfois une médecine est plus adaptée, parfois l'autre, et parfois on a besoin des deux.

L'Occident est dualiste, oppositionnel, conçoit le bien et le mal, des alternatives absolues... Ce qui est bien en Orient, et qui n'existe pas en Occident, c'est que les choses sont variées, qu'elles s'approchent l'une de l'autre, elles peuvent être utiles selon le cas. Donc quelqu'un qui assimile une pensée orientale ne se détache pas de ses racines, au contraire, à mon avis il les récupère un peu mieux, les intègre avec une pensée plus flexible.

Je cite souvent cet exemple à mes étudiants : un type va en vacance en été avec un camping-car et met son vélo derrière. Il va en vacance avec son camping-car parce que s'il y allait en vélo il passerait tout l'été à pédaler. Arrivé dans le lieu de ses vacances il gare son camping-car et il se promène en vélo. Il y a deux modes de conduite et deux modes de concevoir les vacances. Le camping-car est la médecine occidentale, le vélo la médecine orientale. Avec le camping-car on ne peut pas aller là où l'on va en vélo, mais on sait utiliser les deux ! On peut être un bon cycliste et un bon conducteur de mobil home, l'important, c'est que quant on est sur un vélo on ne se croit pas en train de conduire un mobil home !

(I-40)

Un médecin acupuncteur enseignant d'une école de Bologne et travaillant dans une ville de province nous raconte :

J'étais anesthésiste et je m'occupais de réanimation à une époque où l'anesthésie moderne en était à ses débuts. Me consacrer à ce secteur voulait dire avoir une considérable formation pharmacologique. Après des années d'exercice j'ai commencé à me demander pourquoi je n'arrivais pas à soigner ma migraine ; je pouvais réanimer un moribond mais je ne pouvais pas me libérer de mon mal de tête. Un matin je passais devant les urgences et je vis beaucoup de gens attendre leur tour d'être examinés, bref, toutes ces personnes étaient là pour trouver une réponse à leur besoin de santé. Et alors j'ai commencé à me poser des questions sur le caractère exhaustif de la profession [*completezza della professione*] médicale.

[...] Au début j'ai commencé l'acupuncture en pensant au traitement des céphalées... puis j'ai décidé de créer une école...

[...] J'ai abandonné le travail en hôpital, mais je ne soutiens pas du tout que la médecine chinoise soit une alternative à la médecine conventionnelle. La médecine chinoise (parce qu'en plus de l'acupuncture il y a aussi la phytothérapie chinoise) intègre parfaitement notre médecine. Dans le sens que...je vous l'explique de manière simple. Le concept de *yin* et *yang* est le même concept que celui d'Einstein sur l'énergie et la matière qui sont réciproquement transformables. Notre médecine a toujours considéré la pathologie au niveau organique, c'est-à-dire au niveau de la matière, tandis que l'énergie aussi peut être malade. Il s'agit de toutes les maladies dites fonctionnelles qui n'ont pas un substrat anatomique. Les médecines énergétiques, comme la médecine chinoise, l'homéopathie, la médecine ayurvédique, traitent préférentiellement les maladies au niveau énergétique, ou fonctionnelles ou autrement dites psychosomatiques. Ce dernier terme, il faudrait l'abolir, parce que l'homme est une unité psychosomatique, toutes les maladies sont nécessairement psychosomatiques. Pensez aux schizophréniques, ils tombent très rarement malades de tumeur, cela veut dire qu'il y a une unité psychosomatique dans l'homme.

(I-29)

Un médecin généraliste et gynécologue exerçant à Milan nous dit :

J'étais médecin chirurgien à l'hôpital, à l'Istituto dei Tumori. Ma décision de m'intéresser à l'acupuncture est venue après le choix de faire le médecin. Pendant la période dans laquelle je travaillais à l'hôpital j'avais avec le corps humain un certain type de rapport, mais au même temps je dansais. À travers la danse j'ai connu l'aïkido et dans la

même période j'ai commencé l'école d'acupuncture. Les deux choses sont venues ensemble et cela a été le fruit d'une recherche personnelle pour atteindre une relation différente avec le corps. La danse me permettait, au début, de percevoir et étudier l'énergie de mon corps, d'autre part l'école d'acupuncture me permettait de reprendre une série d'études humanistiques que j'avais interrompu avec la fin du lycée.

Dans mon parcours personnel, au delà de pouvoir reprendre des thématiques abandonnées, j'ai mis en discussion la figure du médecin hospitalier. Maintenant, dix ans après, je ne fais plus le chirurgien gynécologue. Je continue à faire de la gynécologie, mais ma manière de faire le médecin est changée, sans nécessairement mettre en doute complètement la médecine occidentale. Je pense que, dans l'époque dans laquelle on vit, une médecine de type global qui tient compte du fait que les races et les cultures se mélangent est nécessaire, et qu'on sache donc acquérir les contributions qui viennent de tout le monde.

(I-4)

Un médecin anesthésiste et acupuncteur travaillant dans un village en Italie du Sud affirme :

Je pensais pouvoir utiliser ces techniques [l'acupuncture et la phytothérapie chinoise] comme arme de médecine antalgique, mais j'ai découvert qu'au centre de ces maladies il n'y a pas la maladie, mais l'homme qui tombe malade. Ce n'est pas l'organe qui tombe malade de quelque chose, c'est la personne. [...]

En tant qu'anesthésie ou réanimateur, je me suis toujours trouvé face à des situations limites, je voyais des personnes qui étaient en train de mourir ou à la limite de la survie. Mais la plupart des gens ne vivent pas ces états extrêmes, ils vivent des situations de trouble qui peuvent sembler banales, mais qui sont de vrais problèmes pour ceux qui les le portent. Ne pas pouvoir attacher ses chaussures ou ne pas réussir à soulever quelque chose, ce sont des problèmes.

J'ai donc été très touché par l'approche de la médecine chinoise et j'en suis devenu un amateur [*cultore*, qui en italien n'indique pas une opposition à la notion de professionnel, comme le terme amateur en français]. C'est très enthousiasmant parce que tu redessines toute l'humanité et regardes tout avec des yeux différents. C'est très beau.

(I-3)

Un médecin enseignant dans une école d'acupuncture de Milan et pratiquant dans un village de la banlieue nous raconte :

J'avais ouvert un cabinet comme spécialiste des maladies infectieuses, parce que mon idée c'était d'aller en Afrique [...]

De toute façon le choix de la médecine chinoise restait fondamental dans le sens que parmi tous les systèmes alternatifs, la médecine chinoise est le plus expérimenté pour ce qui est de ses possibilités d'intégration. On peut très bien donner un antibiotique à quelqu'un qui a une crise d'asthme et en même temps lui faire un traitement d'acupuncture pour lui ouvrir les voies des poumons. Chose qu'on ne peut pas faire avec un traitement d'homéopathie. Dès le début j'ai intégré la médecine chinoise dans ma pratique de médecin généraliste.

C'est donc la première raison de mon choix. Successivement un intérêt philosophique, de type culturel a mûri. J'ai en effet commencé à lire des textes sur le taoïsme, les différentes écoles de bouddhisme, le confucianisme...

(I-39)

Enfin un médecin acupuncteur et généraliste, aussi enseignant et travaillant à Milan nous dit :

J'ai commencé à étudier l'acupuncture pendant que je faisais mes études de médecine à l'université. Je passais devant la vitrine d'une librairie universitaire et j'ai été attiré par un livre, un texte qui remontait aux années 1970-74. Il s'agissait de la traduction d'un texte de l'académie de MTC de Pékin. J'ai donc acheté le livre et j'ai commencé à l'étudier. Après je me suis inscrit dans une école d'acupuncture quadriennale, la So-wen, où j'ai étudié pendant quatre ans et après, pendant un certain temps, je suis resté dans cette école comme enseignant.

Tout de suite après la fin de la Fac je suis allé travailler à l'Istituto dei Tumori où j'ai fait de la thérapie antalgique comparée avec l'acupuncture. J'avais saisi l'occasion parce qu'il y avait un médecin et professeur chinois qui était à Milan pendant quelques mois. Je devais servir de trait d'union entre ce médecin et le service qui n'avait aucune formation dans le domaine de la médecine chinoise. En revanche ce médecin chinois avait aussi une formation en médecine occidentale, il utilisait l'acupuncture et faisait du *qi gong*. [...]

Maintenant je suis médecin généraliste et j'ai une activité libérale de médecine chinoise, dans laquelle j'utilise surtout l'acupuncture et la pharmacologie. Je pratique donc les deux médecines et je dirais que la médecine chinoise m'aide beaucoup pour le diagnostic occidental, parce qu'elle donne des instruments supplémentaires. Elle m'aide

beaucoup. Nous sommes en Occident et le patient a le droit d'avoir un diagnostic occidental. [...] Mais le pouls et la langue sont fondamentaux. Par exemple en gynécologie si je trouve un pouls d'un certain type, je demande une échographie pelvienne, parce qu'il est probable qu'il y a des kystes ou des fibromes...

(I-1)

Ces citations venant des nombreux entretiens que nous avons menés auprès des médecins acupuncteurs italiens, ne nous confirment que partiellement ce que nous disions pour les médecins acupuncteurs français.

Dans l'analyse des entretiens avec les médecins français, nous réfléchissons sur des concepts tels que la récupération de la tradition dans une optique postmoderne, le rejet de la médecine conventionnelle en choisissant une thérapeutique « différente » de la médecine orthodoxe, l'importance de l'exotisme dans le choix professionnel. Certains éléments évoqués par les médecins français apparaissent aussi dans les témoignages venant des médecins italiens, mais souvent dans des optiques différentes ou en prenant moins d'importance par rapport au vécu des médecins français.

4.g. La culture et la pensée chinoise dans le travail des médecins acupuncteurs italiens

Il y a des médecins acupuncteurs italiens qui se rapprochent de la médecine chinoise grâce à leur attraction pour la philosophie, la pensée symbolique, l'ésotérisme (le médecin I-40 en est un cas). Certainement l'attraction pour le monde oriental et la fascination pour l'Orientalisme est présente aussi dans les motivations de rencontre de la médecine chinoise de la part de ces médecins. Néanmoins, pour ce qui est de l'intérêt culturel pour le savoir et le monde chinois, nous notons une attitude différente de la part de médecins italiens si on la compare à celle des médecins français.

Cette différence est déjà mise en lumière dans l'analyse des questionnaires, puisque à la R.Type 3.10 (« Culture, enrichissement personnel ») de la question *Comment pensez-vous utiliser l'enseignement fourni par l'école... ?* en Italie 7,7%¹ des médecins interrogés ont répondu positivement, tandis qu'en France le chiffre montait à 16,7%².

Ce qui ressort des citations des entretiens et de l'analyse de tous les entretiens que nous avons menés est que souvent, les médecins italiens rencontrent la pensée chinoise par

¹ Cf: Annexe n° 2, p. 18.

² Cf: Annexe n° 2, p. 51.

des activités physiques, des arts martiaux par exemple, ou les massages. Il s'agit d'une expérience personnelle liée à des sensations précises connectées à une dimension physique. C'est donc à travers un processus d'*embodiment* (« *existential ground of culture and self* »¹) comme il est décrit et présenté par Thomas J. Csordas que la connaissance passe à travers ce type d'expérience. Nous avons cité le cas du médecin intéressé par le *shiatsu* (I-29) ou encore le médecin gynécologue qui à travers la danse rencontre l'*aïkido* et l'acupuncture (I-4), et ceux-ci ne sont pas les seuls médecins rencontrés qui parviennent à la pratique de la médecine chinoise par celle des arts martiaux.

Dans les affirmations de ce dernier médecin (I-4) nous voyons mise en actions le mécanisme de prise de conscience et de reconnaissance (« *existential ground* ») de différentes modalités de percevoir le corps. Le médecin affirme, de fait, avoir compris le fonctionnement de son propre corps à travers la danse et avoir transposé cette connaissance dans sa propre pratique médicale. Pour trouver une cohérence entre les deux univers (son ressenti et le travail de médecin) elle choisit l'étude et la pratique de la médecine chinoise. Elle nous dit en effet « J'étais donc intéressée par une médecine qui travaillait sur l'énergie » en se référant à une approche différente de la prise en charge du corps dans la médecine chinoise (la médecine qui travaille « sur l'énergie ») par rapport à la médecine spécialisée qu'elle pratiquait à l'hôpital.

4.h. *L'intégration de deux médecines*

Notons aussi que dans le discours des médecins acupuncteurs italiens interviewés nous trouvons très souvent, certainement dans la plupart des entretiens, la référence à la médecine chinoise et pas uniquement à l'acupuncture. De fait, comme nous l'avons vu par ailleurs, en Italie la médecine chinoise ne se limite pas à l'acupuncture, mais elle est considérée, enseignée et souvent pratiquée comme une médecine ayant un corpus théorique et plusieurs applications thérapeutiques, dont l'acupuncture, la phytothérapie ou pharmacopée, les massages et la gymnastique. Ce qui est bien exprimé dans plusieurs de nos entretiens, c'est la complexité d'accord et de relation entre les différentes thérapeutiques venant de la médecine chinoise et la médecine conventionnelle.

Nous entendons dans les récits des médecins italiens la description de leur parcours de formation qui s'organise d'abord avec un cursus d'acupuncture, dans une école privée

¹ Csordas T. J. (éd.), *Embodiment and Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p. 4. Voir aussi Csordas T. J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, n° 18, 1990, p. 5-47.

italienne¹. Cependant, l'intérêt pour la phytothérapie chinoise se présente plus tard, une fois terminée la formation en acupuncture et probablement une fois assimilée la pratique et la théorie médicale. C'est ainsi que certains médecins acupuncteurs italiens deviennent des médecins « chinois », utilisant dans leur thérapeutique non seulement les aiguilles, mais aussi la prescription des herbes chinoises. Rarement nous trouvons des médecins pratiquant aussi les massages (nous en avons interviewés un, sur nos 43 entretiens menés auprès des médecins italiens), en revanche, plusieurs d'entre eux s'intéressent sérieusement au *qi gong* jusqu'à en faire un outil de travail en cabinet². Cependant tous ces médecins, ainsi que tous les médecins que nous avons interviewés, n'abandonnent pas leur formation de médecine conventionnelle et ne s'y opposent nullement. Les médecins acupuncteurs italiens défendent leur rôle de médecin ayant une formation biomédicale et une formation à la médecine chinoise. Ce caractère est bien exprimé dans les fragments d'entretiens que nous venons de citer.

La relation existante entre la médecine conventionnelle et la médecine chinoise dans le travail de ces médecins nous renvoie de nouveau à la question du *bondary work* entre ces deux approches de prise en charge du malade et de la maladie.

La description de la relation entre les médecines non conventionnelles et la médecine orthodoxe a été l'objet, selon plusieurs points de vue, de plusieurs travaux.

Colombo et Rebughini dans leur texte *La medicina contesa* décrivent trois grandes lignes de « stratégies rhétoriques »³ dans la relation entre les médecines reconnues comme non conventionnelles et la biomédecine.

Les deux auteurs définissent un premier processus de relation entre les deux médecines qui appellent « stratégies d'assimilation ». L'exemple de thérapeutique non conventionnelle cité par les auteurs pour décrire les « stratégies d'assimilation » est justement l'acupuncture. La stratégie d'assimilation prévoit de redéfinir le fonctionnement de l'acupuncture dans le langage de la médecine scientifique. Ce processus serait possible en essayant de traduire les principes théoriques de l'acupuncture dans le langage

¹ En Italie c'est l'enseignement de l'acupuncture le plus développé et le plus ancien. Les cours de phytothérapie chinoise sont offerts par un nombre limité d'écoles et ils ont été mis en place tardivement par rapport aux enseignements d'acupuncture.

² Nous avons en effet rencontré quelques médecins qui utilisent le *qi gong* thérapeutique pour les problèmes de vue ou pour des troubles gynécologiques et pour les affections gériatriques (I-1, I-6, I-10, I-31, I-41, I-44).

³ Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa*, Roma, Carrocci, 2006, p. 69.

biomédical¹. Cela permettrait la pratique des techniques d'acupuncture dans un contexte de médecine conventionnelle. Comme les auteurs l'expriment :

Certains aspects des médecines non conventionnelles peuvent être englobés dans la biomédecine à condition qu'ils soient traduisibles dans les termes et dans les concepts de la médecine scientifique. À condition aussi qu'ils soient déclassés de système de connaissance et d'intervention dans la prise en charge de la maladie pour devenir de simples techniques spécifiques d'intervention dans un nombre limité et bien précis de cas.²

Certainement cette « stratégie » présentée par Colombo et Rebughini décrit le travail de certains médecins pratiquant l'acupuncture en Italie, mais n'ayant pas choisi de devenir médecins acupuncteurs, ou médecins « chinois ». Cette stratégie de relation entre les deux médecines nous semble ne pas convenir à la description du travail et de la rhétorique des médecins que nous avons rencontrés.

Les deux autres « stratégies rhétoriques » présentées par les auteurs nous semblent plus intéressantes pour ce qui est des résultats de nos enquêtes. La deuxième stratégie est définie comme « stratégie d'inclusion subordonnée ». Il s'agit de la stratégie choisie par certains thérapeutes de médecines non conventionnelles qui considèrent important d'avoir accès au système sanitaire national, ou des centres sanitaires publiques qui décident d'inclure dans leurs services les médecines non conventionnelles pour augmenter le prestige de leur structure³. Dans notre cas donc, la pratique de la médecine chinoise se trouverait à l'intérieur de l'univers de la médecine conventionnelle et subordonnée à elle. La définition des limites entre les deux médecines se ferait, selon les auteurs, selon le modèle de la *spécialisation*.

Médecine scientifique et médecines non conventionnelles seraient considérées comme deux modèles d'intervention distincts, mais non en opposition.⁴

Dans ce cas la priorité est donnée au savoir médical conventionnel qui reconnaît le caractère « spécialisé » et l'utilité de la technique non conventionnelle, mais qui réclamerait implicitement sa primauté. Autrement dit, les thérapeutes non conventionnels -

¹ Cf. : Colombo E., Rebughini P., *Ibidem*, p. 70-71.

² *Ibidem*, p. 71.

³ À ce propos voir notre chapitre sur l'hôpital Luigi Sacco de Milan. Cf. : Chapitre VI, p. 539-571.

⁴ Colombo E., Rebughini P., *Op. Cit.*, 2006, p. 74.

dans notre cas les médecins acupuncteurs ou « chinois » - doivent être tout d'abord des médecins conventionnels.

Une autre composante importante de cette stratégie est déterminée par la conscience, de la part de certains médecins scientifiques, des limites de la biomédecine dans la prise en charge de certaines pathologies. Dans ce cas, les techniques de soins venant de la médecine chinoise pourraient être un complément de la médecine conventionnelle. Ce modèle serait donc une relation de *complémentarité* entre les deux médecines.

À la différence du modèle de la spécialisation, qui prévoit la mise en état des limites internes sans remettre en discussion les principes de la médecine orthodoxe, le modèle de la complémentarité demande d'un côté une reconnaissance de l'hégémonie de la biomédecine, mais de l'autre reconnaît son inadéquation dans la prise en charge de certaines maladies. [...] Le résultat est la réduction de la plage d'intervention légitime revendiquée par la biomédecine.¹

Enfin, la troisième et dernière « stratégie rhétorique » décrite par Colombo et Rebughini est celle des « nouveaux processus d'intégration ». Dans un contexte de rencontre entre les différentes approches médicale, le « modèle d'intégration » est considéré comme le plus équilibré et le plus avancé dans les compromis entre des positions théoriques différentes.

À ce propos les auteurs soulignent que :

...on assiste à un déplacement progressif de l'accent sémantique utilisé pour indiquer le territoire occupé par les médecines non conventionnelles. Jusqu'aux années 1980 l'expression « médecines alternatives » était prédominante. Elle signalait une certaine critique sociale qui unissait l'utilisation de substances et de techniques de soin différentes de celle indiquées par l'establishment médical dominant à des pratiques militantes à l'intérieur des nouveaux mouvements sociaux. [...] Entre la deuxième moitié des années 1980 et la fin du siècle dernier, l'expression « médecine alternatives » est presque complètement remplacée par celle de « médecines complémentaires », qui signale une nouvelle attitude vis-à-vis de la médecine orthodoxe. [...] ... elle favorise l'idée que les deux médecines ne sont plus en compétition réciproque mais qu'elles constituent des possibilités diverses et complémentaires de soin. Dans les dernières années on assiste à un

¹ Colombo E., Rebughini P., *Ibidem*, p. 75.

nouveau changement : l'expression de « médecine intégrée » devient prédominante. Cette expression affirme l'unité du champ médical et favorise une augmentation de la porosité des limites qui divisent la médecine non conventionnelle de la médecine orthodoxe.¹

Toujours selon les auteurs, l'idée de médecine intégrée peut être interprétée comme la somme de techniques de soin qui soient efficaces, non nocives et demandées par les patients. D'autre part, la médecine intégrée est aussi considérée - et c'est surtout cette acception qui est défendue par les promoteurs de la médecine intégrée – comme une forme de médecine qui unit, de façon systémique et cohérente, les meilleurs aspects de la médecine scientifique et des médecines considérées comme non conventionnelles.

Si on revient aux données recueillies dans nos recherches, les trois « stratégies rhétoriques » de la rencontre entre médecine conventionnelle et médecine chinoise nous semblent toutes utiles pour décrire ce que nous avons pu observer.

La « stratégie d'assimilation » correspond parfaitement au travail des premiers médecins acupuncteurs et des médecins pratiquant ce qui est appelée l'approche « reflexothérapeutique » de l'acupuncture. Il s'agit des médecins qui utilisent les aiguilles *in loco dolenti*. Nous n'avons pas étudié le travail de ces médecins, étant plus intéressés par ceux ayant un intérêt et une connaissance plus complets pour la médecine chinoise.

La « stratégie d'inclusion subordonnée » semble correspondre à la relation entre la pratique de la médecine chinoise, ou acupuncture, et la médecine orthodoxe dans les structures publiques. Ce que nous avons observé dans notre travail de terrain dans quelques services de l'hôpital Luigi Sacco de Milan pourrait être décrit comme une « stratégie d'inclusion subordonnée » pour ce qui est de la place publique que l'acupuncture a pu prendre dans la pratique médicale de ces services. En réalité, et nous le verrons dans la description de notre travail de terrain, la description de la modalité de relation entre la spécialité médicale des services observés et la pratique de l'acupuncture échappe certainement à une classification précise et définie (nette) comme celle de « stratégie d'inclusion subordonnée ». Néanmoins dans le travail de certains médecins acupuncteurs, notamment pour les médecins acupuncteurs ayant aussi une spécialité médicale de médecine conventionnelle, l'acupuncture peut devenir une « spécialisation » en plus, et un outil auquel avoir recours dans les cas de manque de moyens thérapeutiques de la médecine conventionnelle. L'acupuncture – plus rarement les autres techniques de médecine chinoise – serait donc un complément de la médecine orthodoxe.

¹ Colombo E., Rebughini P., *Ibidem*, p. 75-76.

Certainement, et nous l'avons déjà évoqué quelque paragraphes plus haut, la médecine chinoise pratiquée par les médecins italiens que nous avons rencontré correspond de plus en plus à la définition de « médecine intégrée ». Néanmoins nous reprenons l'interrogation de Sarah Cant et Ursula Sharma¹ à propos de la difficulté de définir comment les médecines non conventionnelles peuvent s'*intégrer* dans la connaissance et dans la pratique des médecins conventionnels qui se dirigent vers cette autre thérapeutique. Quelle est la place occupée par une pensée médicale (l'ensemble du savoir venant de la médecine conventionnelle) et quelle est celle occupée par l'autre (l'ensemble du savoir venant de la médecine chinoise)? Existe-elle une primauté d'un savoir sur l'autre ?

Colombo et Rebughini définissent la médecine intégrée comme un « méta-espace médical »², donc une dimension qui dépasse la simple attention à la pathologie physique (*disease*) pour se diriger vers l'amélioration des conditions de prise en charge et de soin du patient. Les auteurs se réfèrent à la définition de santé, datant de 1946, donnée par l'OMS³.

En se questionnant sur la relation entre différentes pratiques et théories médicales (pluralisme médical) Helle Johannessen dans l'introduction au texte *Multiple Medical Realities* affirme :

...the existing medical pluralism can be conceptualized as open networks based on elective affinity in organizing principles that come into existence through praxis, i.e., whenever someone acts, talks or writes on health or sickness.⁴

Networks are, however, not just analytical. They are very concrete in that the praxis of individuals at all levels have consequences for the individual body, the social body and the body politics, as well as for personal, social and cultural life beyond health and sickness.⁵

L'auteur en s'appuyant sur les trois corps (corps individuel, corps social et corps politique) décrits par Margaret Lock et Nancy Scheper-Hughes dans leur article « A critical-interpretative approach in medical anthropology : rituals and routines of discipline

¹ Cf. : Cant S., Sharma U., *A New Medical Pluralism*, Londres, Routledge, 1999, p. 172-176.

² Colombo E., Rebughini P., *Op. Cit.*, 2006, p. 78.

³ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et [social](#), et ne consiste pas seulement en une absence de [maladie](#) ou d'infirmité ».

⁴ Johannessen H., Lázár I., *Multiple Medical Realities*, New-York, Berghahn Books, 2006, p. 9.

⁵ Johannessen H., Lázár I., *Ibidem*, p. 15.

and dissent »¹, soutient que le pluralisme médical prend forme et se concrétise comme un network qui est le fruit de ces trois dimensions du corps et qui en même temps les réunit. Ce qui veut dire que ce network, ou réseau, est présent au niveau de la connaissance (*knowledge*) comme au niveau de la pratique (*praxis*) en permettant de passer d'une dimension médicale à l'autre sans rigidité et sans contradictions (*open networks based on elective affinity*).

Anne Marcovich dans son travail *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*² affirme :

...le problème de la traduction en Occident des concepts de la pensée chinoise prend ici toute son importance, donnant tout son poids à la notion de « bricolage » des concepts par l'histoire. Mais la notion de traduction dépasse le seul problème de la langue. [...] ...le système médical chinois met nettement en correspondance les notions sur le corps et les conceptions sur la société. C'est tout le problème de la mutation des modèles culturels du fonctionnement du corps, de la société et de l'univers qui est posé ici. Cette mutation ne s'est pas faite sur l'ensemble de la culture d'accueil mais sur un petit groupe d'individus qui se trouvent donc entre deux systèmes qu'ils ont intégré chacun plus ou moins profondément. Le mode sur lequel ils vont fonctionner n'est pas le mélange ou le bricolage des deux modèles, mais le passage de l'un à l'autre, la traduction [...] de l'un dans l'autre, un peu à la façon des gens bilingues qui passent d'une langue à l'autre sans pour autant les mélanger.³

Nous adhérons à l'idée d'Anne Marcovich de passage d'un modèle de pensée médical à l'autre, d'une « traduction » d'une conception médicale dans l'autre que chaque médecin fait face à son patient au moment même de chaque consultation, de chaque intervention et de chaque décision. La comparaison avec le bilingue nous semble bien expliquer ce passage d'un savoir à l'autre. Nous pouvons aussi reprendre l'exemple du médecin interviewé (I-40) quand il nous parle du vacancier qui choisit pour ses vacances le camping-car et le vélo. Les deux outils lui sont nécessaires pour faire en sorte que ses vacances soient vraiment réussies. Ainsi nous pouvons concevoir le travail des médecins pratiquant la médecine chinoise en Italie et ne rejetant pas la médecine conventionnelle.

¹ Lock M., Schepers-Hughes N., « A Critical-interpretative Approach in Medical Anthropology : Rituals and Routines of Discipline and Dissent », *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*, Westport, Praeger Publishers, 1990, p. 47-72.

² Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, Paris, CNRS-INSERM-MIRE, 1987.

³ Marcovich A., *Ibidem*, p. 100.

L'équilibre entre les deux savoirs, les deux techniques de soins et les deux descriptions du fonctionnement du corps et de la vie se fait individuellement, pour chaque médecin en fonction de sa propre expérience, de sa capacité d'intégration ou d'intuition. Il s'agit enfin d'une « synergie » entre les deux savoirs et entre les deux pratiques médicales, comme nous l'avons déjà soutenu auparavant, qui n'implique pas un mélange de deux méthodes, mais une action simultanée en vue d'un meilleur résultat, d'une meilleure réussite, d'une meilleure prise en charge et, éventuellement, d'une meilleure guérison. Cette « synergie » entre les deux médecines apparaît clairement, dans le cours pratique que décrit dans le chapitre VI dans lequel nous présentons les détails d'une consultation, avec interrogatoire, auscultation, prise des pouls, analyse de la langue qui amène à un diagnostic et à une stratégie thérapeutique menés par un médecin acupuncteur (dans ce cas un enseignant).

La carte que nous avons pu créer en analysant les co-occurrences entre les mots clé venant des titres des mémoires de fin de diplôme recueillis auprès des écoles italiennes nous semble confirmer cette idée de « synergie » entre la médecine chinoise et la médecine conventionnelle. En observant le tableau n° 1 nous remarquons la présence d'une nébuleuse de mots qui relèvent de la médecine conventionnelle aussi bien que de la médecine chinoise (qui soient plus ou moins des transcriptions de mots chinois) et faisant partie du champ thérapeutique des médecins acupuncteurs. Ces deux réalités médicales, dans la théorie, comme dans la pratique (par exemple les cas d'études choisis par les médecins acupuncteurs pour leur mémoire), coexistent dans le langage et dans la réflexion des médecins acupuncteurs finissant leur cursus d'étude. Il y a, de fait, une synergie entre les concepts et l'analyse propre de la formation médicale conventionnelle et les éléments théoriques et pratiques provenant d'un modèle médical bien différent, celui de la médecine chinoise, que ces médecins viennent d'apprendre.

Carte n° 1

L'analyse de la co-occurrence des mots clés élaborés à partir des titres des mémoires de fin de diplôme de l'école So-wen et de l'école MediCina de Milan (logiciel Réseau-Lu).



QUATRIEME PARTIE

CHAPITRE V : Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en France

La dernière partie de notre thèse présente le travail de terrain que nous avons mené dans des structures sanitaires publiques, des hôpitaux, où la médecine chinoise, qui se réduit à l'acupuncture, est pratiquée par des médecins acupuncteurs.

Dans un premier temps, nous traiterons de la France, les cas des hôpitaux de Paris que nous comparerons avec des situations analogues à Strasbourg et, ensuite à Milan, en Italie. Pour les cas d'études français nous nous sommes occupés de l'insertion de l'acupuncture dans des Centres d'évaluation et traitement de la douleur dont deux traitent les douleurs chroniques de toutes origines et deux sont orientés vers le traitement de douleurs particulières (les douleurs pelviennes des femmes à Strasbourg et les céphalées à Paris). Nous présenterons les Centres d'évaluation et traitement de la douleur avant de nous occuper plus en détail du travail des médecins. Nous avons choisi des cas où des médecins acupuncteurs sont intégrés dans l'équipe de travail d'un Centre, ce qui est une situation assez rare puisque, le plus souvent, dans les hôpitaux, l'acupuncture ne trouve sa place que dans des consultations médicales de médecine générale¹. Le choix a été intentionnel puisque nous souhaitions observer un contexte de travail dans lequel la médecine chinoise était directement confrontée à la médecine conventionnelle. En France les équipes des Centres d'évaluation et traitement de la douleur répondaient à cette exigence. En Italie, nous avons étudié un hôpital universitaire dans lequel la médecine chinoise intervient dans plusieurs services et selon un emploi du temps et des modalités différentes. En Italie nous avons aussi étudié un cours pratique d'acupuncture que nous avons pu suivre entièrement et partiellement filmer.

Pour conduire ce travail nous avons mené divers entretiens libres avec chacun des médecins acupuncteurs et nous avons assisté à plusieurs consultations dans le cadre des thérapies par acupuncture. Nous avons également pu rencontrer et interviewer les responsables des centres étudiés afin de pouvoir tracer un cadre historique de l'hôpital, comprendre leur vision et leur perception de la thérapie par acupuncture au sein de leur centre. Notons aussi que grâce à la précieuse collaboration de certains médecins interviewés nous avons pu filmer des parties de leurs consultations. Ces documents visuels sont contenus dans le DVD en annexe à la thèse.

¹ Ce sont des médecins acupuncteurs qui exercent leur activité en utilisant la structure hospitalière, mais qui ne sont pas intégrés dans un service, un centre, une unité...

1. Les Services de traitement de la douleur

La douleur a été sujet d'étude selon plusieurs approches : historique, sociologique, anthropologique¹ mais aussi thérapeutique.

Dans la formation et dans le travail du médecin occidental la douleur est normalement conçue comme un des signes nécessaires pour poser un diagnostic, parfois le principal. La fonction du symptôme est de révéler une pathologie définie. Elle porte à considérer la douleur comme un phénomène secondaire par rapport à l'action thérapeutique, ce qui veut dire que la douleur aurait dû disparaître une fois que sa cause a été soignée. Mais on a remarqué que certaines douleurs persistent, voire deviennent chroniques, bien que la cause en ait été définie. On a aussi admis qu'il existe des douleurs dont la cause reste inconnue. Une attention plus soutenue à la prise en charge des cancéreux, des malades en phase terminale et l'observation des douleurs «chroniques et rebelles» a mené un certain nombre des médecins à s'orienter vers la définition de la douleur comme une «maladie en soi »².

Juste après la deuxième guerre mondiale, aux Etats-Unis, un véritable intérêt s'est manifesté pour la thérapie de la douleur. En effet, des médecins disséminés dans divers services, ont commencé à considérer la douleur comme une véritable pathologie et à soigner les malades avec des traitements appropriés. En France, des consultations de la douleur et des centres pluridisciplinaires de traitement de la douleur sont apparus, dans les années 1960, au prix de nombreuses difficultés, les autorités sanitaires³ ne les considéraient pas comme des priorités et le traitement de la douleur, lui-même, passait au second plan aussi bien vis à vis de l'administration nationale qu'à l'intérieur des hôpitaux⁴. Malgré ces difficultés, la thérapie de la douleur trouve petit à petit une place dans le secteur hospitalier en tant que simple consultation à l'intérieur d'un service (anesthésie, rhumatologie, cancérologie...). Ce n'est qu'à partir des années 1980 que la spécificité de la démarche commence à être reconnue. Des structures « d'évaluation et traitement de la douleur » sont ainsi apparues, avec pour mission « ...l'amélioration globale de la prévention, de

¹Cf. : I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995 ; D. Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995 ; J.-P. Peter, *De la douleur. Observation sur les attitudes de la médecine pré-moderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993 ; R. Rey, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993.

² Cf. : I. Baszanger, *Op. Cit.*, 1995.

³ Le centre dont nous nous sommes occupé à l'hôpital Cochin à l'origine a pu ouvrir sa consultation grâce aux crédits privés qui venaient de la fondation de France et de la Fondation Vianson-Ponté.

⁴ Le rapport pour la Direction générale de la Santé était prêt en septembre 1986 et il n'a été publié qu'en avril 1991.

l'évaluation diagnostique et du traitement de la douleur chronique rebelle, tant en établissement qu'en ambulatoire »¹.

On appelle « douleurs chroniques et rebelles » :

Les douleurs cancéreuses, les douleurs liées à l'infection par virus de l'immunodéficience et les douleurs chroniques non malignes qui perturbent la vie des malades, souvent pendant de longues années (de 7 à 8 ans). Ces dernières douleurs souvent risquent de ne pas être soulagées puisque leur origine ne met pas en jeu un risque vital².

Les Centres de traitement de la douleur sont devenus des structures publiques précieuses pour la prise en charge et pour le suivi de personnes qui souffrent. Dans un deuxième temps, en 1998, Bernard Kouchner met en place un plan anti-douleur. C'est à ce moment que les Centres de traitement de la douleur ont également pris en charge les soins et l'accompagnement des malades en phase terminale.

Les médecins soignants sont organisés en équipes pluridisciplinaires (ou multidisciplinaires) nécessairement dirigées par un médecin. Elles comprennent au moins trois médecins somaticiens venant de disciplines différentes³, des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des psychologues.

Ces structures peuvent être organisées de trois manières différentes :

Consultation d'évaluation et de traitement de la douleur. Il s'agit d'une organisation de consultations pluridisciplinaires internes et externes, spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur chronique et rebelle.

Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. En plus de l'organisation de base des consultations pluridisciplinaires internes et externes, l'équipe dispose des lits d'hospitalisation et/ou des places en hôpital de jour spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur.

Centre d'évaluation et de traitement de la douleur. Les centres sont insérés dans des structures hospitalo-universitaires ou hospitalières, liées à une université, ayant une triple

¹ *Le structure d'évaluation et de traitement de la douleur, caractéristiques et critères de description de l'Activité*, Agence Nationale pour le développement de l'évaluation médicale, Paris, novembre 1995

² «Les douleurs les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, les douleurs neurologiques par lésion du système nerveux périphérique ou central, les céphalées et les douleurs psychogènes.» *Mise en place d'une stratégie de lutte contre la douleur dans un hôpital de l'AP.HP*, Direction de la politique Médicale, décembre 1999, p. 37

³ Normalement ils sont des médecins anesthésistes, des généralistes, des internistes ou pédiatres, des neurologues, des neurochirurgiens, des oncologues et des rhumatologues.

mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils regroupent des cliniciens spécialisés, des enseignants chercheurs, éventuellement des scientifiques, et permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel soignant et les différents aspects de la recherche médicale. Ces structures ont à leur disposition des locaux de consultation, accèdent à des laboratoires d'exploration et comportent un secteur propre d'hospitalisation ou disposent d'un accès permanent à des lits d'hospitalisation spécifique à l'évaluation et au traitement de la douleur. ¹

Bien que notre propos ne soit pas de traiter en détail le fonctionnement des structures d'évaluation et de traitement de la douleur, il est important de souligner que, déjà dans le premier rapport de la Direction Générale de la Santé (1980), le caractère de pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité) est évoqué comme la stratégie centrale de l'organisation du travail de ces structures :

Pour traiter au mieux les patients souffrant de douleur chronique rebelle, le principe d'une organisation et d'un fonctionnement pluridisciplinaires ne paraît plus aujourd'hui contesté. ²

Et en pratique cela se traduit par :

La constitution de l'équipe médicale autour d'un "noyau dur" comprenant deux médecins somaticiens de disciplines différentes et un psychiatre ;

l'existence d'un personnel (soignant administratif) affecté à l'unité de traitement de la douleur;

le mode de recrutement et de sélection des patients ;

le fonctionnement en équipe avec des réunions pluridisciplinaires de synthèse ;

la possibilité de mettre en œuvre diverses modalités thérapeutiques, afin d'offrir le traitement somatique et le soutien psychologique le plus adapté à chaque patient. ³

Nous présenterons ci-dessous quatre¹ centres d'évaluation et thérapie de la douleur dans lesquels des médecins acupuncteurs ont pu trouver une place opérationnelle en milieu

¹ *Le structure d'évaluation et de traitement de la douleur, caractéristiques et critères de description de l'Activité*, Agence Nationale pour le développement de l'évaluation médicale, Paris, novembre 1995, p. 8

² *Mise en place d'une stratégie de lutte contre la douleur dans un hôpital de l'AP.HP*, Direction de la politique Médicale, décembre 1999, p. 7.

³ *Les unités de traitement de la douleur chronique, bilan d'activité et de fonctionnement*, CME, Direction des Affaires Médicales, Service de l'organisation de l'activité Médicale, janvier 1992, p.10

hospitalier. Comme nous l'avons déjà montré précédemment la thérapie de la douleur est un des secteurs d'action privilégiés pour l'acupuncture, il est par conséquent facilement imaginable que les acupuncteurs puissent être intéressés par le travail de ces Centres. D'autre part, le fait que les Centres d'évaluation et traitement de la douleur présentent une organisation pluridisciplinaire semble avoir permis la création d'un espace ouvert à l'apparition des médecins acupuncteurs à l'intérieur des équipes soignantes, bien qu'ils n'aient toujours pas le statut d'interne. Nous montrerons, au travers des résultats de notre travail de terrain et des entretiens avec les responsables des Centres, comment deux médecins acupuncteurs sont accueillis dans quatre structures hospitalières et comment ils participent au travail de l'équipe. Nous analyserons aussi le discours tenu par ces médecins pour défendre la valeur de leur pratique.

En ce qui concerne les Centres d'évaluation et traitement de la douleur une dernière remarque peut être faite à propos des « principes de prise en charge de la douleur » en citant un des « dossiers documentaires » de ces centres :

Le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur la règle d'organisation et les principes thérapeutiques suivants :

assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison des techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques, et chirurgicales;

décider d'une thérapie adaptée après le bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial;

obtenir du malade sa confiance, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur;

prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du patient;

pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, participer à la recherche et à l'enseignement. ²

¹ Nous montrerons le travail de deux médecins qui pratiquent l'acupuncture en deux Centres hospitaliers, deux de ces Centres sont des CETD (Centre d'Evaluation et Thérapie de la Douleur) et deux sont des Centres qui s'occupent d'une thérapie de la douleur plus spécifique (Centre d'urgences céphalées et Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme)

² *Mise en place d'une stratégie de lutte contre la douleur dans un hôpital de l'AP.HP*, Direction de la politique Médicale, décembre 1999, p. 36-37

Nous soulignerons ici l'attention portée aux patients. Elle tient compte de leur passé médical et de leur situation au quotidien. Remarquons aussi l'attention apportée à la « confiance » et à l'empathie entre le médecin et le malade. Comme nous le monterons ensuite, certains de ces éléments reviennent dans le discours des acupuncteurs et dans le travail quotidien de ces médecins.

2. Quel est le rôle de l'acupuncture dans le traitement de la douleur ? Le travail du médecin acupuncteur dans les Centres de thérapie de la douleur, Paris

Entre juin 2003 et novembre 2004 nous avons suivi le travail d'un médecin acupuncteur dans le cadre de deux Centres hospitaliers qui prennent en charge la thérapie de la douleur. Nous avons rencontré plusieurs fois ce médecin et nous avons assisté à ses consultations. Le travail de terrain nous a permis de comprendre quel a été son parcours, sa formation et son expérience professionnelle jusqu'à son entrée dans le secteur hospitalier. Nous avons aussi pu observer quelles sont ses modalités de pratique thérapeutique. Enfin, nous avons rencontré et interrogé certains de ses collègues et ses chefs de service, de manière à pouvoir bien saisir quel est le fonctionnement de chaque Centre, quelles sont les relations du médecin acupuncteur avec le reste de l'équipe, comment la pratique de l'acupuncture est perçue à l'intérieur du Centre.

Ce médecin est venu du Vietnam, il y a une trentaine d'années environ, pour entreprendre ses études de médecine dans une faculté française. Après ses études à Paris, à la faculté de Cochin, et sa spécialisation comme anesthésiste réanimateur elle a décidé de se former à l'acupuncture¹ et de suivre la formation de l'AFA pendant trois ans. Au cours de cette formation, elle a rencontré le médecin vietnamien Nguyen Van Ghi.

...J'ai trouvé un maître, un vietnamien, Van Nghi, et j'ai suivi son enseignement pendant vingt ans, jusqu'à sa mort. [...] Van Nghi était vietnamien, on parlait vietnamien ensemble, on avait des vocabulaires vietnamiens... oui, je suis de l'école de Van Nghi.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Après plusieurs années d'activité libérale comme médecin acupuncteur, en province, elle est revenue à Paris en 1996 et, pour des raisons familiales², elle a décidé de ne pas se réinstaller dans un cabinet, mais de chercher plutôt des vacations à l'hôpital. Elle a retrouvé d'anciens collègues et camarades d'études dans deux hôpitaux parisiens :

¹ En effet, juste au début de son activité comme anesthésiste à l'hôpital encore très jeune, elle avait assisté à une ou deux expériences d'interventions sous anesthésie avec acupuncture, cela réveilla dans le médecin une curiosité pour cette pratique.

² « Ça c'est un choix personnel. J'ai travaillé en privé pendant 17 ans et puis j'ai changé d'orientation, j'ai changé de vie. Maintenant j'ai 50 ans et les enfants ont besoin de moi. Petit ils ont moins besoin que maintenant adolescents. Je suis retourné à Paris en 1996, et avoir une clientèle privée aurait été facile, mais refaire une clientèle privée signifie que je ne serais jamais avec les enfants, il faut prendre les patients à n'importe quelle heure... » (Médecin acupuncteur, F2)

l'hôpital Lariboisière et l'hôpital Cochin, qui étaient devenus chefs d'un Centre d'évaluation et traitement de la douleur à Cochin et d'un Centre Urgences Céphalées à Lariboisière. Les deux chefs de service ont alors accepté de lui trouver des vacations dans leurs équipes. Le médecin acupuncteur a ainsi commencé une collaboration avec ces deux structures hospitalières, collaboration qui persiste encore aujourd'hui. En effet, un jour par semaine, elle travaille dans le Centre d'urgences céphalées et deux jours par semaine elle travaille dans le Centre d'évaluation et traitement de la douleur.

2.a. Le Centre d'urgences céphalées de l'hôpital Lariboisière

2.a.1. L'hôpital Lariboisière

En 1832, l'épidémie de cholera a révélé la carence hospitalière de Paris. La construction de nouveaux hôpitaux a été votée par le Conseil Municipal dès 1839 mais il faut attendre 1846 pour voir posées les premières pierres du futur hôpital Lariboisière sur les terrains de l'ancien Clos St Lazare, pour la construction de l'hôpital qui devait répondre aux besoins des populations des quartiers nord de la capitale. Le chantier rencontrera d'importantes difficultés avant que l'hôpital ne soit construit ; pendant la révolution de juin 1848, il devint même bastion des insurgés. Finalement l'hôpital sera terminé et inauguré le 13 mars 1854 grâce au legs de Elisa Roy, comtesse de Lariboisière, qui permit d'en achever la construction. Il avait été conçu par Martin Pierre Gauthier, architecte, suivant un modèle d'optimisation des services dans l'intérêt des malades. Les bâtiments étaient espacés, leurs plafonds très hauts et les fenêtres ensoleillées. À l'extérieur, des jardins plantés de marronniers étaient prévus pour le confort des malades.

Depuis sa construction l'hôpital a continué à se modifier et à s'agrandir. Aujourd'hui c'est l'un des plus grands groupes hospitaliers de Paris. Il compte en effet plus de 35 services et, grâce à l'importance de son plateau médico-technique, il répond à une triple vocation de grand centre d'urgence, d'hôpital de secteur ou de proximité, et d'hôpital de spécialités avec un recrutement plus large¹.

Après avoir situé dans les grandes lignes le contexte historique et les modalités de fonctionnement concernant les Centres d'évaluation et traitement de la douleur Français et

¹ Martineaud J.-P., *Une histoire de l'hôpital Lariboisière*, Le Versailles de la misère, Paris, L'Harmattan, 1998

le cas particulier de l'hôpital Cochin, nous allons présenter brièvement le Centre d'urgences céphalées dans lequel le médecin acupuncteur travaille. Ensuite, nous traiterons plus en détail les observations recueillies à l'hôpital Cochin, où elle travaille uniquement comme acupuncteur. Néanmoins, la différence des deux cadres de travail de cette acupuntrice attire notre attention.

2.a.2. Le Centre d'urgences céphalées

Ce Centre a été ouvert le 12 septembre 2000 dans les murs de l'hôpital Lariboisière¹, avec pour mission d'améliorer la prise en charge des maux de tête. Le Centre a été créé pour faire face à la fréquence des céphalées dans les accueils des urgences et, devant toute céphalée aiguë, pour poser un diagnostic urgent afin d'éliminer certaines causes qui demandent un traitement spécifique², afin de garantir un traitement symptomatique le plus rapidement possible et de pouvoir soulager le patient. A sa création, le Centre d'urgences céphalées de l'hôpital Lariboisière était le premier en Europe. C'est une unité fonctionnelle intégrée dans une gestion commune qui associe cette activité d'urgence, le service de neurologie et le Service d'Accueil d'Urgence (SAU). Le Centre reçoit tous les patients dont la céphalée nécessite une prise en charge urgente, c'est-à-dire toutes les personnes qui manifestent un mal de tête récent et très aigu, ou qui sont en pleine crise de migraine. Le Centre ne s'occupe pas des cas de migraine chronique ou d'autres maux de tête chroniques qui sont normalement soignés par le médecin traitant ou par les Centres d'Evaluation et Thérapie de la Douleur.

A l'Accueil, après avoir vérifié que le mal de tête correspondait à une situation d'urgence, le patient est reçu par le Centre dans lequel, pendant la journée, deux médecins (voire plus) et deux aides-soignants travaillent en permanence (le centre est ouvert 24 heures sur 24 ; dans la nuit un médecin assure une permanence). Le patient est pris en charge très rapidement et un diagnostic est posé à la suite de l'entretien avec le médecin. Le Centre bénéficie de l'équipement de l'hôpital pour tous les examens complémentaires nécessaires :

¹ « L'hôpital Lariboisière a été choisi pour accueillir ce centre, car il possède à la fois une grosse activité d'urgences, la multidisciplinarité nécessaire à la prise en charge des patients souffrant de maux de tête et une expertise internationalement reconnue dans le domaine des céphalées, (migraine notamment) grâce aux travaux des équipes de neurologie, biochimie et génétique. » D. Valade, Circulaire d'information interne, 2000

² Méningite, hémorragie méningée, thrombose veineuse cérébrale, abcès cérébral, sinusite aigue...

Un scanner est obtenu dans le quart d'heure, le doppler dans la matinée, l'IRM dans la journée.

(Chef du Centre, F22)

Le chef du Centre précise aussi :

Si certains patients s'en vont sans diagnostic (car il y a tout de même 12 pour cent de céphalées inclassables malgré les examens) en revanche, tous les patients repartent soulagés

(Chef du Centre, F22)

Nous pouvons d'ores et déjà observer que le médecin acupuncteur dont nous avons suivi le travail, ne s'occupe que de thérapie de la douleur. Elle a décidé de travailler dans deux Centres hospitaliers spécialisés dans ce domaine.

Dans ces deux contextes, l'acupuncture apporte des modalités différentes : dans un cas (le Centre d'urgences céphalées) un instrument thérapeutique qui soigne le symptôme ; et dans l'autre (le Centre d'évaluation et traitement de la douleur) une approche et un suivi qui prend en charge d'une manière plus large, la situation de souffrance du patient.

L'observation de l'attitude du médecin acupuncteur vers le patient et de sa pratique quotidienne nous montrera les difficultés qui se présentent face à la définition précise de la performance de l'acupuncture comme acte thérapeutique et aussi du travail d'un médecin acupuncteur au sein d'une structure publique.

Notre médecin recruté par les deux Centres ne se présente pas uniquement comme acupuncteur, ses diplômes de médecine conventionnelle lui ont également permis d'y trouver une place.

Le service qui m'emploie c'est l'anesthésie-analgésie, et je fais partie du service de traitement et d'évaluation de la douleur. Donc j'ai dû passer la capacité de l'anti-douleur. Puis, après je suis allée aussi travailler à Lariboisière et là je suis spécialiste des migraines et des céphalées. Là aussi j'ai passé le diplôme des migraines et des céphalées, des spécialistes en neurologie.

(Médecin Acupuncteur, F2)

Diplômes qu'elle a obtenus après sa formation d'acupuncture. Le médecin décrit elle-même son travail au sein des deux Centres de la façon suivante :

Le travail qu'on fait ici [l'hôpital Cochin], c'est le traitement et l'évaluation de la douleur. Et moi, ici, je ne fais que de l'acupuncture. A Lariboisière je ne traite que les céphalées et les migraines. Là, je fais les deux : l'acupuncture et la médecine occidentale. Oui, parce que pour une hémorragie méningée, je ne ferais pas d'acupuncture. Donc je suis obligée d'être très rigoureuse dans mes démarches diagnostiques. Si je me trompe, je suis foutue. Vous devriez venir nous voir les lundis, à l'hôpital. Vous verrez bien... Il faut être très rapide. Avec les malades qui ont mal à la tête - et ici il n'y a que des gens qui ont mal à la tête - je dois faire le diagnostic premièrement, d'hémorragie méningée, de méningite, de dissection, de tout ce qui est vasculaire, de tout ce qui est tumeur, avant de dire : là, je vais traiter avec l'acupuncture, parce que si ce sont des urgences neurochirurgicales, il faut envoyer tout de suite en neurochirurgie, je ne peux pas traiter.

Quand il s'agit d'une céphalée de tension, de migraine qui sont chroniques et qui donc peuvent être traitées avec l'acupuncture, je fais tout d'abord des diagnostics à l'occidentale, en disant : là c'est une migraine, c'est une névralgie, et puis je constate qu'elles peuvent se soigner de deux façons [avec la médecine conventionnelle ou avec l'acupuncture]. Les gens viennent en crise, ils ont tout le temps très mal. Donc, je peux leur dire : "soit, je vous fais une perfusion d'un médicament, soit, je vous pique en acupuncture". Les gens choisissent.

(Médecin Acupuncteur, F2)

Ce témoignage nous montre que nous nous trouvons dans un cas où l'acupuncture est intégrée dans un hôpital public où elle est parfois utilisée en alternative aux remèdes allopathiques. En effet, l'acupuncture est pratiquée dans un cas d'urgence et à la discrétion du médecin là où, d'habitude, on a recours au remède allopathique éventuellement proposée par le médecin, la mise en pratique de la thérapie avec aiguilles résulte du diagnostic établi par le médecin acupuncteur suite à l'accord du malade. Le médecin est amené à poser un diagnostic « à l'occidentale » de manière à exclure tout danger de pathologie grave, dont la prise en charge dépasserait les possibilités d'intervention du Centre d'urgences céphalées. Mais ensuite, c'est le malade lui-même qui choisit la stratégie de soins qui lui convient le mieux, entre l'acupuncture et la perfusion proposées - dans ce cas - par le médecin.

Souvent, ils choisissent l'acupuncture... quand même moitié-moitié. Des gens, quand ils ont tellement mal, ils préfèrent carrément faire une perfusion. Donc, moitié-moitié. Mais je le propose toujours. Le résultat est à peu près le même. Il y a autant de réussites avec l'acupuncture qu'avec les perfusions, les perfusions ne donnent pas des résultats systématiquement.

(Médecin Acupuncteur, F2)

Bien que le médecin soutienne la pratique de l'acupuncture dans cette situation d'urgences, nous n'avons qu'assez rarement vu utiliser l'acupuncture dans le cadre des urgences céphalées. De plus le chef du service nous fait la remarque suivante :

...mais ici elle fait l'acupuncture sur 1 malade sur 50, pas plus, pas moins... Elle fait de l'acupuncture à Cochin, mais pas ici. Elle est là en tant que spécialiste des céphalées. Ici, l'acupuncture c'est un plus, mais ce n'est pas quelque chose de nécessaire.

(Chef du Centre, F22)

Il est difficile de quantifier d'une façon précise la présence de l'acupuncture au sein de ce Centre. Bien évidemment les paroles du chef de service reflètent son attitude vis-à-vis des thérapies non conventionnelles¹. Par ailleurs, il est assez probable que le médecin utilise l'acupuncture plus souvent sans le souligner explicitement au chef de service.

Laissons de côté une éventuelle sous-quantification des actes d'acupuncture qui ne concerne pas directement notre sujet d'étude, et attachons-nous à l'observation de la fonction *alternative* de l'acupuncture dans le Centre d'urgences céphalées. Effectivement, dans le cas observé, l'acupuncture est une technique *alternative* à la thérapie conventionnelle. Nous soulignons ici l'adjectif *alternatif* et plus loin nous montrerons comment la présence de l'acupuncture en milieu hospitalier peut avoir des acceptions différentes.

Nous verrons ainsi, dans le détail, les modalités avec lesquelles ce médecin acupuncteur approche le malade. Nous la suivrons dans quelques segments de séances au Centre d'évaluation et de thérapie de la douleur. Il est néanmoins important de souligner que, malgré son travail dans un Centre d'urgences céphalées, en tant qu'acupuncteur aussi

¹ « Moi je ne fonctionne pas du tout avec les médecines comme l'acupuncture, la mésothérapie, l'homéopathie, pas du tout, du tout du tout... » (Chef du Centre, F-22).

bien que médecin allopathe, elle consacre du temps et un soin tout à fait particulier à ses consultations.

Bien que je ne fasse pas ici que de l'acupuncture, le travail est très intéressant, ici on fait beaucoup de choses bien. Ne serait-ce que la gentillesse, le sourire, ne serait-ce que faire un diagnostic soulage les patients tout de suite. Parce que les gens qui arrivent ici sont vraiment dans une détresse, de douleur et de tout...

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Prenons l'exemple d'une consultation d'un homme de quarante ans qui s'adresse au centre pour un mal de tête qui lui rend la vie très pénible depuis quelques jours. Le médecin lui pose plusieurs questions sur sa vie privée, son âge, sa profession, s'il est marié ou pas, et combien d'enfants il a, s'il était sujet à migraine avant cet épisode. L'interrogatoire concernant la douleur qui l'afflige maintenant dure plus d'une vingtaine de minutes. L'interrogatoire continue bien que le diagnostic soit posé assez rapidement (AVF Algie Vasculaire de la Face), le médecin pose des questions sur toutes sortes de sensations que le patient ressent, les horaires d'apparition de la douleur, sa durée, la qualité de la douleur (sourde, avec pulsations...), son évolution dans le temps, la région dans laquelle la douleur s'exprime... Pendant l'interrogatoire, le médecin exprime son empathie avec le malade :

Médecin: Pendant les crises de douleur, vous restiez assis, allongé ou vous bougiez. Est-ce que vous sentiez la nécessité de bouger ?

Patient: Il fallait absolument que je bouge, je ne pouvais pas tenir en place, si je restais en place ça devenait une chose nerveuse...

Médecin : Bien sûr, bien sûr ...

(Consultation au Centre d'urgences céphalées, hôpital Lariboisière)

Avec le but de rassurer le patient, comme pour lui faire comprendre qu'elle sait bien de quoi il souffre et comme ce qu'il vit est pénible.

Enfin, l'interrogatoire conclus, le médecin confirme le diagnostic et prend son temps pour expliquer au patient ce qu'il en est de cette douleur. Avec un papier et un stylo, pendant qu'elle parle, elle trace un schéma des nerfs et vaisseaux qui causent la douleur :

Il s'agit d'une AVF, Algie Vasculaire de la Face, voyez, c'est vasculaire, c'est une vasodilatation intense, c'est pour ça qu'il y a des œdèmes, voyez [et elle rit], parce que votre vaisseau il est comme ça [et elle dessine], tout d'un coup il devient comme ça [elle dessine encore] et pfft ! Donc on a un traitement, puisque votre vaisseau est comme ça [et indique un de ses dessins], il faut le remettre comme ça [et indique l'autre], et c'est un vasoconstricteur qu'il vous faut...

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Ainsi, à la question du patient sur le pourquoi de sa douleur, le médecin répond, n'hésitant pas à toucher le patient pour lui montrer là où la vasodilatation commence, où se trouve le nerf qui s'est enflammé et qui a irradié la douleur.

Nous voyons donc à l'œuvre une attitude très attentive envers le patient qui, à la fin de la consultation, se sent effectivement plus calme et soulagé.

Ci-dessous nous montrerons le travail du même médecin dans le Centre d'évaluation et traitement de la douleur, à l'hôpital Cochin, où elle ne pratique presque que de l'acupuncture et nous pourrions relever, en conclusion, les similitudes et les diversités des deux contextes de travail.

2.b. Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Cochin

2.b.1. L'hôpital Cochin

L'hôpital Cochin rassemble aujourd'hui trois structures hospitalières apparues les unes après les autres : l'ancien hospice de Saint-Jacques du Haut Pas, le couvent des Capucins transformé en hôpital des Vénériens, et l'hôpital des Cliniques, appelé ensuite hôpital Tarnier.

Le premier fut l'Hospice Cochin (rue du Faubourg Saint-Jacques) fondé par Jean-Denis Cochin, curé de Saint-Jacques du Haut Pas. Il employa à cette fondation une partie de sa fortune personnelle et fit ensuite appel à la générosité de ses paroissiens. La construction de l'hospice commença en 1780 et la première malade fut accueillie en 1782. Au début la structure disposait de 28 lits. En 1801 l'hôpital prit le nom de son fondateur.

En 1792, le Couvent des Capucins, situé à l'angle de la rue du Faubourg Saint-Jacques et du boulevard de Port-Royal, est transformé en hôpital des Vénériens. C'était le premier centre de Paris spécifiquement consacré au traitement de la syphilis. Il devint hôpital du Midi en 1835 puis Ricord en 1893 (du nom du célèbre vénérologue).

L'hôpital des Cliniques fut construit sous le règne de Louis XV. En 1878, il a été démoli pour permettre l'extension de la Faculté de Médecine. Son service d'accouchement est alors transféré dans un nouveau bâtiment érigé sur des terrains de la rue d'Assas. L'établissement a été inauguré en avril 1881 avec 74 lits. Initialement appelé Clinique d'Accouchement, il reçoit en 1897 le nom de Clinique d'Accouchement Tarnier, en hommage à Stéphane Tarnier, inventeur de la couveuse et spécialisé en obstétrique¹.

L'hôpital Vénérien est rattaché à l'hôpital Cochin en 1905. Des travaux sont alors entrepris pour agrandir et renouveler l'ensemble du nouveau complexe hospitalier. En 1910, le vieil hospice de l'abbé Cochin est rasé. Le Pavillon Tarnier fut ensuite rattaché au Groupe Hospitalier Cochin au début des années 1980 et accueille la médecine du sport, un centre de traitement de la douleur (le lieu de notre étude de terrain), l'hôpital de jour et la consultation de dermatologie.

2.b.2. Le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur

Le Centre d'évaluation et traitement de la douleur de l'hôpital Cochin a été ouvert en mars 1980 au 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, dans les locaux du siège principal de l'hôpital Cochin. Au début, ce n'était qu'une consultation de traitement de la douleur rattachée au service d'anesthésiologie et il a fallu attendre 1997 avant qu'il ne devienne un véritable Centre d'évaluation et traitement de la douleur. Sa création est due à son premier responsable le professeur Jean Lassner². Ce médecin était fermement convaincu de la nécessité, en France, de la création de Centres de traitement de la douleur. En effet

¹ Graftiaux Philippe, *Histoire de l'hôpital Cochin*, Paris, 1992, Faculté de Médecine Cochin Port-Royal, Musée de l'Assistance publique, Hôpitaux de Paris

² « Alors, le prof Lassner était un médecin anesthésiste, mais qui avait des dimensions très diverses, un parcours très particulier. C'est lui qui, entre autres, en France, avait rétabli toutes les pratiques loco-régionales. Il faut savoir que, durant la 2^{ème} guerre mondiale, il était en Angleterre et il était dans le Comité de la France Libre à Londres avec le Général De Gaulle, où il a terminé sa Médecine. Donc, en effet, en Angleterre, les techniques loco-régionales étaient déjà assez pratiquées, même si elles sont nées en France. Mais après, elles ont émigré vers l'Angleterre et ont été abandonnées en France. Donc, en Angleterre, il avait pu voir l'intérêt des loco-régionales dans le cas de l'anesthésie. Puis il avait connu Cecile Sanders qui était à la tête de la promotion des soins palliatifs en Angleterre durant la seconde guerre. Donc, Lassner rentré en France, c'était quelqu'un de très érudit, tant vis à vis de la médecine, tant vis à vis de tout ce qui était d'ordre, si on peut dire, de la psychologie, et, parallèlement, en effet, il avait participé à la

En 1958 il avait écrit une lettre au Général De Gaulle, dont il était le médecin. Il y insistait pour que la France ait des structures qui prennent en charge les douloureux qui n'étaient pas réellement pris en charge dans différents types de spécialités. Il était convaincu qu'il y avait des choses importantes à faire pour ces patients

(Chef du Centre, F-4)

Ce n'est qu'après plusieurs années que ce médecin, alors devenu professeur, a pu « forcer la main » à sa maison mère, l'hôpital Cochin, pour créer une Consultation pour le « traitement des douleurs rebelles » grâce à des fonds privés de la Fondation Pierre Viansson-Ponté et à des subventions exceptionnelles de la Fondation pour la Recherche Médicale¹. L'actuel chef du Centre apporte les précisions suivantes :

...Malgré tout, avec des crédits privés qui venaient de la Fondation de France et de la Fondation Viansson-Ponté [Lassner] a créé cette première consultation et il a pris sa retraite au bout de deux ou trois ans. Quand il a créé le Centre, il fallait trouver des pièces. A Cochin, alors que réellement il y avait des pièces de libre, personne n'avait des pièces à nous donner. Ce qui a fait que, au départ, nous avons aménagé une cave. C'était une vraie cave ! Et dans les couloirs, de temps en temps, il y avait des rats qui passaient ! Donc, notre premier centre a été fait dans une cave à Cochin, dans le sous-sol de chirurgie, c'était la descente aux enfers !...

Vous avez mal ? - Descendez encore plus bas !... Vous reverrez le jour en remontant.

réactualisation des techniques loco-régionales de l'anesthésie. C'est lui qui va être à l'origine de la Société Française de Psychosomatique.....et, d'autre part, c'est aussi lui qui a participé avec Léon Chertok (c'était un psychiatre qui s'est vivement intéressé à l'hypnose). Chertok était d'origine russe. Et Lassner s'est donc intéressé à l'hypnose et a utilisé ça dans les premiers temps en anesthésie. Donc, Lassner c'était quelqu'un qui n'était pas seulement sur le versant somatique pur : c'était quelqu'un de soucieux, je dirais, des aspects psychiques, plus psychiques que psycho-socio, parce qu'il avait encore une vision très freudienne. Il faut dire qu'il était né à Vienne en 1913 et que sa famille était une famille amie de Freud, c'est pour vous dire que quand même l'individu, cela valait la peine de le connaître. C'est pour dire qu'à 17 ans, il est parti après avoir fait ses humanités, il est parti faire 2 ans de philosophie : il s'est mis à lire Bertrand Russell et il a adressé à B. Russell une critique de ses livres. Et B. Russell l'a invité une semaine chez lui pour discuter de ses livres. A 17 ans, c'était un profil quand même particulier!... » (Chef du Centre)

¹« La longue et douloureuse maladie de Pierre Viansson-Ponté a ému ses collègues et amis du Journal Le Monde. A sa mort, et répondant à un souhait exprimé par lui, ils ont alerté le public en suscitant des dons pour que puisse se réaliser une structure d'accueil médical pour de tels cas. Ces dons, des fonds propres de la Fondation pour la Recherche Médicale et un legs destiné à aider cette action ont permis de faire aboutir, au moins partiellement, un projet vieux de 25 ans et dont l'Assistance Publique de Paris avait depuis peu envisagé la réalisation. Il s'est agi de créer un centre de traitement destiné à prendre soin des malades atteints de douleurs chroniques. » (Circulaire du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Hôpital Cochin, Paris)

Donc on a ouvert officiellement quand le ministre l'a inauguré, en mars 1981. Mais nous avons déjà commencé en septembre. Après avoir demandé, pendant des années, des locaux et comme il n'y avait jamais de locaux, j'ai menacé. J'ai dit : on va fermer la consultation à l'hôpital, je vais convoquer la presse. Puis, comme par hasard, le chef de service qui aurait dû prendre cette structure-là [celle où se trouve le centre actuellement] est mort en plein été. Donc, le 31 août, l'Administration de Cochin nous a dit : est-ce que vous êtes prêts à partir à Tarnier, qui est un centre de Cochin ? Quand j'ai vu les locaux, je me suis dit que je n'aurai plus jamais des locaux pareils. OK ! Et nous nous sommes installés ici en janvier 1985.

(Chef du Centre, F-4)

L'histoire de ce Centre, comme probablement celle de beaucoup des Centres de thérapie et évaluation de la douleur, a été le résultat de combats et de tentatives d'affirmation au niveau du Ministère de la santé pour une réelle attribution des compétences, des espaces et des légitimations nécessaires à l'existence de ces structures à l'intérieur des hôpitaux.

Jusqu'en 1998, les Centres de traitement de la douleur existaient, mais sans être reconnus par la structure : c'est à dire que nous étions reconnus par la structure, ils nous faisaient une unité de service, mais nous n'avions pas spécifiquement notre étiquette. Si on veut travailler et créer des structures il faut d'abord que ces structures existent pour pouvoir avoir une affectation d'infirmiers et de médecins, on n'affecte pas du personnel à quelque chose qui n'existe pas dans la nomenclature. Donc, ça a été un très long combat auprès du Ministre de la Santé, qui a commencé en 1983 et qui a subi tous les aléas politiques. On est dans une structure française très très centralisée. C'est à dire que rien ne se décide sans que le haut décide. Et, avant que le haut décide, on peut bloquer d'une centaine de manières pour qu'il ne décide pas. Nous avons eu des premières réunions au ministère.

Et puis il y a eu plusieurs changements de ministres. Très vite, on est passé au problème du SIDA. Et la priorité dans toutes décisions était donnée au SIDA. Puis, en 1986 : les élections ! Et Chirac arrive en tête. On est en train de s'occuper du SIDA : il n'y a pas la place pour autre chose, point. En 1986, de plus, ce sont les soins palliatifs qui arrivent,... Bref, finalement, chaque fois qu'on commence, qu'on est pour finaliser, il y a un changement de ministre. Paf !... Chaque ministre fait comme il veut, ...

On va enfin arriver à un texte de la Direction Générale de la Santé, sous Mitterrand. Nous arriverons à actionner Mitterrand autrement : par son ministre, entre

autres par Kouchner. Pour qu'on ait un premier texte en 1990¹. Donc à ce moment là, en 1990, on a le texte organisationnel, mais on n'a pas la Circulaire Ministérielle qui officialise le fait qu'on doit être reconnu. Seulement, en 1995, on change encore de gouvernement et on remet tout sur pieds pour avoir la Circulaire et on arrive à la faire signer au dernier ministre de Chirac, Lucien Neuwirth, avant que Jospin n'arrive, l'avant veille de son départ²...

(Chef du Centre, F-4)

Ce témoignage montre clairement l'importance des difficultés rencontrées pour la constitution des structures axées sur la thérapie de la douleur qui ne sont arrivées à se faire reconnaître officiellement qu'après quinze ans de luttes.

...Tout en vous disant que le problème n'est pas encore fini, parce que vous savez que le système de santé est en crise, qu'il y a le problème du recrutement des médecins, que d'autre part il y a de moins en moins de postes dans les hôpitaux, donc l'autre manière aussi de dire que la douleur est une chose secondaire c'est qu'on ne donne pas des postes pour ça.... Si vous voulez, il est très facile de dire, "oui mais la douleur c'est quelque chose de transversal, ça concerne tout le monde, vous pouvez vous arranger entre vous pour vous occuper des patients..."

(Chef du Centre, F-4)

Même une fois reconnus, ces Centres n'ont pas une vie facile à l'intérieur du Système de Santé Français³.

À son origine, en 1981, l'équipe du Centre était composée par : le directeur, une anesthésiologiste, deux anesthésistes, une psychopharmacologue, une acupunctrice avec un de ses collaborateurs. De plus, un neurologue, un rhumatologue, un neurochirurgien, un électrothérapeute collaboraient aussi avec le Centre. Aujourd'hui l'équipe du Centre est

¹ Groupe Evaluation, Epidémiologie et Système d'Information, Direction des Affaires Médicales, Service de l'Organisation de l'Activité Médicale, *Les unités de traitement de la douleur chronique, bilan d'activité et fonctionnement*, janvier 1992.

² *Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur, Caractéristiques et critères de description de l'Activité*, Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Paris, novembre 1995.

³ Il faut toute fois remarquer qu'en Italie des centres équivalents aux « Centres d'évaluation et traitement de la douleur » français n'existent pas. La thérapie de la douleur reste une approche à la souffrance du malade qui touche certains services tels la rhumatologie, l'anesthésiologie, etc....

composée de trois anesthésistes, trois rhumatologues, un neurologue, un psychiatre, un psychothérapeute et une acupunctrice.

Mais avec les années de collaboration, la pratique des médecins du Centre a évolué, le travail est basé sur une pratique pluridisciplinaire (comme cela a été dit précédemment par tous les Centres d'évaluation et traitement de la douleur), ou, pour ce cas spécifique « co-disciplinaire », selon la définition du chef du Centre. En effet, presque tous les médecins, internes ou rattachés, ont suivi d'autres formations pour compléter leur formation académique. Ils ont enrichi leurs parcours avec des compétences du domaine de la relaxation, de l'hypnose ou de l'acupuncture, dans le but de pouvoir mettre en place une prise en charge du patient qui puisse tenir compte en même temps de la dimension somatique, psychologique et sociale.

Il s'agit donc d'un Centre qui se positionne entre les deux typologies décrites par I. Baszanger dans son ouvrage¹ où sont étudiés deux Centres d'Evaluation et Thérapie de la Douleur dans la région parisienne. Le « pôle guérison-technique » qui organise son activité de soins autour d'un « noyau dur » constitué par des anesthésistes et des neurochirurgiens proposant « leur conception d'une médecine de la douleur dont l'objet central est quasiment défini par les capacités techniques existantes, lesquelles vont de l'utilisation des médicaments ou de moyens physiques les plus simples au recours à des techniques anesthésiques et neurochirurgicales de plus en plus sophistiquées ... »².

Le « pôle guérison-gestion » qui élabore une approche de la douleur chronique tendant « ...vers un objectif de contrôle, de gestion de la douleur, plus que vers un objectif de guérison ... »³

Pour 30 à 40% d'entre eux, les malades reçus par le Centre viennent de l'hôpital⁴ ; ils sont adressés par l'un des services de l'hôpital. Les autres viennent de l'extérieur ; ils sont pour la plupart envoyés par leur médecin traitant. Depuis la constitution du Centre la plupart de médecins qui y travaillent se sont spécialisés en pathologies douloureuses et techniques de soins. A la suite de cela, à peu près 65% des patients envoyés, sont adressés nominalement à un médecin précis. Le travail co-disciplinaire du Centre consiste donc en échanges réguliers entre les médecins (une fois par semaine l'équipe se réunit pour se concerter sur le travail du centre et sur certains patients posant des problèmes

¹ I Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995

² *Op. Cit.* p. 203-204

³ *Op. Cit.* p. 209

⁴ Au début de l'activité du Centre les patients envoyés par les autres services de l'hôpital étaient le trois ou quatre pourcent du moment que l'administration de Cochin boycottait la Consultation de la douleur.

particulièrement difficiles). De plus chaque médecin s'adresse souvent à un de ses collègues à propos d'un cas qui ne rentre pas parfaitement dans son domaine de compétence. Ce qui fait que parfois, les malades sont suivis par plusieurs médecins. Mais « co-disciplinaire » signifie aussi que l'approche du patient, mise en place par chaque médecin du Centre, doit tenir compte de la pathologie du malade dans une perspective très large (une dimension non seulement somatique, mais aussi psychologique et sociale). Les médecins somaticiens du Centre de traitement et d'évaluation de la douleur de l'hôpital Cochin doivent donc avoir une capacité d'analyse du cas du patient qui, en dépassant le niveau mécanique, peut atteindre les composantes psychosociologiques présentes dans la plupart des souffrances physiques. Le chef du Centre nous en parle ainsi :

Si vous voulez, on pourrait dire que parmi nos patients, neuf sur dix ont dans leur pathologie, des aspects autant somatiques, psychologiques que sociaux. Ça voudrait dire que chaque nouveau patient devrait être vu par deux ou trois médecins ou psy, et ça signifie qu'il me faudrait une quantité de personnel incroyable. Mais, compte tenu de l'expérience d'un certain nombre d'entre nous au fil du temps, il est inutile de réunir tout ce monde si, en effet, on sait évaluer le patient et si on sait ce qu'il faut lui proposer en cas de traitement. Il y a une autre chose très importante, c'est que, du moment que neuf patients sur dix ont un déni d'ordre psychologique par rapport à leur problématique, ils ont souvent eu le malheur d'avoir subi des interventions. Et c'est pour ça qu'ils disent : « mais c'est bien là que j'ai mal, à cette dent qu'ils m'ont opéré, et ne dites pas que c'est ailleurs parce que c'est là ». Alors que, quand on les écoute, c'est évident qu'il y a d'autres facteurs. Donc tout le problème est de voir si on leur impose, la première fois, d'être évalué globalement, y compris par des psychologues. Mais dans ce cas (et c'est le cas d'un grand nombre de patients) ils n'adhèrent pas, ils refusent et puis ils se sauvent parce qu'ils se sentent agressés, violés dans une partie dont ils n'ont pas encore conscience. Alors ce qui est le mieux, c'est que le médecin qui les reçoit ne soit pas dupe de ces nombreux facteurs : il doit bien les identifier et il doit faire évoluer le patient pour lui permettre d'explicitier peu à peu sa condition de manière à ce que, après, il pose vraiment sa problématique. C'est à dire que, au-delà de la plainte, il élucide la demande qui est loin d'être explicite, et, donc, étant implicite, n'est pas exprimée. Le somaticien doit être au courant de comment parler au patient, de comment pouvoir l'accompagner à expliciter ses problèmes pour ensuite bien l'aider avec la meilleure formule thérapeutique.

Au fond si vous avez ces douleurs-là, au-delà des facteurs inflammatoires qui pourraient exister, c'est qu'il y a d'autres facteurs. Si vous voulez, dans la compréhension de la problématique du patient, nos collègues rhumatologues [hors du Centre de Cochin] vous

décrivent des douleurs mécaniques, et tout problème est mécanique. Mais si j'utilise des moyens mécaniques, ça tombe à plat. La moindre chose qu'on fait avec la douleur c'est, bien sûr, de savoir très bien analyser au niveau somatique. Ensuite, en connaissant bien les caractéristiques somatiques, on détecte très vite les composantes d'origines non somatiques qui interfèrent avec les problèmes que présente le patient. Et c'est clair, pour les problèmes d'ordre psychologique, ce n'est pas une pilule ou une infiltration ou des aiguilles qui changent les choses. C'est tout le problème de l'abord du patient, puisqu'il faut savoir aborder les différents niveaux avec du tact, avec aussi une certaine empathie : que le patient ne se sente pas rejeté. Et il faut savoir moduler les moyens thérapeutiques, et ces moyens ne sont pas nécessairement des moyens, *stricto sensu*, médicaux.

(Chef du Centre, F-4)

Cette longue citation de notre entretien avec le chef du Centre soulève plusieurs observations par rapport à l'approche au malade. Elle éclaire le travail du médecin acupuncteur tel que nous avons pu l'observer pendant ses consultations. Nous allons maintenant montrer comment les patients sont pris en charge, quelle est la conception de ce médecin par rapport à son travail et quel est le discours qu'elle tient au moment des séances d'acupuncture.

2.b.3. Le contexte de travail du médecin acupuncteur

Tous les patients du Centre y arrivent après une ou plusieurs consultations chez leur médecin traitant. En effet, le Centre n'accepte que les malades qui présentent une lettre d'introduction de leur médecin traitant. Le plus souvent, il les envoie au Centre d'évaluation et traitement de la douleur après une longue liste d'essais thérapeutiques, des échecs le plus souvent.

On ne voit que des malades chroniques qui ont beaucoup souffert et qui ont déjà fait recours à plein de traitements sans résoudre leur problème.

Un médecin traitant est dépassé parce qu'il ne sait plus quoi faire...On est en dernière chaîne thérapeutique.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Le même médecin quelques jours plus tard me répète :

Vous voyez, les malades que j'ai, c'est que les neurologues ont déjà travaillé dessus, les médecins anti-douleur occidentaux. Et quand ils n'y arrivent pas, il disent : "Bon, vous avez le choix entre le psychiatre et l'acupuncture". Alors les gens préfèrent l'acupuncture. J'ai des malades qui ont des maladies chroniques, des douleurs chroniques et, en plus, que personne ne veut traiter. Donc, moi, je récupère ça : des cas extrêmes. Voilà la panoplie de ce que je fais...

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Les maladies et les douleurs chroniques sont au cœur des soins proposés dans ce Centre dont les demandes sont nettement plus nombreuses que les places disponibles :

Il y a une liste d'attente très longue, et nous devons faire un peu barrage, si vous voulez : une sorte de filtrage. Nous essayons de prendre des malades qui ont mal depuis longtemps et non des malades qui ont mal un peu...

(Chef du Centre, F-4)

Comme nous l'avons dit précédemment, le médecin acupuncteur travaille dans le Centre deux jours par semaine. Elle reçoit des patients qui lui sont envoyés par des collègues en cabinet ou de l'hôpital ou, dans certains cas, par d'autres Centres de la douleur.

Souvent, pour certains patients, je demande à un autre collègue qui peut peut-être faire quelque chose avec l'allopathie. Mais, la plupart du temps, s'ils demandent l'acupuncture, je les prends. Cela dit, quand je doute d'un diagnostic et que je pense que l'allopathie pourrait être mieux je le passe à Jean ou Serge : ils regardent et on fait une co-thérapie, je l'ai fait plusieurs fois avec Jean pour des fibromyalgies. On travaille en équipe...

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Bien que, parfois, elle travaille de façon « co-disciplinaire » avec ses collègues allopathes, face à ses propres malades, le médecin acupuncteur prend le plus souvent en charge la problématique que chaque patient lui soumet.

Le Centre est organisé de manière à ce que chaque médecin dispose d'un ou de plusieurs cabinets pour ses consultations. Le médecin acupuncteur, toujours en blouse

blanche, qu'elle porte souvent ouverte, se déplace rapidement d'un cabinet à l'autre, emportant parfois avec elle un bâton de moxa dans ses poches mais toujours des aiguilles stérilisées de plusieurs tailles sous blister. Elle se montre toujours souriante bien qu'avec un air décidé.

Grâce à la description qu'elle nous donne de certains cas cliniques et nous appuyant sur la description des consultations observées, nous montrerons la façon dont elle conçoit sa relation avec les malades dont elle a la charge. Rappelons-nous que le contexte d'échanges « co-disciplinaire » dans lequel l'acupuncteur exerce, reste un cadre de travail de service hospitalier, bien qu'avec l'approche envers la maladie soit un peu à part si on la compare à la médecine conventionnelle pratiquée dans la structure publique. Nous avons aussi montré que ce médecin acupuncteur revendique sa formation de bio- médecin et sa pratique comme médecin conventionnel (dans le cas de son travail à l'hôpital Lariboisière).

Une des questions fondamentales de notre travail se pose ici avec acuité. Selon ce praticien, quelle relation existe-t-il entre ces deux conceptions du corps et de la maladie ? Pouvons-nous parler de deux médecines complémentaires ? Et encore, comment peut-elle être médecin acupuncteur et en même temps médecin allopathe ?

Moi je pense que la médecine est une. La médecine est la médecine. Et n'est pas orientale, occidentale, au fond sont toutes les mêmes, ces sont des moyens différents qu'on utilise pour que l'autre soit guéri (entre parenthèses, je dirais plutôt que l'autre soit soulagé). En effet, j'ai toujours pensé qu'un médecin console beaucoup, il guérit quelques fois ! Je parle à mes malades, j'explique toujours tout quand ils arrivent. L'important c'est l'accueil, c'est la chaleur, c'est l'apaisement, c'est les rassurer. C'est pour ça que je trouve que cette attitude fait 50% de la médecine. Pour faire une bonne médecine, vous avez 50% de sympathie, de reconnaissance, de compassion. Après vous avez 25% de savoir, après vous avez 25% d'intuition et de psychologie. Mais pour être un bon médecin il faut avoir ce 50% d'aptitude initiale.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

La médecine est une, son but c'est d'apporter une aide, la plus efficace pour le soulagement, le bien-être, voire la guérison, du malade. Entre autres, avec les argumentations avancées par ce médecin, l'efficacité de l'acte thérapeutique, que ce soit la piqûre ou la prescription de médicaments, est remise en cause. Ici la médecine, au sens

large, trouve la justification de son efficacité dans le processus suivi et dans l'accompagnement du malade sous une forme d'accueil, de partage, d'empathie. Le savoir médical semble être limité par rapport à l'importance de la qualité de la relation médecin/patient. Malgré cela, la nécessité d'une double formation est revendiquée, bien que, comme nous l'avons montré précédemment, il n'y a pas, dans le discours de ce médecin, de division quantifiable du point de vue épistémologique entre les compétences de la médecine conventionnelle comparées à celles de la médecine chinoise.

Quand on parle des différences et de la relation entre la médecine occidentale et la médecine conventionnelle, je pense qu'une s'offre à l'autre. Il n'y a pas vraiment une limite. C'est pour ça que c'est important d'être un médecin, d'avoir les deux formations et de pouvoir offrir quelque chose de sérieux, d'être performant.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

La double formation médicale est donc un élément déterminant qui augmente la performance du médecin et lui permet d'exercer en milieu hospitalier une médecine pleine d'atouts et à l'écoute des exigences du malade. Or, il est très souvent difficile de déterminer si la stratégie thérapeutique basée sur la médecine chinoise doit être privilégiée par rapport à un traitement de médecine allopathique conventionnelle, ou l'inverse.

Ce médecin nous décrit comment se différencie son travail dans les deux différents contextes hospitaliers :

Comme médecin avec une double formation, quand je suis à Cochin [Centre d'évaluation et traitement de la douleur] je ne travaille qu'avec l'acupuncture. A Lariboisière [Centre d'urgences céphalées] je ne peux pas parce que les gens y viennent pour leur mal à la tête : ils viennent pour résoudre ça, et ce n'est donc pas des moyens qu'ils exigent, ce sont des résultats. Dans le cas des urgences je ne peux pas dire "on attend, on fait ceci, cela" puisque nous devons être efficaces tout de suite, nous devons soulager tout de suite. C'est un peu comme en chirurgie esthétique : il faut être joli immédiatement, c'est la finalité de la consultation. Dans le Centre d'urgences céphalées c'est pareil, je ne peux pas obliger les gens à faire de l'acupuncture, tandis qu'au Centre d'évaluation et traitement de la douleur, les patients ont choisi l'acupuncture.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Nous trouvons ici la construction d'un discours qui relève de la responsabilité du médecin et de la nature contractuelle de la relation médecin/patient selon le droit médical. En effet, dès 1936, la Cour de Cassation a établi que la responsabilité du médecin est de nature contractuelle¹ et que la nature contractuelle de cette relation est normalement réglementée par un principe de moyens² ; le principe d'exception ne s'applique que très rarement. Généralement, la responsabilité du médecin vis-à-vis de son malade s'établit dans un cadre d'une obligation de moyens : le médecin s'engage à proposer à son malade les moyens qui peuvent apporter les meilleures améliorations possibles et aboutir à des résultats, bien qu'il ne puisse pas s'engager sur l'issue de la cure. Les situations d'obligation de résultat sont plus rares et se réfèrent à des circonstances où le médecin promet d'obtenir un résultat (la chirurgie esthétique par exemple) ou d'exécuter un tel acte médical (un obstétricien qui promet de suivre un accouchement).

Ces deux cas de figure énoncés en milieu légal s'appliquent à l'un et l'autre des contextes de travail de notre médecin acupuncteur. La situation de travail du Centre Urgences Céphalées implique un engagement dans la pratique qui se réfère à la condition légale de l'« obligation de résultat », tandis que, dans le Centre d'évaluation et traitement de la douleur, où la contrainte de l'urgence n'existe pas, la responsabilité du médecin reste du domaine de l'« obligation des moyens », comme dans la plupart situations de relation patient/médecin.

Pour revenir au médecin face à ses malades :

Quant à ma tendance naturelle je pense correspondre au travail que je mène à Cochin où je ne fais que de l'acupuncture, parce que, en conditions normales, sans urgence, vous avez vis-à-vis des malades des devoirs de moyens.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Ces devoirs de moyens se traduisent en une médecine plus « humaine », une médecine qui s'occupe du patient comme personne qui souffre, ce qui prend alors le pas sur la définition précise de sa pathologie. Pourtant, le médecin souligne à nouveau à quel

¹ « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat...et la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature » Cass. civ. 20 mai 1936

² « l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conforme aux données acquises de la science » Cass. civ. 20 mai 1936

point les deux approches occidentale et chinoise sont imbriquées dans sa pratique médicale :

Il y a une médecine qui traite l'autre avec humanité. Au fond, je pense qu'il n'y a qu'une seule médecine. Cela dit on peut avoir une médecine occidentale, faire des scanners, des analyses : c'est bien, mais la façon que j'ai de les faire est différente. Et, en effet, comme vous le voyez, j'ai beaucoup des malades qui ont besoin de ce geste d'amitié. Tous les malades ont besoin de ce geste, surtout dans un centre de douleur où ils sont là depuis des années et ils y crèvent. J'ai eu un malade qui a vu 23 médecins avant de venir me voir, 23 médecins !

(Médecin Acupuncteur, F-2)

2.b.4. La prise en charge du patient

Maintenant, nous allons voir comment le médecin instaure concrètement son « contrat d'obligation » vis-à-vis de ses patients et comment elle travaille pendant ses séances d'acupuncture. Pendant l'un de nos entretiens, elle nous parle de l'une de ses patientes :

Je vous donne l'exemple d'une femme qui est venue me voir pour une très forte douleur aux hanches. Après un entretien, j'avais bien compris que cette douleur l'empêchait d'avoir une vie normale de femme, de grand-mère et d'épouse. J'ai décidé de m'en occuper avec l'acupuncture. Je l'ai donc piquée et, en fin de compte, au bout de quelques semaines elle n'avait plus mal. Seulement, elle est revenue quelques semaines après avec une dépression terrible, mais vraiment terrible !

Nous avons bavardé encore un peu et je me suis aperçue que cette douleur était son seul moyen de communication avec son époux, que je lui avais enlevé cette douleur et que donc elle n'avait plus de communication avec son mari. Le fait d'avoir fait disparaître cette douleur lui a causé une dépression terrible. Je ne comprenais pas. C'est seulement quand nous en avons parlé, qu'elle m'a raconté. Et je me suis aperçue que cette femme avait quatre enfants. Les enfants ont grandi. Elle est restée seule avec son mari et alors là elle s'est rendue compte de la relation avec son mari. Elle m'a dit, « je le savais quand je me suis mariée avec lui qu'il ne parlait pas beaucoup, mais je pensais pouvoir le changer un peu ». Et moi, de mon côté, je lui ai dit, « les gens ne changent pas comme ça ! » Et elle continuait à me raconter : « mais si vous voyiez, Madame : chez moi, c'est une tombe ! » Et comment vous voulez que les gens aillent bien... quand elle me dit ça j'ai compris : c'est une tombe chez elle. Et elle n'avait aucune raison de vivre, d'aimer plus rien. Je me

suis rendue compte qu'elle vivait avec quelqu'un qu'elle ne connaissait pas, qui ne lui parlait plus : il n'y avait plus de communication. Elle avait cette douleur pour communiquer.

Et alors j'ai demandé au mari de venir avec elle à une consultation et pendant que je la piquais, j'ai parlé ici à son mari et je lui ai dit : « écoutez, il faut que vous vous occupiez de votre femme, sinon ça n'ira jamais. Vous avez une soixantaine d'années. Est-ce que vous avez des relations avec votre femme ? ». Et lui « ah, bah, non, elle a toujours mal et on ne peut pas... rien, plus jamais depuis je ne sais pas combien de temps... » J'ai donc dit : « mais à 60 ans, on peut encore ! » et lui « non, elle a mal » et j'ai dit « elle a mal là où il ne faut pas ! Ce n'est pas pour rien ». Alors je lui ai dit : « Ecoutez, il faut la faire sortir : elle aime la musique, il faut l'emmener au concert, ça ne vous coûte rien, mais ça changerait sa vie... ». Effectivement, il a essayé. Il a fallu un an. Mais au bout d'un an, elle m'a dit : « écoutez madame, j'arrive à faire l'amour avec mon mari ».

A 60 ans, elle n'a plus mal. Donc, voyez... Il n'y a pas que l'acupuncture, j'en suis sûre, mais vous voyez, l'Homme est un tout. L'Homme n'est pas seulement une douleur : la douleur, elle exprime ce mal-être et, si vous êtes un bon médecin, si vous voyez la cause, vous utilisez votre métier quelle que soit l'origine de cette douleur. Là, la cause, c'était simple : c'était simple de dire « couchez avec votre femme » et c'était comme ça, et elle a été beaucoup mieux après, elle est guérie !

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Ce témoignage est long mais il nous dit beaucoup sur la façon dont ce médecin approche ses malades. Le cas présenté ici nous a été cité comme l'un des exemples classiques de son travail au quotidien. Le médecin consacre du temps à l'interrogatoire de ses patients, elle instaure une atmosphère détendue, elle le met à l'aise et transforme le moment du diagnostic en ce qui pourrait ressembler à une conversation empathique avec le malade. Le médecin « bavarde » avec son patient bien qu'aucune ambiguïté ne survienne dans les rôles mis en place. Cela permet au médecin de dépasser la douleur en tant que simple symptôme. Nous voyons effectivement le médecin en train d'observer la complexité du malade -considéré comme une personne- dans sa relation avec son propre corps. Elle soigne la douleur, mais elle est obligée de considérer à quoi cette douleur se réfère, pourquoi elle est là. L'attention dépasse les symptômes (dans ce cas la douleur dans un premier temps, la dépression ensuite) pour toucher à ce qui découle de la situation présente. La prise en charge de la personne malade ne se réduit pas à l'acte de la pose d'aiguilles mais devient une consultation où les aspects personnels sont pris en

considération, non seulement au moment du diagnostic et du choix thérapeutique, mais ils font également partie de la thérapie elle-même. Le médecin convoque le mari de sa patiente. Cette décision implique que la vie privée de sa malade devienne partie de sa consultation et, en faisant ainsi, le domaine d'intervention du médecin s'élargit. Le travail du médecin acupuncteur devient une consultation avec un champ d'investigation élargi : elle dit « l'homme est un tout ». Il s'agira d'une prise en charge « globale » du patient et pas simplement d'une consultation pour une douleur locale.

Voyons maintenant, plus en détails, comment se déroule une séance d'acupuncture avec une patiente suivie par le médecin depuis quelques semaines. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-six ans qui souffre de migraines. Le médecin, en rentrant dans la salle où la patiente l'attend allongée sur le lit, lui dit :

Médecin : Bonjour ! Alors les douleurs ?...

Patiente : Cette semaine, c'est l'horreur !

Médecin : C'est l'horreur ? [Elle se rapproche de la patiente pour lui prendre les pouls]

Patiente : ...Alors, à part hier, cette semaine : tous les jours, tous les jours, tous les jours...Comme je ne travaille pas, je ne vous ai pas appelée, mais j'ai passé toute la semaine à dormir et ça ne va pas...

Médecin : ça doit être un effet de 75-50, ce doit être cet effet-là, mais quand même, le plus dur est passé. On ne va pas en rajouter, ça va être trop difficile après d'enlever.

Patiente : Ah, oui, oui...

Médecin : [Elle s'adresse à nous] Je fais un sevrage de Laroxil parce que cette dame est au Laroxil 75 ml depuis qu'elle a mal. Ils l'ont mise là-dessus et on essaie de la sevrer pour qu'elle puisse mener une vie normale. Le Laroxil l'a faite grossir...

Patiente : 8 kilos en un mois !

Médecin : Et puis elle ne peut pas vivre avec du Laroxil tout le temps.

Patiente : Eh oui, parce que j'ai l'impression d'avoir pris 10 kilos et 40 ans de plus tout d'un coup.

Médecin : Et puis, en effet, quand vous travaillez avec 75 ml de Laroxil vous êtes un peu dans les vapes. Je ne sais pas si vous êtes dans les vapes, mais ?...

Patiente : Oh oui, j'y suis : pendant les réunions je m'endors ...

Médecin : Alors j'essaie, on a fait un essai en passant de 75 à 50, et alors, la première semaine ça allait, il n'y avait pas une grosse différence. Mais après, vous avez eu

une compensation qui fait que vous avez mal. Mais je pense que c'est un effet de compensation et qu'on doit tenir bon. On ne se précipite pas dessus, on peut tenir bon.

[Elle s'adresse alors à nous] C'est pour ça que je la vois toutes les semaines : pour essayer de faire un travail de fond, parce que j'en ai assez qu'on ne s'occupe que des symptômes.

[Elle s'adresse à la patiente] Vous voyez, tout ça, ce sont des symptômes, tout ça c'est quelque chose qui est à l'intérieur et qui est un facteur déclenchant tout le temps. Si vous déclenchez tout le temps, après vous courez, après, ce ne va pas ! [Après avoir sorti les aiguilles de sa poche, elle commence à chercher les points à piquer] ...Ah, mais on vous a battue !

Patiente : Non, je me suis cognée contre un meuble et je marque très facilement, et ça c'est le chien de mes parents...

Médecin : [Elle s'adresse alors à nouveau à moi] Donc, ensemble, on cherche une solution, une solution de longue haleine et non pas une solution qu'un médicament va donner. On recherche la solution : quelle direction on va prendre dans la vie : parce que le vrai problème, ce n'est plus « j'ai mal », mais « dans la vie ça va mal ». Hein ?

Patiente : Et oui, c'est vrai que, à force, je ne vis plus...

Médecin : Donc, un métier qui n'est pas ...[Elle se retourne vers moi pour m'expliquer] Madame B. est multilingue, elle est polyglotte. Elle se retrouve dans un truc de gestion de personnel. Or, le personnel, c'est toujours difficile à gérer. Donc, elle déclenche tout le temps...

Patiente : Eh oui, 45 heures de stress tout le temps, là c'est 45 heures environ et ce n'est pas les heures de présence, c'est vraiment les heures de travail stressant...

Médecin : Pendant cette semaine vous ne travaillez pas. Donc, d'habitude avec ce stress vous avez un tonus, vous avez une vasoconstriction importante de la tête, de vos vaisseaux. Et quand c'est une semaine où vous n'avez pas le même rythme régulier que d'habitude, vous avez une chute de tonus, et une vasodilatation plus intense. Donc, ça peut expliquer votre migraine, parce que tous les migraineux c'est le samedi et le dimanche qu'ils ont mal, pas pendant la semaine. Il y a un relâchement, et dans ce relâchement tout ressort.

Patiente : Oui, oui, tout ressort...

Médecin : Donc, moi je ne remets rien et on va voir si ça va mieux la semaine prochaine. Alors, on diminuera encore un peu.

Patiente : D'accord.

Médecin : D'accord, on fait comme ça ?

Patiente : Très bien.

Médecin : Et puis ensemble on voit une solution, mais une solution de vie, pas une solution « qu'est-ce qu'on va faire comme traitement, comme médicament ? » Moi, avec le traitement, je peux toujours vous aider, mais c'est à deux qu'on peut changer de direction : il faut que vous fassiez une formation continue, une formation de ce qui vous plaît. Parce que, quand vous travaillez 10 heures, 8 heures par jour, et que vous faites ce qui ne vous plaît pas, votre vie est fichue ! Bah !

Patiente : Mais oui, ça c'est absolument vrai, et, en plus maintenant la migraine me tombe dessus !...

Médecin : Et ça, c'est un cercle vicieux : la migraine fait que vous faites moins votre travail et moins vous faites votre travail plus vous avez de... Il faut rompre, moi j'ai rompu en disant, donc maintenant c'est à vous de chercher quelque chose d'autre, quelque chose qui vous aille bien, retravailler je ne sais pas, moi, je vous avais conseillé une formation.

Patiente : Oui, j'ai un peu cherché sur Internet, mais c'est vrai que avec ce travail...

Médecin : Oui, ça ne peut que s'aggraver, ça ne peut pas faire autrement... Je trouve que vous êtes même très courageuse...

Patiente : Euh, j'essaie...

Médecin : Non, c'est vrai... [Soudainement avec un tout autre ton elle dit] Et du point de vue du cœur ?

Patiente : Boff ! On ne se voit quasiment plus. Donc, pour l'instant, ça va.

Médecin : [Elle rit] Comment, on ne se voit quasiment plus ? Vous ne vous entendez plus ?...

Patiente : Parce que nous ne nous entendons plus du tout et, comme en ce moment, c'est le foot, il va chez des amis et il regarde le foot. Et moi je reste tranquille à la maison .

Médecin : [Elle rit à nouveau] Ça non plus ce n'est pas bien, là aussi il y a quelque chose qui ne va pas !

Patiente : Et non ! Ça aussi c'est quelque chose à résoudre, il faut que je cherche un appartement et c'est vrai que jusqu'ici, je n'ai vraiment pas eu la force...

Médecin : Chaque chose en son temps. Le plus urgent, c'est que vous ayez un travail qui vous plaise bien, parce que c'est là que vous passez le plus de temps. Puis votre ami, tu le vires, tu ne le vires pas : on verra bien ! [et elle rit...]. Donc, je vous laisse, je vais voir de l'autre côté et puis on se parlera encore un petit peu¹...

(Consultation au Centre d'évaluation et traitement de la douleur, hôpital Cochin)

¹ Dans cet entretien, le médecin s'est exprimée en alternant le vouvoiement et tutoiement. Nous avons choisi de le transcrire en vouvoiement uniquement. Cela dit, il importe de souligner qu'elle utilisait parfois le « tu » afin d'augmenter l'empathie avec la patiente.

Dans le déroulement de cet entretien, plusieurs composantes de la relation médecin-malade et du travail du médecin acupuncteur, que nous avons déjà mentionnées, apparaissent clairement. Comme dans d'autres situations, le premier but de cette thérapie est de soulager la patiente de son mal de tête et de limiter l'absorption de médicaments (qui entraînent des effets secondaires). Cependant, le médecin dit explicitement que son véritable objectif n'est pas simplement d'aider la jeune fille à contenir la prise des médicaments, mais de trouver avec elle « une solution de vie », une solution qui puisse lui permettre de faire disparaître la pression constante dans son milieu de travail qui lui cause ses crises de migraine récurrentes. Nous notons qu'ici, comme dans le cas précédent, la démarche du médecin part de la prise en charge de la douleur en tant que symptôme, pour atteindre les problématiques personnelles qui sont la cause de cette douleur. Pour cela, le médecin interroge la malade sur sa vie personnelle (le travail, les amours...) avec beaucoup de liberté et une sorte de simplicité qui lui permet, ensuite, de donner des conseils à sa patiente.

Nous pourrions en conclure que ce médecin devient tour à tour, vis-à-vis de ses patients : maman, copine, conseillère, médiatrice dans les relations familiales, etc... Il est toutefois à remarquer que, pendant ses consultations, elle n'hésite pas à expliquer à ses malades ce qu'elle est en train de faire. Ainsi, elle me dit :

J'explique toujours tout aux malades, quand ils arrivent, et pendant que je les pique.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Et pendant une consultation, elle parle au patient en lui disant :

Pour vous, la céphalée c'est un déplacement d'énergie, vous vous videz ici [elle indique le bas du corps] et vous prenez ici [elle indique le haut du corps, la zone de la tête]. Quand il y a un trop d'énergie, qu'on appelle perverse, vous n'évacuez pas et elle stagne ici [dans la région de la tête]. Donc, mon travail, c'est de ramener l'énergie vers le bas. C'est très simple l'acupuncture, quand il y a un plein, on fait le vide ; quand il y a un trop plein on harmonise. Je vous ai piqué sur des points de sortie de l'énergie.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Puis en s'adressant à moi, le médecin m'explique son travail :

Le pouls, la langue, je les regarde toujours. Le pouls, je le prends toujours, mais j'ai un traitement systématique. Il y a des points que je pique toujours le 4 GI [Gros Intestin] je le mets toujours. Puis, après, je choisis selon le type de migraine, selon la localisation et selon les signes d'accompagnement. Quand ça s'accompagne de nausée ou de vomissement et si c'est frontal, je piquerais plutôt le *Yang Ming*, le méridien de l'estomac. Quand c'est un truc temporal, je piquerais plutôt le *Shao Yang*, parce que c'est la zone de la vésicule biliaire. Quand c'est plutôt nuchal, occipital, je m'en prendrais plutôt au *Tai yang*, la vessie. Je fais toujours le 36 E [Estomac] avec le 3 F [Foie] parce que le 36 E, normalement, est un truc qui guérit tout, qui soulage tout. Associé avec le 3 F c'est très relaxant. Et c'est souvent le Foie, avec le feu du Foie qui remonte.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Il est intéressant de souligner que, pendant toutes ses consultations, le médecin reste à côté des patients. La plupart du temps, elle reste debout à côté du malade en gardant presque tout le temps un contact physique avec lui. Après une brève entrée en matière, elle demande au malade si elle peut lui prendre les pouls. Puis elle l'invite à s'allonger sur le lit (parfois elle prend les pouls quand le patient est déjà allongé). Tout en continuant à parler, elle cherche les points à piquer en appuyant sur les zones douloureuses ou en repérant la position exacte des points qu'elle utilise le plus fréquemment. C'est ainsi qu'elle souligne l'importance du contact physique :

Il y a surtout ce contact physique, il y a des vieilles mémés qui craignent...et elles attendent un geste, un geste de compassion, d'empathie, il faut ce geste sinon on n'arrive à rien. J'ai des résultats qui sont très bons, mais c'est beaucoup de compassion, d'empathie.

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Et encore :

L'avantage de notre métier c'est que c'est un métier manuel : on a quand même un contact avec le malade, quand il arrive je prends toujours son pouls. Le toucher permet un contact, alors que d'autres médecins les regardent de loin et donnent une ordonnance, un point c'est tout. Chez nous [les médecins acupuncteurs], le malade est touché et je crois que ça, c'est très important : on imprime une certaine énergie, une certaine force. Je me

rends compte que, quand je suis fatiguée et que je soigne le malade, j'ai moins de résultats que quand je suis en pleine forme. Quand je suis bien, il y a un genre de force positive qui se dégage...

(Médecin Acupuncteur, F-2)

Ce médecin considère le contact physique avec le patient comme quelque chose de très important. Elle l'a souligné plusieurs fois, l'empathie envers les patients est fondamentale pour une bonne réussite de la thérapie. Ce dernier témoignage est d'autant plus précieux que les médecins généralement interviewés n'expriment que très rarement leur ressenti et leurs difficultés dans la relation médecin-malade.

2.c. Conclusion

Nous avons consacré cette section à l'analyse de la pratique d'une acupunctrice qui travaille dans deux hôpitaux parisiens. Nous avons pu montrer comment l'acupuncture technique trouve une place dans un contexte de travail où la bio-médecine est largement dominante. C'est également le cas avec une médecine institutionnellement reconnue, la multi-disciplinarité mise en place dans les Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur, par exemple. Nous rappellerons ici les points fondamentaux que nous avons traités.

En ce qui les Centres d'évaluation et traitement de la douleur qui soignent les douleurs chroniques, nous avons vu comment ils ont été mis en place, quels sont leurs objectifs et quelles sont leurs modalités de fonctionnement.

Nous avons également évoqué le fonctionnement d'un Centre de thérapie de la douleur (le Centre urgences céphalées) qui prend en charge des cas d'urgence. En quoi diffère le travail d'un même médecin acupuncteur qui pratique dans les deux services : comment, dans son travail, les principes de base des Centres d'évaluation et traitement de la douleur semblent respectés. En effet, le médecin affirme y mener un « travail co-disciplinaire », en faisant parfois appel à ses collègues allopathes.

Nous reviendrons ensuite sur ce point¹, en montrant quelle est l'attitude des chefs de services par rapport au travail des acupuncteurs. Entre autres, dans son approche des malades, le médecin acupuncteur tient toujours compte des aspects psychologiques et

¹ Cf. : Chapitre V, p. 533-538.

socioculturels de ses patients, ce sont les éléments fondamentaux de ses consultations. Son travail est simple, il est basé sur l'empathie avec les malades et il semble congruent avec la manière dont le chef de service nous avait présenté le fonctionnement du Centre de l'hôpital Cochin.

Nous retrouvons ici, encore une fois, la problématique de la relation entre la médecine chinoise et la médecine conventionnelle, de la forme possible de dialogue entre ces deux univers.

3. Le travail d'un médecin acupuncteur dans les Centres d'Evaluation et Thérapie de la Douleur, Strasbourg

Après avoir présenté le contexte de pratique de l'acupuncture dans deux hôpitaux parisiens, nous allons introduire le travail de terrain que nous avons mené entre mars 2003 et décembre 2004 dans deux hôpitaux de Strasbourg. Comme pour le travail conduit à Paris, nous avons suivi un médecin acupuncteur qui travaille dans deux équipes de traitement de la douleur, nous avons assisté à ses consultations et comme dans notre terrain à Paris nous avons aussi rencontré et interrogé certains de ses collègues et le chef de service du Centre d'évaluation et traitement de la douleur dans lequel il travaille. De plus, pendant ses consultations, le médecin nous a permis de filmer certaines de ses séances d'acupuncture (voir DVD : « Clinique et recherche, France »).

Nous allons introduire notre travail par le témoignage du médecin acupuncteur qui nous permettra de présenter le parcours de travail et l'engagement professionnel de ce médecin.

...Alors, au niveau de l'intégration de l'acupuncture dans les hôpitaux, on peut dire que, depuis que je pratique l'acupuncture, j'ai toujours été intégré dans des hôpitaux ; dans des fonctions diverses, selon les nécessités financières et les projets de travail. Cela veut dire que quand j'étais à peine installé j'ai commencé à travailler dans un premier hôpital, un centre de traumatologie et orthopédie, où j'ai exercé comme vacataire sur les douleurs post-opératoires, sur ce qu'on pouvait faire en rééducation pour aider les patients à retrouver le plus rapidement une mobilité. Ensuite, il y a eu un problème de financement et forcément, quand il y a ces problèmes dans les hôpitaux, ce sont quand même très souvent les choses que l'on considère comme accessoires qui disparaissent. Mais très vite, dans les six mois qui ont suivi l'interruption de mon travail dans ce centre de "traumato" j'ai trouvé un centre qui s'occupait de chirurgie orthopédique, et en particulier des problèmes de colonne - chirurgie de la colonne vertébrale. Là-bas j'ai eu à la fois une consultation, des gens qui venaient pour de l'arthrose, pour des douleurs ostéo-articulaires et en même temps je voyais les patients hospitalisés, en particulier pour des opérations à la colonne comme les cyphoscoliotiques : c'était une intervention en cas de scoliose grave où on leur cassait les vertèbres et dans un deuxième temps chirurgical on fixait à nouveau les vertèbres avec des tiges qu'on remplaçait tout au long de la colonne. Mais il y avait un temps de quelques jours où ces gens restaient en extension et avec des situations assez douloureuses, et là je faisais de l'acupuncture pour essayer de soulager et de détendre.

Tout ça il y a vingt ans à peu près. Et puis ensuite ce centre-là a connu la même fin que l'hôpital précédent, le service a été rattaché au C.H.U. et s'est progressivement fermé. C'était un très bel hôpital qui était au bord de la forêt. Et puis, quelques temps après, quand ça a fermé, j'ai été contacté par un gynécologue qui souhaitait savoir en quoi l'acupuncture pouvait l'aider à soulager les douleurs lombaires des femmes pendant l'accouchement. On a commencé par ce sujet bien précis : les douleurs lombaires pendant l'accouchement. Et une fois qu'il a vu, au bout de trois ou quatre mois que ça marchait bien, il m'a proposé de voir ce que je pouvais faire d'autre en acupuncture. C'est là qu'on a commencé à travailler en salle d'accouchement. Je dis "on" parce que j'ai réussi à emmener quelques collègues. Et puis j'ai aussi formé des sages-femmes. A ce moment là il y avait une des sages-femmes qui avait déjà eu une petite formation en acupuncture et on a formé sa collègue sage-femme. Au bout de six mois - un an de formation on s'est rendu compte que la formation pour les sages-femmes donnait de bons résultats et qu'en salle d'accouchement il y avait beaucoup de choses intéressantes à faire, qu'on avait des résultats surprenants. Donc à partir de ce moment-là on a mis en place une formation pour les sages-femmes et on a sagement chercher à préciser la formation en obstétrique pour les médecins, parce que parfois les médecins ne savent pas toucher à la femme enceinte. Pensez qu'il y a des points interdits chez la femme enceinte que souvent les médecins ne connaissent pas.

Donc pendant presque vingt ans, je me suis consacré surtout à la femme en salle d'accouchement, puis à la femme enceinte avant la salle d'accouchement, ensuite à la femme enceinte dans un service pour les problèmes de la grossesse et à la femme après l'accouchement, et enfin aux femmes en procréation médicalement assistée. Ensuite on a ouvert, depuis 7-8 ans, un centre des douleurs pelviennes chroniques où les femmes sont prises en charge à long terme, une fois toutes les trois semaines, par une équipe pluridisciplinaire. Chaque fois qu'elles viennent, elles sont vues par une psychologue, une gynécologue, des kinésithérapeutes et un acupuncteur. Et ça donne des résultats tout à fait intéressants. Ça ouvre des voies de recherche aussi tout à fait intéressantes. C'est ce travail qui nous a ouvert sur la fibromyalgie¹, parce qu'on s'est rendu compte que beaucoup de ces

¹ Définition de la fibromyalgie selon la médecine conventionnelle: « La fibromyalgie (FM) est un syndrome chronique qualifié de fonctionnel et caractérisé par des douleurs musculo-tendineuses diffuses, une asthénie, des troubles du sommeil. Des critères diagnostiques précis ont été établis en 1990 par l'American College of Rheumatology. Le syndrome douloureux qui caractérise l'affection est fait de douleurs axiales (trapèziennes, intervertébroscapulaires, lombofessières), d'algies périphériques diffuses avec sensibilité à la pression de points anatomiquement définis (minimum 11 points présents sur les 18 décrits), de polyarthralgies, et de myalgies à l'effort. Le spectre clinique comprend, outre la douleur, d'autres symptômes qualifiés de typiques, et parfois des symptômes "associés". Parmi les symptômes typiques, la fatigabilité et les troubles du sommeil sont ceux qui interviennent le plus sur la qualité de vie, avec la douleur... »

« Depuis « l'apparition » de la fibromyalgie à la fin des années soixante-dix, il y a eu de multiples publications ayant trait aux critères diagnostiques, qualifiés de tautologiques, aux recherches d'éléments

douleurs pelviennes chroniques étaient des débuts de fibromyalgie ou entraient dans le cadre des fibromyalgies. On s'est trouvé débordé par le problème des fibromyalgies... Quand on a commencé à faire des réunions de travail sur la fibromyalgie ou sur la douleur, les anesthésistes, les algologues de l'hôpital se sont intéressés à ce qu'on faisait, et comme j'avais déjà l'habitude de travailler avec des algologues depuis des années, on m'a proposé de participer ensemble à un protocole sur la fibromyalgie. Depuis un an et demi, on a ouvert deux nouvelles consultations en acupuncture en algologie. Donc, une consultation ici aux Hospices Civils - qui a lieu le vendredi après-midi - et la consultation dont on parlait tout à l'heure, la consultation de Haute Pierre, qui est une consultation aussi de douleur. »

(Médecin acupuncteur, F-20)

Dans un premier temps nous présenterons, avec plus de détails, l'activité du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme à l'hôpital SIHCUS- CMCO, nous nous attarderons ensuite sur la description du contexte de travail du médecin acupuncteur dans les hôpitaux universitaires de Strasbourg (les principaux hôpitaux de la ville sont des hôpitaux universitaires) à l'hôpital Haute Pierre et aux Hospices Civils et sa contribution au projet d'étude de fibromyalgies. Dans les conclusions on comparera l'analyse des trois contextes hospitaliers étudiés à Strasbourg, pour présenter ensuite notre travail conduit en Italie.

physiopathologiques organiques qui assoieraient « l'authenticité » de l'affection, et aux nombreuses propositions thérapeutiques dont il faut bien reconnaître qu'aucune n'est « miraculeuse ». Les controverses quant aux critères diagnostiques ne sont pas récentes [...]. L'absence de marqueur biologique ou radiologique objectif suppose de s'en tenir aux plaintes du patient ainsi qu'à des données de l'examen clinique pour porter le diagnostic, ce qui est d'ailleurs le cas d'autres affections comme la migraine dont la réalité clinique n'est discutée par personne... » Muller A, Rempp C, Kopferschmitt J, « Traitement médicamenteux du syndrome douloureux dans la fibromyalgie : de la physiopathologie à la thérapeutique » en cours de publication, p. 1-2

Les définitions de la fibromyalgie selon la médecine chinoise sont multiples, dépendant des études encore en cours, mais en ligne générale toutes sont d'avis que: « La maladie serait assimilable à un désordre appelé " le symptôme WEI ". La fatigue chronique, les douleurs généralisées et l'insomnie apparaîtraient sur un terrain fonctionnel fragile à partir duquel se développe la maladie proprement dite, affectant le système défensif " WEI ". La faiblesse du SHEN et la faiblesse de YIN de ces patients entraînerait un excès de YANG pathogène qui resterait "confiné à l'intérieur du corps " » produisant « un désordre énergétique généralise par excès de YANG se manifestant de manière erratique, intermittente et par poussée ». Koechlin Martie, *La fibromyalgie primaire et les méridiens distincts*, Thèse pour le doctorat d'état en médecine, 28 juin 2002, p. 51 et 139

3.a. Le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme de l'hôpital SIHCUS- CMCO

Le premier cas d'étude présenté pour la ville de Strasbourg porte sur un centre de traitement de la douleur interne à l'hôpital SIHCUS-CMCO (Syndicat Inter-Hospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg - Centre Medico Chirurgical Obstétrical). Depuis plusieurs années, dans cette structure hospitalière travaille un médecin acupuncteur qui, dans un premier temps, a fourni ses prestations au sein du service de gynécologie et obstétrique, et qui ensuite a fait partie de l'équipe du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme.

3.a.1.. L'hôpital SIHCUS-CMCO de sa naissance aux projets d'avenir

Le projet de construction du CMCO remonte à l'année 1955 quand le Conseil d'Administration de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Strasbourg souhaite réaliser une maison de santé aux portes de la ville (à Schiltigheim). La construction de l'établissement est motivée par l'absence de tout équipement hospitalier, une forte poussée démographique, un développement industriel considérable dans la périphérie Nord de Strasbourg. Les débuts des travaux de construction remontent au 1965 et il faudra attendre l'année 1972 pour que le recrutement du personnel commence. Le 2 novembre de la même année la Maison de Santé de Schiltigheim ouvre ses portes.

Une dizaine d'années plus tard le profil et la spécificité de l'hôpital commencent à se définir suite aux résultats cliniques. En 1983 débutent les premières tentatives de fécondations in vitro et, grâce au travail du professeur Dellenbach et de son équipe, en 1984 on assiste à la naissance du premier enfant en Alsace avec cette méthode de fécondation. La même équipe sera pour longtemps engagée dans la recherche des méthodes de fécondation in vitro en découvrant une méthode de ponctuation des ovules encore maintenant utilisée au CMCO et dans le monde entier.

Quelques années plus tard d'excellents résultats sont acquis aussi dans le domaine de la cardiologie.

A la fin des années 1980 l'hôpital se vante de plusieurs reconnaissances : le service de gynécologie-obstétrique obtient l'agrément comme centre de traitement des grossesses à haut risque, le service de fécondation in vitro obtient l'agrément comme service de procréation médicalement assisté.

C'est en 1996 qu'on assiste à un changement et à un renouvellement dans les spécialités et prestations du CMCO. Les services de chirurgie arrêtent leur activité à l'exception du service de chirurgie gynécologique et à partir du 1997 le CMCO ouvre de nouvelles activités liées au soin et soutien des pathologies féminines. En effet, cette année-là, sont créés les services d'hospitalisation de jour, une solution alternative à l'hospitalisation clinique classique. Pendant cette hospitalisation de jour les patients sont reçus sur rendez-vous et les interventions sont programmées, cela permet d'écourter l'hospitalisation pour certaines interventions et d'améliorer la qualité de certains soins autrement prodigués en consultations externes. C'est dans ce cadre et grâce à ce nouveau service que trouve place le travail du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme dont nous nous occuperons plus loin. L'année suivante voit l'ouverture de deux nouveaux services : l'Unité Kangourou et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). L'Unité Kangourou est ouverte dans le service de gynécologie obstétrique et utilise des méthodes provenant des pays peu médicalisés en substitution des couveuses. Ces services ont été introduits en France pour éviter la séparation de l'enfant prématuré de sa mère. Effectivement au lieu du séjour en couveuse pendant lequel le bébé est constamment éloigné de sa mère, on utilise la chaleur du corps de la mère pour permettre un meilleur développement de l'enfant. L'Unité Kangourou est donc aménagée pour permettre aux mamans de porter leur bébé sur le ventre 24h sur 24 en étant suivies médicalement et psychologiquement. Le HAD, service mis en place la même année que l'Unité Kangourou, a pour but d'élargir la prise en charge des patientes de gynécologie. Le service permet à une sage-femme, ainsi qu'à une puéricultrice, de se rendre au domicile des patientes, afin d'effectuer les examens nécessaires.

Dans la même année de création de l'Unité Kangourou et du HAD le CMCO est mis en place le Syndicat Inter-Hospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg (SIHCUS) avec le but de rapprocher et coordonner des activités du CMCO. Enfin, en 1999 on assiste à la création d'un nouveau logo pour le SIHCUS-CMCO et en 2001 à la suite de certains travaux de restructuration l'hôpital gagne un nouvel équipement de haute technologie (la salle d'angiographie numérisée). Mais en jetant un regard dans le futur du SIHCUS-CMCO, en 2002, trente ans après sa création, l'hôpital planifie d'importants travaux de renouvellement de sa structure. Ces travaux permettront à la fois de moderniser le plateau médico-technique, mais aussi de créer des nouvelles chambres individuelles avec plus de confort pour les patients. En plus il est prévu une mutation dans l'orientation future des activités du SIHCUS-CMCO, le service de cardiologie devant être transféré dans les

locaux du Nouvel hôpital Civil, ce qui entraînera un nouveau nom et une nouvelle image pour le SIHCUS-CMCO, lequel développera une structure adaptée à la prise en charge des problèmes de la femme, de la mère et de l'enfant.

3.a.2. Le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme

Le Service Gynécologique du SIHCUS-CMCO, comme nous l'avons montré a, depuis toujours, une vocation de centre de référence pour toutes les pathologies gynécologiques lourdes et complexes. Cette spécificité de l'hôpital a conduit l'équipe soignant les pathologies féminines à se poser des questions sur la fréquence et surtout sur la difficulté d'intervention dans les cas de douleurs chroniques (souvent pelviennes) chez les patientes. Ce fut le chef du service de gynécologie, qui après trente ans de pratique clinique s'aperçut de la fréquence d'importants problèmes psychologiques et de considérables somatisations pour les femmes atteintes de maladies de douleurs chroniques. Autour de 1992 il décida de commencer une collaboration avec une psychologue, pour montrer et vérifier le lien entre la douleur physique et des troubles psychologiques chez les femmes souffrantes. Après quatre ans de travail en coopération entre les deux spécialistes, les recherches ont abouti à la réalisation de deux instruments d'évaluation de l'état de la malade, un examen physique (dit bilan algométrique) et un test psychologique (dit bilan psychométrique). Ces deux outils, fondamentaux pour un diagnostic correct, restaient sans application concrète pendant encore à peu près un an, une réflexion ultérieure étant nécessaire pour comprendre quelle aurait pu être la meilleure façon pour suivre et intervenir dans ce genre de souffrance. C'est en 1997 que ce professeur décide de créer à l'intérieur de l'hôpital même un centre spécifique pour le traitement de la douleur pelvienne chronique.

Ce même centre, au début conçu comme traitant la douleur pelvienne en particulier, a dans les dernières années élargi son domaine de spécificité thérapeutique ajoutant « ...les troubles fonctionnels de la femme » dans son appellation.

3.a.3. Le travail du Centre : définition de la maladie, les malades, l'équipe, le fonctionnement du centre

Avec la définition de « douleur pelvienne chronique », autrement dite DPC, on désigne un symptôme douloureux amenant la femme à s'adresser au gynécologue qui est définie par

deux paramètres : « elle est localisé au pelvis de la femme [...] sa durée d'évolution est supérieure à 6 mois »¹ et ne présente pas une étiologie évidente.

Ce type de douleur se différencie des plus fréquentes situations de douleur pelvienne qui, dans la plupart des cas, grâce à une intervention médicale ou chirurgicale sont rapidement et efficacement guéris. La caractéristique de chronicité et l'absence de dysfonction physiologique conduisent à une situation d'impasse pour une approche de soin biomédicale vis-à-vis de ce type de souffrance.

Nous assistons à une sorte de double échec, du côté des médecins qui sont incapables de trouver une raison organique à ce malaise et qui doivent admettre une cause psychique pour ce trouble, et du côté des patientes qui, déjà souffrantes, se sentent non acceptées et non validées dans leur plainte. Ce cadre produit, dans un grand nombre de situations de souffrance, un phénomène de « shopping médical » (définition anglaise) – également dit « nomadisme médical ». Les patientes sont portées à s'adresser à tout genre de spécialistes ou thérapeutes à la recherche d'une solution à leur problème.

Parmi les patientes accueillies au Centre sont représentées toutes les couches de la société, et tous les niveaux d'études - aussi bien primaires que supérieures. Souvent le climat familial de ces femmes est très altéré avec conflits et violences verbales ou physiques et certaines situations personnelles sont caractérisées par un profond désespoir.

Ces patientes, au moment de leur entrée au Centre, ont donc normalement déjà bénéficié de plusieurs examens, traitements médicaux et chirurgicaux, souvent sans n'avoir obtenu aucune amélioration. Envoyées par un de leurs spécialistes ou ayant entendu parler du Centre elles y trouvent « une prise en charge globale de leur douleur »². Cela souligne une composante particulière dans le travail de diagnostic de l'équipe soignante, la reconnaissance et l'intérêt pour les situations personnelles, sociales et relationnelles de la patiente. Le fait de reconnaître certains déséquilibres psychologiques et, si on veut, psychosomatiques liés à la douleur amène les thérapeutes du centre à s'occuper de tous les corollaires de la vie présente et passée de la personne soignée.

Vis-à-vis des problématiques rencontrées la première attitude du professeur, avant la création du Centre, avait été la proposition d'un suivi psychothérapeutique pour les patientes. Cette solution montra rapidement ses faiblesses et son insuffisance, puisque très

¹ *Centre de la Douleur Pelvienne Chronique, Rapport d'activité 1997/1998*, p. 3.

² P. Dellenbach, Ch. Rempp, M.Th. Hearinger, Th. Simon, F. Magnier, Ch. Mayer, "Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique", in *Gynecol Obstét Fertil*, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2001, p. 237.

souvent les malades n'acceptaient pas d'affronter une thérapie psychologique voire psychanalytique pour soigner leur propre douleur. La nature et la durée de ce type de thérapie décourageaient les patientes et en certains cas des problèmes de linguistiques et culturels empêchaient les femmes d'amorcer un tel suivi médical.

Une solution alternative a du être mise en place :

La prise en charge de ces patientes est difficile et gagne à être multidisciplinaire, médicamenteuse, physique et psychologique. Il est possible que la *fibromyalgie pelvienne* soit une somatisation plus spécifique, qui exprime la difficulté voire l'impossibilité pour une femme d'assumer sa féminité (*dysmenorrhées*), sa sexualité (*dyspareunies diverses*) ou ses maternités (*infertilité*). La prise en compte de cette dimension fibromyalgique a conduit à proposer à ces femmes une prise en charge globale autant physique que psychologique et un centre de la douleur dédié au traitement de ces patientes a été créé sur le modèle américain¹.

La décision d'un travail thérapeutique coordonné et pluridisciplinaire a donc montré son caractère approprié pour affronter la situation pathologique.

C'est pour cela que dans le Centre se trouvent engagés dans le travail une psychologue, une gynécologue, trois kinésithérapeutes (dont chacun est maître d'une technique particulière) et, bien sûr, un acupuncteur.

Les patientes une fois adressées au Centre sont toujours reçues par la gynécologue et la psychothérapeute, les deux premières consultations obligatoires ont comme but de tracer un bilan clinique complet et approprié. Les patientes qui se trouvent dans les conditions requises pour une prise en charge de la part du Centre sont informées par l'équipe sur les modalités des prestations offertes et leur est proposé un temps d'attente et de réflexion avant le début de la thérapie.²

Une fois acceptées les conditions proposées, la patiente est reçue et hébergée dans le Centre une journée toutes les trois semaines. L'organisation prévoit une consultation avec tous les thérapeutes de l'équipe. Pendant la journée la patiente est suivie et écoutée avec ses exigences ; lui sont fournis les repas et une chambre ou une salle de repos selon les nécessités personnelles. L'idée a été de constituer

¹ P. Dellenbach, Ch. Rempp, M.Th. Hearinger, Th. Simon, F. Magnier, Ch. Mayer, *Ibidem*, p. 237

² Pour être surs de leur réelle détermination à entreprendre un ce type de thérapie. Les places disponibles sont limitées et il est donc dans l'intérêt du Centre de n'insérer parmi les patientes que des sujets motivés et disponibles pour le travail proposé.

...une structure mère particulière où la patiente prend ses marques : exemple – une patiente très active sur le plan professionnel a demandé que lui soit maintenue une sieste où elle ne veut voir personne – telle autre apprécie l'accueil, les sourires, les soins autour de sa personne et aime se promener dans les couloirs, telle autre apprécie d'être vue et revue plusieurs fois pour calmer son angoisse. Cette structure apporte à l'expérience infiniment plus que des interventions isolées. Elle exige également une grande ouverture d'esprit et beaucoup de créativité de la part des intervenants.¹

Ce qui permettra donc de mettre en place une activité multidisciplinaire :

La démarche proposée ici est d'emblée multidisciplinaire le but étant d'assurer une intégration, une réunification de la dyade soma-psyché. Ces conditions sont réalisées par une prise en charge globale, un même jour, en un même lieu, l'hôpital de jour, par une équipe. La patiente bénéficie lors de chaque séjour d'un entretien psychothérapeutique, de soins de médecine physique et d'une approche globale du corps selon les règles de la médecine chinoise traditionnelle avec thérapeutique acupuncturale...²

3.a.4. L'équipe du centre, le travail dans le discours des praticiens, la valeur de l'acupuncture au sein du centre

Nous nous sommes jusqu'à présent consacré à la description du travail du Centre en parcourant son histoire et en montrant comment celui-ci a construit son image. Nous avons effectivement fait référence aux documents et publications produites par l'hôpital SIHCUS-CMCO et par le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme.

Occupons-nous maintenant de signaler les spécificités du Centre et le fil conducteur de son travail, l'importance des différentes disciplines utilisées en coopération et la place qu'a pu, dans ce contexte, prendre la thérapie par acupuncture.

Nous avons précédemment montré comment le Centre est né grâce à la volonté du chef du service de gynécologie. Le même professeur aujourd'hui à la retraite, une fois terminé son travail a confié l'activité du Centre aux médecins et thérapeutes engagés. Un nouveau patron n'ayant pas été nommé, l'organisation de la structure, sa gestion, les projets

¹ Centre de la Douleur Pelvienne Chronique, *Rapport d'activité 1997/1998*, p. 13.

² P. Dellenbach, Ch. Rempp, M.Th. Hearinger, Th. Simon, F. Magnier, Ch. Mayer, *Op. Cit.*, 2001, p. 238.

pour le futur et surtout le choix du parcours thérapeutique pour les malades et les commentaires sur leurs évolutions sont partagés et discutés une fois par semaine par l'ensemble du staff¹.

En posant aux membres du Centre la question à propos de la présence ou de l'absence d'un directeur ou d'un responsable et sur la façon dont le travail s'agence, les réponses reçues vont toutes dans la même direction :

...Le travail s'organise d'une manière naturelle. On se retrouve tous un matin par semaine, mais au fond l'activité marche parce qu'il y a un accord et un bon respect entre tous.

(Médecin acupuncteur, F-20)

Il y a des rôles. Je crois que chacun a son rôle, bien dévolu. Moi je pense que j'apprends beaucoup au contact de Mme H. avec C.R., et après mon avis, il compte quand même. Je pense qu'il y a une espèce d'équilibre, il n'y a personne qui veut jouer au chef.

(Médecin gynécologue, F-6)

Oui, cet accord entre nous est quelque chose de tout à fait spécial. Il est dû à la personnalité de ceux qui font partie du groupe et à la façon que nous avons de travailler ensemble. Il dépend aussi du fait que moi je n'ai jamais voulu qu'il y ait des chefs. C'est moi qui a voulu que les choses se passent comme ça. Monsieur D. est parti en août 2000 il assistait avant à toutes les réunions et c'était lui le chef. C'était automatiquement lui le chef, parce qu'il était le chef du service, et parce qu'il avait monté cette structure et que ça lui revenait, mais il avait un très grand respect des compétences de chacun. Une fois lui parti, il n'y avait plus de présence physique de quelqu'un qui s'appelle chef. Le nouveau chef du service nous a beaucoup aidé, qui nous a accompagnés, mais il ne participe pas à l'activité du centre.

De mon côté je ne me suis jamais positionnée en tant de celui qui sait, je ne suis qu'une psychologue clinicienne compétente dans ma profession, à côté il y a, à côté je souligne, il y a Mr. R. compétent dans sa profession d'acupuncteur et dans l'utilisation de ses méthodes et de ses techniques; de même pour les kinésithérapeutes, et nous sommes

¹ Toute l'équipe se retrouve tous les mardis matins à sept heure et quart avant le début des activités avec les patientes pour la réunion et la discussion du travail.

dans une parfaite égalité, et dans le respect de ce que chacun a à dire, a à faire, mais, c'est très important, on garde sa liberté d'action.

Le matin de la réunion moi j'apporte ma pile des dossiers, et chacun apporte son travail, mais il n'y a pas quelqu'un qui dirige...

(Psychologue, F-9)

Ces témoignages indiquent bien la particularité de l'esprit de fonctionnement du Centre. Il s'agit en effet d'un contexte de travail rare. L'équilibre que y est instauré constitue un caractère propre du milieu étudié et puisque, étant lié à la présence de ces personnalités particulières et à l'accord synchronique des participants, et il aura probablement de grandes difficultés à se perpétuer dans le temps. Tout cela place le travail du Centre dans une situation unique et difficile à modéliser.

Le dernier discours cité, outre des éléments descriptifs de l'organisation interne, nous introduit à la façon dont le dialogue et le travail de coopération dans la pratique sont concrètement mis en place. Pour mieux comprendre dans quel contexte l'acupuncture a trouvé une place d'action et de coopération avec les autres systèmes et techniques de soin, il est donc nécessaire de saisir la spécificité de l'activité du Centre.

Les patientes viennent pour la journée, il s'agit d'hospitalisations de jour : le principe est une hospitalisation, dans un site unique, avec ce qu'on appelle structure mère ou enveloppante. Avec ça on se réfère à la prise en charge : nous leur servons à manger pour que vraiment elles se sentent câlinées par le système. A partir de là, le problème étant que le plus souvent les médecins précédemment rencontrés leur avaient dit, un peu partout, qu'elles étaient des malades psy et qu'il n'y avait pas grande chose à faire - c'est un peu dans cet état d'esprit qu'elles arrivent- nous on revalide leur douleur ou leur souffrance. C'est là qu'il faut faire très attention, attention entre la notion de douleur et la notion de souffrance, mais il n'y a pas des douleurs sans souffrance, puisque l'un et l'autre sont imbriqués, alors qu'il peut y avoir de la souffrance sans douleur. Et chez nous il y a les deux qui sont souvent associées et souvent c'est la souffrance qui a généré quelque part un syndrome douloureux. Et donc la prise en charge va être globale.

On va les cocooner, mais en même temps dans la journée elles doivent passer une heure chez chaque thérapeute. C'est à dire la psychologue, la gynécologue, le docteur C.R. qui pratique la médecine chinoise, et les kinésithérapeutes. Dans le travail il y a une évidente importance de la prise en charge physique. C'est tout d'abord la prise en charge de la douleur en tant que telle, avec sa validation, sa prise en compte et le fait de les cocooner;

il s'agit donc d'une approche de médecine non conventionnelle, puisque grâce à la micro kinésithérapie et à la médecine chinoise on ne peut parler que d'une approche globale.

Il y a donc trois approches : la validation avec la prise en charge physique passive pour le patient, ensuite une forme plus active pour la patiente. A ce propos c'est dommage qu'on a perdu une kiné qui faisait de la médecine chinoise, de la kinésithérapie chinoise, parce que c'était un élément très important; mais, on a retrouvé le même genre de résultat avec une forme de yoga qui est plus ou moins passive. Cela veut dire que la personne commence à avoir une participation physique très importante : au début le kiné fait beaucoup, le kiné fait presque tout, ensuite il fait une partie et enfin on ne lui propose que de l'accompagnement, on donne à la personne la capacité de se prendre en charge avec des exercices qu'on fait faire pour se libérer et pour cette pratique on a recours au yoga.

Peut-être le côté original de la prise en charge que nous proposons dans notre Centre réside dans l'intégration des aspects physiques. Il faut dire que tout ça est mis en place relativement accidentellement dans notre histoire parce que le professeur D. était un gynécologue clinicien et il a démarré le travail avec madame H., la psychologue. Ce sont eux deux qui sont à l'origine de l'ouverture du centre. Donc tout d'abord on travaillait avec une approche médicale et psychologique. Mais ils se sont rendus compte que le travail n'avancerait pas assez vite et que, quelque part, il y avait quelque chose qui bloquait. Ce fut à ce moment que madame H., qui avait eu une formation de travail pluridisciplinaire sur le corps, a demandé que des kinésithérapeutes et un acupuncteur puissent participer au travail.

(Kinésithérapeute, F-13)

L'approche globale, le travail d'équipe pour une reconnaissance et une validation de la souffrance, qui souvent s'exprime par le biais de la douleur physique, sont les données clés de ce travail. Tout ça dans un contexte de partage des expériences, des informations et des acquis par rapport aux patientes entre chaque thérapeute.

Cet échange interdisciplinaire qui concentre son attention à la personne souffrante émerge clairement dans le témoignage suivant :

...Voilà tous mes dossiers, pendant notre réunion du mardi matin j'écris au crayon en synthèse tout ce que les autres disent et chacun exprime son point de vue avec son langage.

Du coup moi j'intègre quelque chose de tout ce qui est dit. Même si ce n'est pas mon vocabulaire, ce ne sont pas mes études, ce n'est pas mon métier, mais j'intègre toujours quelque chose.

J'écoute ce que disent les kinésithérapeutes avec leur jargon, et moi, il y a des choses que j'ai à dire, et plusieurs séances après quand j'y repense... Ecoutez ! Ce que j'en tire c'est d'une cohérence totale, on retrouve le personne avec son caractère, ses problèmes ses difficultés et ses stratégies de souffrance pour les affronter.

C'est exactement la personne, d'une façon différente, avec un vocabulaire différent, mais c'est exactement la personne.

Là par exemple :

« ...pas structurée , défaut de structure, personne divisée en deux, mal être, pas de douleur ou rien, besoin d'une structure autour d'elle, c'est une personnalité pas structurée sans objectifs, elle ne bouge que quand elle est entraînée par quelque chose... » [Elle cite l'acupuncteur].

Qu'est ce que veut dire quoi tout ça ? Peut-être pour quelqu'un ça ne veut rien dire, mais dans mon cas ça me parle, ça me dit quelque chose. Chacun travaille avec un autre langage, avec d'autres techniques, d'autre médecine, d'autre compétence et on finit par retrouver la personne et on s'aperçoit qu'on travaille tous dans le même sens. Et ce sont souvent les patientes qui me le disent, elles me disent souvent : "comment vous faites ? Vous devez vous voir très très souvent, parce que vous dites tous la même chose", alors qu'on ne se voit pas beaucoup, on est débordé de travail et on se voit juste le mardi matin. Donc on n'a pas le temps de s'échanger des avis continuellement mais, malgré ça, on construit tous dans le même sens.

(Psychologue, F-9)

Nous avons montré les caractéristiques de cet accord entre les participants au travail du Centre. Examinons la position qu'occupe l'acupuncture en cette situation hospitalière et soulignons les caractéristiques des prestations du médecin acupuncteur qui sont utiles à ce genre de travail d'équipe.

L'acupuncture va dans ce cadre bien au-delà d'un simple placement, même parfaitement judicieux des aiguilles... Le traitement est appliqué en fonction d'éléments séméiologiques qui relèvent de la médecine traditionnelle chinoise. Pour le praticien formé à cette médecine, il existe une séméiologie différente de celle proposée par la médecine occidentale et cette grille de lecture des symptômes permet une approche plus globale de l'être. Douleur et souffrance ont dans ce cadre une autre dimension. En fait, malgré son langage, son mode de raisonnement et ses cadres cliniques propres, la médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture rejoignent plus souvent, même en empruntant

d'autres voies, des conclusions diagnostiques et thérapeutiques proches de celle des autres intervenants.¹

Cette description de la place de l'acupuncture au sein du Centre et de ses éléments innovateurs par rapport au diagnostic et à la thérapie occidentale est bien complétée par le « Rapport d'activité du Centre de la douleur pelvienne et chronique » :

Théorie et pratique de l'acupuncture :

Le Docteur [le médecin acupuncteur dont nous occupons] est médecin diplômé en acupuncture, biologie et médecine du sport. Il est depuis 15 ans coordonnateur et responsable régional de l'enseignement de l'acupuncture pour la Faculté de Médecine de Strasbourg. Sa connaissance et sa pratique de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) l'ont amené à superposer à sa pratique de la médecine occidentale une approche globale du symptôme et de son signifiant. La séméiologie en MTC permet d'approcher l'être par l'écoute des mots de sa parole et de décrypter les maux de son corps. De même, la thérapie prend en compte la globalité de l'être et ceci passe par l'écoute, le dialogue, autant que par l'acupuncture et les procédés manuels qui la complètent ou l'accompagnent.

L'acupuncture se définit difficilement en termes scientifiques occidentaux. L'état actuel de nos connaissances explique mal tous ses effets. Pourtant les théories des voies réflexes et des facteurs humoraux trouvent régulièrement de nouvelles confirmations, de nouvelles extensions.

Au-delà des mécanismes d'action encore inexpliqués du geste acupunctural, l'acupuncture présente la particularité d'une lecture séméiologique qui ne se superpose pas exactement à la lecture séméiologique occidentale. Sur de mêmes symptômes, médecine occidentale et médecine orientale ne font pas coïncider les mêmes cadres cliniques.

L'établissement d'un cadre clinique « oriental » à partir des symptômes majeurs dont souffre un patient nécessite l'apport de signes cliniques complémentaires dont la médecine occidentale se préoccupe peu ou auxquels elle donne un sens, une interprétation différente. Ainsi par exemple, l'examen détaillé du pouls, de la langue, ou encore l'importance accordée à la typologie, à l'attitude corporelle et au comportement, à l'état psychologique, mental.

L'intérêt de l'acupuncture dans une structure telle que l'hôpital de jour et ce service des douleurs pelviennes est double :

Un intérêt diagnostique : en posant un diagnostic selon une autre grille de lecture

¹ P. Dellenbach, Ch. Rempp, M.Th. Hearinger, Th. Simon, F. Magnier, Ch. Mayer, *Op. Cit.*, 2001, p. 239

des symptômes, l'acupuncture enrichit le dialogue entre les thérapeutes, ce qui ne peut qu'approfondir la compréhension du malade et de son expression pathologique. Douleur et souffrance prennent ainsi plus de dimension, donc plus de compréhensibilité et plus d'accessibilité à l'acte thérapeutique collectif.

Un intérêt thérapeutique, immédiat ou à long terme.

Dans la pratique de l'hôpital de jour, l'acupuncture, malgré son langage, son mode de raisonnement et ses cadres cliniques propres, rejoint, même en empruntant d'autres voies, des conclusions diagnostiques et pronostiques globalement proches ou similaires de celles des autres thérapeutes : atteintes de structures superficielles et localisées, telles que chaînes tendino-musculaires, ou profondes et globales, telles que les atteintes organiques profondes ou les atteintes de structures plus ou moins élaborées, plus ou moins organisées.

Cette action profonde, atteignant l'être entier, explique la qualité de la synergie avec les autres thérapeutiques. Il faut d'ailleurs souligner la grande cohérence de l'analyse et surtout l'efficacité du mode de prise en charge collectif.¹

Intéressons-nous à quelques éléments présents dans les deux citations mentionnées ci-dessus. Notons en premier lieu, pour ce qui est de la médecine chinoise, la revendication d'une démarche diagnostique et thérapeutique qui serait un « atout » par rapport à la biomédecine : « Pour le praticien formé à cette médecine [chinoise], il existe une séméiologie différente de celle proposée par la médecine occidentale et cette grille de lecture des symptômes permet une approche plus globale de l'être ». Ou encore : « [Quant au praticien,] sa connaissance et sa pratique de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) l'ont amené à superposer à sa pratique de la médecine occidentale une approche globale du symptôme et de son signifiant ».

Ce que nous observons, c'est une justification des arguments couramment avancés à propos de la globalité de la prise en compte du patient en se concentrant sur un aspect de la pratique médicale chinoise: le diagnostic. En utilisant effectivement une séméiotique différente (prise des pouls, examen de la langue, interrogatoire détaillé, observation de l'aspect général du malade) de celle de la médecine conventionnelle, le médecin qui pratique la médecine chinoise réaliserait une approche globale de l'être du patient, en particulier grâce à ce qui participerait de la pensée corrélatrice chère à Joseph Needham : la conception cosmologique de l'homme et du corps propre à la pensée médicale chinoise qui entraînerait un approche « holiste » de la personne souffrante.

¹ *Centre de la Douleur Pelvienne Chronique, Rapport d'activité 1997/1998*, p. 14-15.

Cette « approche globale » (opposée à l'approche plus mécaniste du corps et de la maladie attribuée à la biomédecine) peut se formuler en utilisant les différences de paradigme relationnel entre médecin et patient énoncé par l'école d'anthropologie médicale de Harvard depuis une vingtaine d'années. On est donc confronté ici à une démarche médicale qui, dans sa construction de la *disease* (la maladie conceptualisée par les médecins), grâce à une attention minutieuse à l'*illness* du patient (son ressenti par rapport à sa maladie), privilégie l'écoute du malade pour l'aider à se prendre en charge (*to care*), parallèlement à l'action de se soigner (*to cure*) techniquement (consultations médicales, médicaments...).

Il faut aussi souligner que l'accent mis sur les possibilités du diagnostic « à la chinoise » («intérêt diagnostic») déplace l'attention de la pure thérapie par acupuncture vers la richesse de la théorie médicale chinoise¹, chose rarement considérée dans le discours concernant le rapport entre la médecine chinoise et la biomédecine. En effet, comme nous avons précédemment déjà vu, normalement on parle d'acupuncture et non de médecine chinoise à part entière.

En analysant le travail du médecin nous constatons donc une première phase de diagnostic selon les techniques chinoises et, surtout, un questionnement très approfondi de la patiente et un dialogue riche entre médecin et malade. Ce médecin dans son discours avec la patiente se sert très souvent de références analogiques de la pensée chinoise (les cinq agents, etc.) et de réajustements à l'occidental de notions médicales chinoises. Le dialogue et le questionnement entre médecin et patiente, la prise des pouls et l'observation de la langue recouvrent parfois une telle importance (dans le temps et dans l'intensité) que le moment du diagnostic tend à devenir partie intégrante de la thérapie elle-même.

De même que pour la situation hospitalière analysé à Paris, l'analyse du discours tenu par le médecin pendant ses consultations nous aidera à mieux saisir l'esprit de ce travail. Nous allons rapporter en partie ci dessous les propos d'une consultation, parmi les plusieurs nombreuses auxquelles nous avons assisté, du médecin acupuncteur au Centre de la douleur pelvienne et chronique (voir DVD : « hôpital SIHCUS-CMCO, Centre de la douleur pelvienne et chronique et des troubles fonctionnelles de la femme ») :

¹ Très souvent, entre autre en milieu hospitalier, l'acupuncture est utilisée pour soigner le symptôme, elle peut remplacer ou alléger un traitement de pharmacopée. Il n'y a pas nécessairement toujours un diagnostic chinois avant l'intervention par acupuncture.

Patiente : Alors j'ai quelque chose de bien précis que madame H. [La psychologue du CMCO] m'a dit de bien vous dire, c'est que depuis trois semaines je fais des boulimies assez importante et essentiellement du sucré, donc elle m'a dit que vous étiez... voilà ! Et je ne me nourris presque que de sucre j'ai l'impression que ça m'appelle au sucre à chaque fois, toujours j'en veux, toujours plus, toujours...et ça m'affole un petit peu parce que là j'ai remarqué que vraiment j'avais besoin de ça, par exemple ce matin je me suis levée et je ne pensais qu'à ça, le sucre...

Médecin : [comme pour arrêter la cascade de mots de la patiente] Bon...

Patiente : Je me suis enfilée une tablette de chocolat entière, et j'étais toute seule, et depuis tout à l'heure je me dit je vais partir et je sens que j'ai envie encore d'une tablette et il s'est passé un truc...

Médecin : [encore comme pour interrompre la patiente] J'ai besoin de vos pieds

Patiente : ...Des pieds... Et ça m'affole parce que je ne sais pas, je arrête pas quoi...

Médecin : Vous n'arrivez pas à contrôler tout ça ?

Patiente : Pas du tout, j'ai eu des crampes au ventre et j'ai l'impression que j'ai tout le temps faim...

Médecin : C'est ça depuis quand ?

Patiente : Là ça fait, bon, ça fait presque trois semaines. Mais ça m'arrivait déjà avant, vous savez quand j'avais commencé mon régime, ça faisait combien, cinq semaines, et ça allait à peu près, j'étais contente, mais avant j'ai toujours eu ce genre de réaction très fortes comme ça, qui durait assez longtemps. Et là je suis ...c'est vrai, je pense que je suis pas mal stressée, donc c'est ça qui fait que. Mais ça m'affole parce que c'est trop, c'est trop...

Médecin : Qu'est ce que ce passe, quel genre de chose ?

Patiente : Bah...Déjà l'histoire de ma maman qui s'est remise au jeu, donc ça m'affole un petit peu parce que je n'arrive pas vraiment trouver la solution pour qu'elle arrête...voilà

Médecin : Elle dilapide ?

Patiente : Voilà, voilà...Bon, là c'est quelqu'un qui avait l'air très stable et tout, et qui depuis qu'elle a habité à Nice c'est mise au jeu du Casino et ça-de-vient-une-ca-ta-strophe. Au départ elle disait qu'elle arrivait à gérer et là elle n'arrive pas du tout à gérer parce qu'elle demande de l'argent à ma sœur etcetera, et je pense que ça me travaille vachement vu la relation fusionnelle que j'avais avec ma mère. Et, c'est vrai que je pense, que j'essaie de gérer aussi mon stress, j'ai toujours géré mon stress par l'alimentation. Et là c'est vrai que je fais n'importe quoi... [Elle se lève du fauteuil pour s'allonger sur le lit]

Médecin : Comme on travaille jusqu'à cinq heures, on aura peut-être d'autres choses à vous proposer après mais ça on verra après la séance d'acupuncture [-Début de la reprise

avec camera- Le médecin prend ses aiguilles et commence à chercher les points à piquer, et il pique]. Ça va ?

Patiente : Oui, oui...

Médecin : Ce sont des points qui jouent beaucoup sur le centre, la notion de centre, mieux se centrer, donc sur le centre dans le sens psychologique, le centre sur le plan physique, et au même temps en médecine chinoise ça correspond aux saveurs, et comme le centre est pas bien, la saveur qui lui correspond c'est sucré, donc vous avez besoin de sucré. Et c'est pour ça que j'utilisai le terme « dilapider » quand vous parliez de votre mère. La mère c'est en relation avec le centre, la mère c'est en relation avec ce qui existe quand il y a un enfant qui se constitue, c'est de la matière qui s'accumule, dilapider c'est l'inverse, donc ça épuise le centre, ça détruit le centre, chez elle, chez les gens qui se préoccupent d'elle etc. Donc ça c'est des éléments qui vous déstructurent, c'est des éléments qui vous abîment, c'est des éléments qui vous empêchent de rester équilibrée. Donc il faut reprendre tout ça, et automatiquement vous aurez moins besoin de sucré. Donc là j'ai travaillé sur des points que sur ce méridien, le méridien qui correspond à ça sont très actifs mais bon, on va voir, il y a d'autres points à faire, mais dans un premier temps c'est ça qu'il faut faire. Il a peut-être d'autres choses à proposer, dans cette histoire de sucre, parfois l'hypnose peut aider, mais ça on verra, on va commencer par l'acupuncture d'abord et puis on verra après.

Patiente : Parce que parfois c'est l'excès de sucre. Ça devient ah...

Médecin : Il y a d'autres points aussi qui se trouvent dans cette zone là, mais je préfère d'abord commencer avec ça...

Patiente : D'autant plus que j'avais bien commencé mon régime et d'un seul coup ...

Médecin : [En lui stimulant une aiguille] C'est sensible ce point là ?

Patiente : Oui...

Médecin : Là on va commencer avec ça, c'est des points de base... Là je stimule les points pour donner une cohérence au centre, alors c'est des aiguilles que je ne laisse pas longtemps, alors en d'autres circonstances il y a d'autres points que je laisse plus longtemps.

Patiente : Mais c'est normal qu'on sent des points très aigus ?

Médecin : Oui... [En lui enlevant les aiguilles] Ok, voilà. [Pendant que la patiente se rhabille] Essayez de vous donner la sensation, quand vous avez cette sensation de faim, de creux, comme si vous ramenez toutes vos énergies pour le remettre là [il fait le geste avec les deux mains de ramener quelque chose au ventre]. Vous imaginez que vos mains sont pleines des choses et que ça s'écoule vers le ventre pour vous remplir ce creux. Vous savez, comme quand on a creusé un trou dans le sable, et vous repoussez le sable pour que le trou

se remplisse un petit peu. C'est une énergie dispersée, donc parfois éventuellement on arrive à se dire qu'il y a quelque chose qui part des mains, qui coule et qui remplit. Pensez à un mouvement comme ça, centripète, un mouvement qui va vers le centre et qui ramène des choses. Ça aide parfois, si au moins de temps en temps vous pouvez éviter une tablette de chocolat c'est déjà pas mal.

Patiente : Oui, c'est ça, parce que c'est momentané, ça ne dure jamais longtemps.

Médecin : Oui, bien sur !

(Consultation au Centre de la douleur pelvienne et chronique et des Troubles Fonctionnelles de la Femme, SIHCUS-CMCO)

Nous voyons d'abord mis en pratique le travail multidisciplinaire qui est à la base du fonctionnement de ce Centre. La patiente est, en effet, reçue par l'acupuncteur après sa séance avec la psychologue. Le problème de boulimie, que la patiente doit avoir affronté verbalement avec la psychothérapeute, doit être abordé ensuite par le médecin acupuncteur dans sa dimension physique ou du moins somatique. Mais en analysant cet entretien médecin/malade dans ce cadre thérapeutique deux stratégies semblent être mises en place: d'un côté la patiente est écoutée, touchée et piquée par le médecin qui accomplit son acte de thérapie par l'acupuncture, et de l'autre le médecin complète son intervention avec un discours, des interprétations et des conseils relatifs au problème à affronter. Effectivement le médecin explique à sa patiente les associations qui, à son avis, existent entre sa boulimie et la tendance à « dilapider » de sa mère. En disant : « La mère c'est en relation avec le centre, la mère c'est en relation avec ce qui existe quand il y a un enfant qui se constitue, c'est de la matière qui s'accumule, dilapider c'est l'inverse, donc ça épuise le centre, ça détruit le centre... » il utilise un discours qui met en place des liens entre la pathologie de la patiente et des principes symboliques d'analogie entre la mère et l'idée de « centre » selon la médecine chinoise¹. Toujours dans cette direction il conseille à la patiente des exercices de visualisation où les mêmes principes sont mis en œuvre. Avec des gestes le médecin montre à la patiente comment elle pourra ramener vers son ventre des sensations qui puissent la nourrir beaucoup mieux que le sucre ou le chocolat, et l'image qu'il utilise, un creux dans le sable qui se remplit un peu, semble lui servir pour montrer sa

¹ Selon la théorie des cinq agents, en effet, la Terre est positionnée au centre des quatre autres agents et, toujours pour la même théorie, la Terre est considérée comme un lien cosmologique et analogique avec la fertilité, la nourriture, la nutrition et la mère. Entre autres on retrouve continuellement, dans la théorie médicale chinoise, l'importance de « nourrir le centre » pour garantir un bon équilibre de la personne. Cf. : *Huang Di Nei Jing Su Wen*, P.U. Unschuld, 2003.

compréhension vis-à-vis de la patiente et lui offrir quelques remèdes, sans médicaments, qu'elle pourra utiliser une fois seule face à son problème. C'est effectivement le fait d'être écoutée et de recevoir des réponses à ses propres doutes et questionnements selon un langage à la fois technique et métaphorique, souvent aisément compréhensible et imagé qui semble fournir à la patiente une confiance vis-à-vis du médecin et, probablement, un soulagement de ses peines dû à l'empathie instaurée. De plus le contact physique exercé par le médecin, son toucher (pour poser les aiguilles le médecin doit chercher les points avec des palpations dans la région intéressée), son attention à toutes les manifestations visibles sur la peau donnent à une consultation d'acupuncture une dimension physique et sensorielle. Ces éléments s'ajoutent à la thérapie avec les aiguilles. Ces considérations nous amènent à nous poser la question du statut de la consultation d'acupuncture au sein du travail d'équipe pluridisciplinaire du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme. Nous avons précédemment vu comment est né le Centre et quelles étaient les demandes et les nécessités fondamentales pour pouvoir répondre aux situations de souffrance des patientes : une activité à caractère multidisciplinaire, le travail sur le corps (kinésithérapie, yoga, massage...) et un suivi psychologique, avec la supervision du gynécologue. Nous avons aussi montré que la consultation d'acupuncture comporte une attention au vécu personnel de la patiente (*illness*) et un travail sur le corps (la thérapie avec les aiguilles). Il s'agit, dans le cas de l'acupuncture, d'une consultation qui apparemment possède un caractère exhaustif confronté aux autres moyens thérapeutiques utilisés dans le Centre. En ce sens on peut se demander si l'acupuncture n'a pas été intégrée dans cette perspective pluridisciplinaire d'une façon paradoxale, elle est en effet comprise comme un moyen parmi d'autres de soin, alors qu'elle se veut approche suffisante et globale de la maladie. Cela renvoie à la représentation que se font les médecins occidentaux de la médecine chinoise, et de sa possible position ambiguë (simple technique ou système médical complet). Nous reviendrons ensuite sur la définition du statut de l'acupuncture dans les conclusions à ce chapitre.

3.b. La consultation d'acupuncture au Centre d'Évaluation et de Thérapie de la douleur de l'hôpital de Hautepierre

Il existe depuis l'année 1978 à l'hôpital Hautepierre de Strasbourg l'un des dix-huit Centres d'évaluation et de traitement de la douleur français. L'acupuncture y est pratiquée depuis sa création : d'abord, pendant un court laps de temps (1978-1979) par le médecin

que nous avons suivi, puis, pendant une quinzaine d'années, par un médecin vietnamien dont l'insertion fut rendue difficile en raison de problèmes de compréhension linguistique, et, enfin, de nouveau par notre médecin, depuis la fin de l'année 2001.

Nous allons brièvement présenter l'activité du médecin acupuncteur dans ce milieu hospitalier afin de montrer comment les prestations médicales, fournies par le même médecin, peuvent être intégrées dans un autre contexte hospitalier.

Le personnel du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur se compose de divers professionnels de la santé : un coordinateur du centre et plusieurs médecins attachés, un psychiatre, un rhumatologue, un gériatre, un acupuncteur, un neurologue et aussi un psychologue, un kinésithérapeute et une secrétaire. Nous pouvons donc remarquer, ici comme dans le cas du centre à Paris, une volonté de pluridisciplinarité de techniques de soin pour les malades affectées par la douleur chronique.

Comme dans le cas du Centre parisien, au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur les patients sont en général envoyés par leur médecin généraliste (le Centre reçoit une lettre de présentation du médecin envoyant et le dossier du patient)¹. Normalement pendant la première consultation les patients rencontrent le médecin coordinateur du Centre. Le chef du Centre définit ainsi son travail et celui de ses collègues :

...On est des espèces de médecins généralistes de la douleur qui arrivent à couvrir à peu près l'ensemble des registres d'évaluation d'une douleur et ensuite peuvent orienter [les patients] vers telle ou telle spécialité de la prise en charge de la douleur. Et ça va de la neurochirurgie jusqu'au psychiatre en passant par l'acupuncture, ou nous mêmes lorsqu'il y a à faire des gestes techniques de traitement de la douleur comme des infiltrations, des stimulations électriques, des mises en place de réservoirs ou des pompes, ou des administrations anti-douleur au niveau du système nerveux.

(Chef du Centre, F-15)

C'est, donc, après la première consultation que certains patients devraient être adressés au médecin acupuncteur. En réalité le travail d'acupuncture au sein du Centre voit des malades venant d'horizons divers : ce sont en grande partie des patients qui viennent d'eux-mêmes au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur expressément pour recevoir de l'acupuncture (le secrétariat qui normalement s'occupe de répartir les patients

¹ Dans certains cas aussi des patients, qui connaissent le Centre par bouche à oreille, s'y adressent par leur volonté et décision personnelle. Ils sont moins bien vus parce que le Centre est obligé de constituer un nouveau dossier pour eux.

pour la première consultation, dans le cas de l'acupuncture accepte des rendez-vous sans première visite d'orientation, contrairement aux autres cas de prise en charge de la douleur). Ce sont généralement des patients qui ont entendu parler du travail du médecin acupuncteur, qui pendant leur vécu de malades ont déjà essayé différentes thérapeutiques et qui s'adressent à l'acupuncture (à l'hôpital c'est moins cher qu'en cabinet) en dernier ressort. Parfois ils sont envoyés par des médecins d'autres services ou par des spécialistes, parfois les autres médecins du Centre adressent à l'acupuncteur des patients, mais ces derniers ne constituent pas la majorité des malades soignés avec acupuncture au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur. Il faut aussi souligner qu'une bonne partie des patients reçus par le médecin acupuncteur dans ce cadre hospitalier présente une pathologie bien particulière, la fibromyalgie.

Je pense qu'il doit y en avoir qui viennent pour voir l'acupuncteur, soit qui ont été recrutés par bouche à oreille, ou qui ont été recrutés par l'association des fibromyalgiques qui leur ont indiqué le docteur C.R., qui est, entre guillemets, un spécialiste de la prise en charge de la fibromyalgie. D'autant plus qu'il travaille non seulement sur la fibromyalgie dans le cadre de l'acupuncteur, mais aussi dans le cadre d'un protocole d'utilisations de certains médicaments dont la kétamine.

(Chef du Centre, F-15)

Le public des malades du médecin acupuncteur pendant sa consultation (deux demi-journées par semaine) au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Hautepierre de Strasbourg comprend donc des personnes souffrant de plusieurs sortes de douleurs, souvent des femmes atteintes de fibromyalgie¹, provenant souvent d'une longue série de tentatives de soins différents, envoyés en consultation chez ce médecin pour sa renommée comme acupuncteur et comme « spécialiste » de fibromyalgie. Le cadre du travail avec acupuncture dans ce Centre d'évaluation et traitement de la douleur est donc beaucoup plus hétérogène que dans le contexte précédemment présenté (le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme au SIHCUS-CMCO). Ici le médecin s'occupe de malades de toutes provenances, avec des pathologies

¹ «La prévalence [de la fibromyalgie] est importante, variable selon les études, se situant entre 2% et 5% de la population. Il y a une nette prépondérance féminine (de 70% à 85%, selon les études). La fibromyalgie représente entre 10 et 20% des motifs de consultation dans les services de rhumatologie ou de médecine interne». Effets antalgiques de la kétamine sur le syndrome douloureux des patients atteints de fibromyalgie, Protocole de recherche, p. 3.

douloureuses de tous les genres, mais les lignes générales du déroulement de la consultation d'acupuncture ne changent pas par rapport à celles précédemment décrites pour le Centre du CMCO. Bien qu'il existe une cohérence dans le travail du médecin dans les deux Centres, nous allons montrer, de la même façon que pour le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme, comment se développent les consultations.

Citons le cas d'une femme qui s'adresse à l'acupuncteur du Centre d'évaluation et traitement de la douleur :

Médecin : [En regardant le dossier de la femme] Je regarde un petit peu pour voir ce qui c'est passé avant...

Patiente : Oui, oui...

Médecin : Ok, [Toujours en regardant le dossier] Problèmes d'acouphènes... Ils vous envoient pourquoi exactement ici ? Qu'est ce que vous gêne le plus ?

Patiente : Parce que j'ai un problème à la bouche depuis plus d'un an et qu'on a fait une radio, on a tout regardé et normalement je n'ai rien, par contre ça me fait très mal

Médecin : ..Arthrose à droite et à gauche mais...

Patiente : Mais, oui, je me suis toujours demandé si ça avait un rapport parce que...moi je crois qu'il faut demander à un ORL aussi...

Médecin : Alors expliquez moi et montrez moi bien où vous avez mal

Patiente : Le matin quand je me lève ça me fait une gêne, comme ça [elle fait signe sur sa joue où se trouve sa gêne] et au fur et à mesure de la journée je commence à avoir des brûlures aux gencives en haut et je me mords la joue je me mords la langue, j'ai l'impression que c'est à la jointure là, des deux mâchoires. On a fait des radios, des doppler, un scanner on trouve rien du tout et j'ai ça depuis plus d'un an et tous les jours, tous les jours, plus ou moins fort, des jours c'est un peu plus léger mais j'ai toujours mal.

Médecin : Depuis combien de temps que vous avez ça

Patiente : C'est depuis plus d'un an,

Médecin : Une fois que la journée passe ça diminue un petit peu ?

Patiente : Non, au contraire au contraire, si par hasard je sor un soir alors c'est encore pire, à 11 heures minuit je ne peux plus parler tellement j'ai la langue qui me fait mal

Médecin : Mais est-ce que ça diminue et puis ça reprend ou c'est en augmentation constante

Patiente : Non, des fois c'est plus fort dans la journée, ça diminue un petit peu et puis ça reprend le soir, le matin quand je me lève j'ai juste une petite gêne, là je n'ai pas trop mal [il est 10h30 à peu près], mais dans la journée c'est plus ou moins fort, et je ne

peux pas dire ce n'est pas parce que je mange...je ne sais pas pourquoi. Par contre si je sor le soir, alors là j'ai très mal... Alors j'ai un tic, j'essaie toujours de me pousser la joue parce que je me mords la joue

Médecin : Qu'est ce que c'est comme douleur, expliquez moi

Patiente : Et bah, ça me fait mal dans les gencives, on croyait que c'était les dents, donc on m'a arraché une dent de sagesse, puis on m'a arraché la dent de coté et on m'a fait des radios des dents. Je n'ai rien, je n'ai rien aux dents

Médecin : Au début ça a été comment, ça a commencé comment

Patiente : Au début j'ai eu mal aux dents, alors là ils m'ont soigné une dent, ils m'ont arraché la dent de sagesse en pensant que c'était ça, après ils m'ont soigné la dent à coté après le dentiste me l'a arrachée et puis, quand même, il me l'a replantée, alors là je n'ai pas supporté du tout, au but de deux jours il me l'a carrément arrachée. Depuis ça me fait des brûlures dans les gencives mais dans la langue aussi, au fond de la langue, derrière, et des fois j'ai mal dans la gorge dans la tempe, dans l'oreille, tout le coté. Mais comme j'ai de l'arthrose, bon j'en ai parlé à mon généraliste et il dit que ça n'a pas de rapport. De ce coté là [elle montre l'épaule gauche], à l'épaule j'ai une décalcification je me suis dit, est-ce c'est ?...Je ne sais pas. Il y a une dizaine d'années j'ai eu un problème j'entendai comme des bruits de moteur, et j'avai été voir un ORL qui m'avait fait faire des tests et qu'il m'a dit que c'était un problème de circulation sanguine, il m'a donné des médicaments, ça c'est passé, par contre j'ai gardé quand même une faiblesse à l'oreille, j'entend un peu moins bien que de l'autre coté, et puis souvent j'ai des sifflements dans la tête quand je me repose. Je ne sais pas si tout ça a un rapport

Médecin : Est-ce que quand vous bougez la langue ça augmente ?

Patiente : Non, non, et quand je mange non plus ce n'est pas. Bah, quand je parle beaucoup, puisque le soir, quand je parle, c'est vrai que ça augmente

Médecin : Quelle que soit la chose que vous avalez, des saveurs fortes douces, ça bouge pas

Patiente : Non, non. Je n'ai pas remarqué...Par contre je ne mange jamais de ce coté là, si je croque de ce coté là j'ai l'impression que le dents qui font...et les gencives...

[Après plusieurs instants silencieux de réflexion]

Médecin en formation : Il n'y a pas un manque de fonctionnement mécanique, alors ? C'est comme quelque chose qui l'empêche de manger, de bouger...vous ne mangez plus de ce coté là

Patiente : Non, je ne mange plus de ce coté là, j'essaie de temps en temps mais...

Médecin : Mais alors, quand vous ne mangez plus de ce coté là c'est pour éviter un mouvement de ce coté là ou pour éviter que ça appuie de ce coté là ?

Patiente : Pour éviter que ça appuie

Médecin : [En s'adressant au médecin en formation] Eh, c'est un blocage de stagnation là...

Patiente : Ils m'ont fait faire même une radiographie de la fosse...mais je n'ai rien

Médecin : [Il se lève et va à côté de la patiente] Remontez-moi bien où ça descend là, comment ça descend

Patiente : Eh, [En montrant au médecin] le mal non, c'est plutôt là quand le mal est là dans le temple. Je sais parce que j'ai fait des radios, je sais que j'ai des becs de perroquet là et la décalcification dans l'épaule, bon, ça avait déjà été diagnostiqué avant, je ne sais pas si ça peut avoir des conséquences...

Médecin : [Il parle en s'adressant au médecin en formation] Parce que, il y a plusieurs possibilités, soit il y a le 5 Estomac avec une branche qui rentre en profondeur, mais ça n'est pas une branche qui ne va pas jusqu'à la langue, c'est ce que je vérifiais, il n'y a pas une branche qui va jusqu'à la langue, le trajet qui passe par la langue c'est Rate, comme le voit ici le tendo-musculaire de TR. Le tendo-musculaire TR ça ne doit pas être une mauvaise idée parce qu'en même temps ça expliquerait le l'oreille, le bourdonnement et la pathologie qui voit l'arthrite vers l'épaule. [en s'adressant à nouveau à la patiente] Bon, on oublie ça, sur le plan général d'autres problèmes de santé par ailleurs ?

Patiente : Non, je prends des médicaments pour la tension depuis longtemps, pour le cholestérol

Médecin : Vous digérez bien, sans problèmes ?

Patiente : Non, tout va bien il me semble

Médecin : Bon, on va essayer, vous ôtez la veste...Il faut qu'on cherche un peu, c'est une zone assez compliquée en médecine, et comme en médecine chinoise c'est une zone où il peut y avoir beaucoup des choses. [En s'adressant au médecin en formation] Il faudra aussi qu'on voie au niveau du blocage entre Terre et VB [Nous ne sommes pas sûrs de la transcription]...

Médecin en formation : Mais elle souffre de vertiges ?

Patiente : De temps en temps j'ai des vertiges mais je suis en ménopause...

Médecin : Puis il y a l'équilibre Estomac Rate au niveau de la langue. Quand la langue est impliquée et quand le mouvement de mastication est impliqué le tendo-musculaire ne va assez bien, donc on va commencer avec ça...

Patiente : Je dois lever autre chose ?

Médecin : Non c'est bon, madame, j'ai besoin de votre main gauche, et puis au niveau du visage, voilà c'est tout ...[Et il pique la patiente]

Après quelques minutes de pose des aiguilles...

Patiente : On a tout essayé, on a tout tourné, on a fait des radiographies partout...

Médecin : Donc vous-même vous n'avez pas pensé à l'acupuncture ?

Patiente : Non, non,

Médecin : Mmh

Patiente : Mon médecin généraliste, il y avait pensé, je crois qu'il vous connaît, parce que il m'a dit de vous passer un bonjour, c'est le docteur C.

Médecin : Mmh

Patiente : Et lui il m'en avait déjà parlé il m'a dit que si on ne trouvait rien d'autre il faudrait essayer.

Médecin : Il faut l'essayer parce que vous voyez, ça n'implique pas des grandes conséquences ni sur le moment de la séance ni dans les conséquences que ça peut avoir après et on a souvent des effets intéressants pour ce genre de choses.

Patiente : Oui, c'est ce que le docteur C. m'avait dit, et dans ce cas là je suis venue...

Médecin : Mais c'est évident ce ne sont pas des choses faciles. Parce qu'il y a plein de choses qui se mélangent à cet endroit là, aussi bien des mouvements, des muscles, des nerfs, des problèmes dentaires, des problèmes d'articulation temporaux maxillaire des problèmes cervicaux, des névralgies faciales qui peuvent s'extérioriser comme ça aussi, des histoires cellulaires là aussi

Patiente : Là on avait fait une radio avec un ORL et on a rien trouvé. Je me suis demandée si ce n'était pas imaginaire... mais à ce point !...

Médecin : C'est-à-dire ? Ça veut dire quoi imaginaire ?

Patiente : Ce n'est pas dans ma tête ?

Médecin : [Avec une air légèrement polémique] Ah, ça c'est, ça c'est la médecine...oui !

Patiente : Oui, mais à force !

Médecin en formation : Quand c'est imaginaire...mais la douleur elle est bien là, eh ?

Patiente : Ah oui, elle est bien là...

(Consultation au Centre d'Evaluation et Thérapie de la Douleur)

Nous avons rapporté ci-dessus la transcription de l'intégralité de la séance (sauf le temps de pose des aiguilles) pour montrer la qualité du dialogue entre ce médecin acupuncteur et une des ses patientes. Le cas présenté correspond aux critères de recrutement des malades propres des Centres d' Evaluation et Traitement de la Douleur. Puisque, comme nous l'avons montré, ces Centres prennent en charge des malades affectés par des douleurs chroniques, et qui s'adressent à l'acupuncture « en dernière chaîne thérapeutique ». La consultation que nous venons de mentionner présente effectivement le

cas d'une personne qui souffre d'une douleur depuis plus d'un an et, comme nous pouvons bien le lire, qui est aussi victime des essais de la part de plusieurs spécialistes pour tenter de trouver une solution à sa situation de souffrance. Elle a, en effet, subi plusieurs interventions de la part d'un dentiste, elle a vu un ORL, son médecin traitant, un rhumatologue –le médecin qui lui a conseillé de faire de l'acupuncture) qui lui ont fait faire des radiographies, des scanners.... Cette consultation a été choisie parmi d'autres, pas nécessairement pour la pathologie rencontrée, mais pour le déroulement de la séance elle-même (l'attitude du médecin vis-à-vis du malade, le questionnement, la durée...) qui en font un exemple riche d'éléments spécifiques du travail mené dans ce Centre par le médecin acupuncteur.

Notons, d'abord, comment le médecin questionne la patiente pour comprendre la nature de sa douleur : il lui demande deux fois de lui expliquer les caractéristiques de cette douleur et de lui montrer l'endroit où elle s'exprime. Le médecin, sachant que la patiente ne donnera pas une réponse complètement exhaustive¹, est obligé de continuer à enquêter ; il sait aussi que chaque réponse à ses questions, que parfois peuvent sembler des répétitions, lui apportera nouvelles informations ou lui suggérera des nouvelles intuitions pour le chemin thérapeutique qu'il décidera de mettre en place. En effet une longue série de questions le conduira à décider de la stratégie thérapeutique à poursuivre parmi plusieurs hypothèses thérapeutiques.

Il est aussi intéressant de remarquer ici certaines différences de ce dialogue entre médecin et malade, qu'on peut confronter avec la consultation du même médecin acupuncteur que nous avons présenté ci-dessus (à l'hôpital CMCO). Dans la première consultation nous avons observé un discours fortement marqué par une dimension symbolique, riche de métaphores et d'images liées aux principes de la théorie médicale chinoise qui étaient communiqués à la patiente avec un langage simple et clair. Dans le discours du médecin avec sa patiente, de ce dernier entretien, nous ne trouvons aucun renvoi aux notions de la médecine chinoise (sauf quand le médecin s'adresse au médecin en formation). Le discours pendant la consultation, et particulièrement à chaque occasion

¹ « Les entretiens médicaux montrent que l'étude des discours est régie par des conditions bien réelles, quoique pas toujours remarquées par les chercheurs [...]. Par exemple, les patients ne parviennent pas toujours à se remémorer des détails précis ou des séquences exactes d'événements : les descriptions qu'ils fournissent peuvent induire l'interviewer en erreur, comme il peut arriver aussi que le médecin qui interrompt fréquemment le patient en cherchant à cerner un sujet donné, reçoive des informations incongrues ou sans rapport apparent avec le sujet concerné, alors qu'il doit s'efforcer en même temps de se rappeler si chaque réponse est adéquate et si telle séquence d'événements est claire. » Cicourel A. V., *Le raisonnement médical, Une approche socio-cognitive, (Textes recueillis et présentés par Bourdieu P. et Winklin Y.)*, Paris, Seuil, 2002, p. 64.

où le langage devient technique, est tenu selon des processus de pensée purement occidentaux et en employant des termes de la médecine conventionnelle (« ...il y a plein de choses qui se mélangent à cet endroit là, aussi bien des mouvements, des muscles, des nerfs, des problèmes dentaires, des problèmes d'articulation temporaux maxillaire des problèmes cervicaux, des névralgies faciales qui peuvent s'extérioriser comme ça aussi, des histoires cellulaires... »). Malgré cela, l'attitude et l'attention du médecin à ses patients ne change pas entre les deux lieux où il travaille, nous remarquons, en effet, une attention et une minutie dans le questionnement. Nous pouvons donc penser que le médecin est amené à changer son approche aux problématiques des patients (et à changer son expertise) selon les contextes de travail et probablement selon les attentes du publique qui s'adresse à lui.

3.c. Le projet d'expérimentation « Traitement médicamenteux du syndrome douloureux dans la fibromyalgie : de la physiopathologie à la thérapeutique » à l'hôpital Civil

Nous avons fait rapidement mention de la participation du médecin acupuncteur à un projet expérimental sur la thérapie et l'étude des fibromyalgies. On sait que depuis l'apparition de cette nouvelle pathologie (assez récente : « Des critères diagnostiques précis ont été établis en 1990 par l'American College of Rheumatology ») le médecin acupuncteur a commencé à s'y intéresser (comme on l'a vu précédemment dans le « Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme » où il s'agit souvent de fibromyalgies) et à soigner les malades (en milieu public) avec l'acupuncture.

Dans l'étude en question, qui porte le titre « Effets antalgiques de la kétamine sur le syndrome douloureux des patients atteints de fibromyalgie », le médecin acupuncteur participe en tant que co-inspecteur du projet et il insère d'une façon effective l'acupuncture et le diagnostic par l'observation de la langue (voir DVD : « hôpital Civil, Protocole de recherche : Traitement médicamenteux du syndrome douloureux dans la fibromyalgie : de la physiopathologie à la thérapeutique »). Cependant les deux paramètres (l'analyse de la langue et l'acupuncture) ne sont pas mentionnés dans le protocole du projet. En effet, l'analyse du texte nous montre les buts principaux :

L'étude a deux objectifs :

Un objectif principal qui vise à évaluer l'efficacité antalgique d'une perfusion de kétamine sur le syndrome douloureux de patients atteints de fibromyalgie.

Un objectif secondaire qui vise à évaluer les répercussions du traitement sur la qualité de vie

Il s'agit d'une étude randomisée, en double-aveugle et cross-over, kétamine versus placebo. Elle cherche à valider l'efficacité réelle d'un traitement que les patients fibromyalgiques, très informés sur leur maladie, reçoivent déjà pour beaucoup d'entre eux.¹

Mais de plus, à ces objectifs explicités dans le texte, il y en a des secondaires comme le médecin acupuncteur nous explique :

C'est une des forces, à mon avis, du protocole. C'est que ça ne sépare pas les différentes routines, ça intègre toutes les formes de médecine pour essayer de comprendre les pathologies. Les syndromes fibromyalgiques étaient une inconnue. Je crois que ce qui est intéressant c'est de tout mettre en commun pour essayer d'arriver à... C'est la question essentielle du protocole : plus on pose des questions au protocole, plus il faut de personnes pour réaliser la multiplicité des réponses à toutes les questions. Donc il y a une question majeure au protocole, et cette question n'a rien à voir avec l'acupuncture. La question essentielle c'est : est-ce que la kétamine a un effet sur les fibromyalgiques ? Derrière, il y a toute une procédure qui permet d'essayer de comprendre, une fois qu'on a répondu à cette première question : est-ce qu'il y a une corrélation entre le groupe qui correspond à la kétamine et quelque chose d'autre sur le plan clinique? Est-ce qu'il y a une corrélation avec un problème psychologique ?

Et, grâce à ce protocole nous aurons la question, mais nous aurons aussi des arguments qui ne sont pas absolus, puisqu'on aura un recueil de forts arguments en faveur de la composante psychologique chez ces femmes. Il est évident que chez bien de ces femmes il y a une composante hystérique importante, mais - apparemment - d'après tous les travaux qu'il y a à ce sujet et parmi les choses que nous voyons là, avec les patientes, la conversion hystérique ne semble pas plus fréquente que parmi la population commune.

Une fois que ce projet sera terminé on va essayer de voir s'il y a une correspondance entre le groupe de celles qui réagissent à la kétamine, ou qui ont une certaine réaction à la kétamine, avec un autre groupe qui a des réactions plus psychologiques ou plus physiques, et on verra s'il y a d'autres critères à insérer. Donc on essaie de catégoriser les caractéristiques des patientes sur le plan physiologique et psychologique et c'est pour cela que j'utilise ici séméiologie de l'acupuncture pour essayer de les catégoriser en groupes, sous-groupes, et de trouver des typologies en acupuncture...

¹ *Op. Cit.* p. 9

(Médecin acupuncteur, F-20)

La séméiotique de la médecine chinoise est ici utilisée par le médecin pour pouvoir répertorier un tableau de caractères nosologiques de cette maladie. Pour chaque patiente, au début de son hospitalisation, il prend une photographie de la langue, qui constituera le matériel visuel devant s'intégrer dans le dossier de fin de recherche.

Le médecin, dans le rôle de co-inspecteur de la recherche, a fortement contribué au recrutement des patientes engagées dans ce projet. Certaines de ces femmes étaient précédemment ses patientes en acupuncteur (au cabinet ou à l'hôpital) :

... il est évident que [...] je les suis encore en acupuncteur. On essaie de les soulager par l'acupuncteur, parce que tout simplement pendant la période où elles reçoivent ce traitement, ce protocole thérapeutique, il faut qu'elles évitent un certain nombre de médicaments qui ont souvent des interférences avec la kétamine. Donc, en attendant, j'essaie de gagner du temps avec l'acupuncteur en tentant d'éviter des points trop violents pour elles. Bien que ce soit des femmes qui ont lu le protocole et qui savent parfaitement ce qui se passe...

(Médecin acupuncteur, F-20)

Nous remarquons donc une introduction de moyens diagnostiques et, en quelque sorte, aussi thérapeutiques de la médecine chinoise dans un projet de recherche expérimental d'approche et d'organisation totalement conventionnelles.

Dans ce cas là, encore, il nous est difficile de définir le titre formel de cette présence « non conventionnelle » dans un cadre d'enquête biomédicale. Dans le texte du protocole manquent totalement toutes les références à la thérapie par acupuncteur. Il nous semble donc qu'encre une fois une position de niche, pas complètement déclarée, reconnue et formalisée soit dévolue à l'acupuncteur.

3.d. Conclusion

Nous consacrerons ces conclusions à une première réflexion concernant les relations et les rapports entre le travail d'acupuncteur mené dans les Centres étudiés et leurs structures d'accueil. Nous avons précédemment précisé que l'activité des d'acupuncteurs étudiés a lieu dans des Centres d'évaluation et de traitement de la douleur. En interrogeant

les directeurs des Centres nous avons pu constater que très souvent les Centres eux-mêmes ont eu, et ont toujours, de gros problèmes pour trouver une reconnaissance et une place dans l'hôpital puisque le traitement de la douleur n'est pas perçu comme une des exigences prioritaires de la santé publique.

C'est ainsi qu'un coordinateur du Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur s'exprime en citant les administrateurs :

Si vous voulez il est très facile de dire : « ...oui mais la douleur c'est quelque chose de transversale, ça concerne tout le monde, vous pouvez vous arranger entre vous pour vous occuper des patients...il n'y a pas besoin de faire des structures avec des thérapeutes, il faut que chaque médecin les adresse dans autre service de l'hôpital même [non spécialisé dans la douleur] », Ça c'est le discours de l'administration, oui mais ça existe depuis toujours et il ne fait pas avancer le problème de la prise en charge des patients. Donc on a eu beaucoup de mal à faire reconnaître l'existence officielle des structures dans la nomenclature institutionnelle avec une labellisation, mais depuis toujours, encore plus aujourd'hui, la question de l'existence des Centres d'évaluation et traitement de la douleur reste un vrai problème...

(Chef du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Paris, F-4)

Dans ce contexte il est difficile par le Centre d'être légitimé par le reste de l'hôpital :

Ce centre était vécu, au sein du CMCO, comme une espèce de virus, que tout le monde regardait avec, je dirais, de gros yeux, en disant « c'est quoi, ces gens de quoi ils s'occupent enfin ? ». Au sein même de l'hôpital, depuis toujours, il a été très mal perçu. Mal perçu du fait qu'on n'imaginait pas qu'un professeur comme le docteur D. [le gynécologue qui a créé le « Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme »] qui a opéré plein de femmes et tout, puisse tout d'un coup s'intéresser à d'autres choses que la chirurgie et la pure gynécologie...

(Gynécologue du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme, F-6)

Malgré les difficultés que les Centres rencontrent pour pouvoir exister et trouver une légitimation à leur travail, l'acupuncture a pu être intégrée parmi les consultations offertes. Il est donc loisible de se demander quelles sont les raisons qui motivent la

présence de cette thérapie non conventionnelle au sein des Centres d'Evaluation et Traitement de la Douleur.

Notons d'abord que dans les deux cas étudiés les médecins acupuncteurs sont des professionnels anciennement reconnus, qui ont trouvé un espace dans la structure publique grâce à leur expérience comme médecin, grâce à la considération pour leur travail, à leur visibilité ou aux connaissances personnelles qui ont permis leur insertion dans un service public.

...Il est normal que le docteur C.R. soit là, ça fait des années désormais qu'il travaille au sujet des problèmes de gynécologie, il a une vaste expérience, et en plus désormais il est un expert de fibromyalgie...

(Psychologue du Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnelles de la femme, F-9)

...C'est une ancienne anesthésiste du département, je l'ai connu il y a trente ans, elle avait quitté l'anesthésie pour aller vers l'acupuncture et ensuite elle a souhaité revenir à l'hôpital, donc à ce moment là, il y a dix ans, elle est venue me voir en me demandant: « Est ce que tu peux avoir des vacances par rapport à des douloureux... » Donc elle à commencé à travailler ici deux jours par semaine.

(Chef du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Paris, F-4)

Elle travaille ici parce que c'était une amie, qu'elle a voulu s'intéresser aux céphalées je lui ai dit : «viens faire les céphalées si tu veux» ...

(Chef di Centre d'Urgences Céphalées, F-22)

Ou encore ils travaillent à l'hôpital à cause de leurs « combats » pour l'acupuncture :

Il n'y a pas beaucoup de collègues qui veulent travailler à l'hôpital. Bien sûr le travail est dur et on est très mal payé, mais c'est ma manière de militer pour l'acupuncture, je suis convaincu qu'il n'y a pas d'autre manière pour qu'elle puisse se développer si ce n'est le travail dans les hôpitaux ; c'est la structure publique qui peut nous légitimer et nous donner, un jour, une reconnaissance. J'ai dû frapper à toutes les porte pour me faire entendre et les résultats que j'ai obtenus viennent du fait que les chefs de service connaissent mon nom...

(Médecin acupuncteur, Strasbourg, F-20)

Il faut noter à ce sujet que les deux médecins ont été formés par le médecin vietnamien Nguyen Van Nghi. Ce dernier, pendant une vingtaine d'années, a été une des références en France pour la pratique et l'enseignement de l'acupuncture. La chose peut avoir un certain intérêt puisque l'école de Van Nghi, bien que définie aujourd'hui par les acupuncteurs de la dernière génération comme une école « traditionnelle », a néanmoins une approche très pragmatique, autrement dit clinique, du malade et de la maladie. C'est donc probablement grâce à cette caractéristique que les acupuncteurs ont pu adapter leurs consultations au temps et aux situations propres au travail hospitalier.

Il reste à observer comment l'acupuncture est perçue et quelles sont les opinions que des médecins conventionnels peuvent avoir par rapport à la thérapie chinoise. Voici par exemple certaines définitions de l'efficacité de l'acupuncture données par des médecins non acupuncteurs, en l'occurrence, les coordonnateurs des Centres étudiés :

Par rapport à l'acupuncture... je suis très critique vis-à-vis de la médecine au sens large. Parce que si vous voulez dans mon travail ce que j'utilise, ce sont plus des supports que des choses prouvées. Je m'intéresse depuis plus de vingt ans à l'effet placebo, dans toutes ses composantes, toutes techniques, occidentales, orientales. Il est sûr que lui-même fonctionne selon les croyances du patient, de ses convictions, de sa confiance dans le médecin, et aussi selon les convictions du médecin... Et d'ailleurs on avait fait une étude comme ça en 1982 – 83. On avait vu avec une autre acupunctrice quel était la différence d'efficacité de l'acupuncture selon divers patients en cas de céphalées lombalgiques. Les résultats étaient complètement différents suivant qu'elle s'occupait des patients qui étaient venu demander l'acupuncture, de patients qui se voyaient proposer l'acupuncture et qui n'avaient pas demandé l'acupuncture a priori. Donc selon que c'était une demande primaire ou une proposition secondaire les effets sur les céphalées lombalgiques allaient du simple au double. Ce qui vous montre que la manière dont quelqu'un croit en quelque chose, dans un moyen, sera opérant également dans le résultat sans que le résultat soit dû spécifiquement au moyen....

(Chef du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Paris, F-4)

Académiquement l'acupuncture est une application de la médecine traditionnelle chinoise, pour traiter selon des théories et des philosophies certaines maladies, certains dysfonctionnements et apporter des réponses à certaines douleurs. Moi je n'explique pas la

présence de la consultation d'acupuncture au sein du centre d'évaluation et traitement de la douleur entièrement pour cette raison là. Je n'ai pas dit : « Il faut de l'acupuncture pour couvrir une partie des choses dont on n'arrive pas à s'occuper, et je vais faire appel à l'acupuncture pour couvrir cette partie là ». L'acupuncture est là de façon empirique et intemporelle.

Je n'ai pas aujourd'hui la possibilité de vous définir un patient type de la consultation de la douleur qui ne relèverait que de l'acupuncture. Donc les patients qui sont envoyés à l'acupuncture sont généralement des patients chez lesquels on sait qu'on va pouvoir utiliser dans le traitement des techniques faisant appel à la suggestion. Donc l'acupuncture va représenter d'une façon instrumentaire de suggérer quelques choses. Et c'est plus facile de suggérer quelque chose avec une instrumentalisation ou une symbolique instrumentale que de faire une suggestion pure comme pourrait le faire l'hypnose par exemple. C'est donc plus dans ce domaine là que je verrai ce rôle un peu ubiquitaire de l'acupuncture.

(Chef du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Strasbourg, F-15)

Je crois, et j'utilise à dessin le mot croire dans le mystère de l'acupuncture. Si vous me demandez si je crois en Dieu, je vous dis, non je ne crois pas en Dieu, mais je crois dans un mystère et on peut très bien porter une foi dans un mystère beaucoup plus facilement que de porter la foi sur quelque chose de nettement plus définie et qui vous est imposée. Je crois dans le mystère de l'acupuncture et je suis persuadé que c'est une technique qui est opérante aussi bien dans un domaine somatique, neurophysiologique que psychologique. Elle est multiopérante. Il y a des explications neurophysiologiques qui peuvent être données pour expliquer son efficacité mais, bien sûr, on peut aussi se faire l'avocat du diable et dire non, ce n'est pas ça, il s'agit d'une croyance qui suppose l'adhésion à une philosophie chinoise des contraires, du chaud, du froid, du *yin*, du *yang*...

(Chef du Centre d'évaluation et traitement de la douleur, Strasbourg, F-15)

Selon l'avis des médecins interviewés vis-à-vis de la thérapie par acupuncture il s'agit de croyance, de suggestion, de mystère, même là où ils lui reconnaissent une définition « académique » et des « explications neurophysiologiques ». C'est donc une position double et complexe, d'acceptation, et presque de mise en valeur, mais en même temps de défiance et de scepticisme.

Cette attitude confirme le caractère « isolé » de la consultation d'acupuncture au sein des Centres étudiés (encore plus en milieu public en général). Bien qu'intégrée dans l'équipe du Centre, la consultation d'acupuncture reste une activité relativement externe au

travail du Centre. La preuve en est le recrutement des patients (pas nécessairement par le biais de la répartition fait par le secrétariat) et l'avis des responsables des Centres. Il est aussi vrai que, comme on l'a montré dans l'analyse du premier cas étudié (là où le travail de l'acupuncteur est le mieux intégré au sein de l'équipe parmi les exemples choisis), ce sont probablement les caractéristiques intrinsèques de la médecine chinoise pratiquée en France aujourd'hui en milieu public qui rendent ce moyen de soin difficile à intégrer. Puisque le système médical est organisé en spécialités, une médecine qui revendique une « approche globale » et une thérapie en quelque sorte autosuffisante par elle-même se trouve en contradiction avec les demandes d'une organisation de la santé publique qui comporte des sectorisations pratiques et disciplinaires.

Chapitre VI - Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en Italie et son enseignement

1. La médecine chinoise à l'hôpital Luigi Sacco, Milan

L'apparition de la pratique de thérapies venant de la médecine chinoise au sein de certains services de l'hôpital Luigi Sacco de la ville de Milan remonte à 1996. Depuis cette date, différentes autres pratiques ont été introduites dans le travail de l'hôpital et de nombreux problèmes ont été rencontrés pendant la réalisation des projets mis en place. Comme nous l'avons fait pour les cas français, nous présenterons les résultats de ce travail de terrain auprès de la structure hospitalière qui a été terminée en juillet 2004, grâce à la disponibilité et à la participation des médecins, soignants et responsables directement contactés pendant la phase de récolte des données.

1.a. L'hôpital Luigi Sacco, de l'hôpital de province à l'établissement hospitalier (azienda ospedaliera): bref historique, structure et organisation

L'hôpital Luigi Sacco, situé dans la banlieue Nord de Milan, a été inauguré en octobre 1931. C'était alors un centre de soins anti-tuberculose (il porte le nom d'un médecin milanais qui, à la fin du XVIII^e siècle, s'était engagé dans la diffusion de la vaccination contre la variole). Pendant longtemps, il a été connu sous le nom de Sanatorium de Vialba. Il fut tour à tour garnison hospitalière puis, à partir de 1941, l'un des hôpitaux spécialisés de la province et aussi le pôle de référence pour les régions limitrophes de Vialba, Quartoggiaro et Roserio. La structure de l'hôpital a été conçue selon des critères précis aptes à garantir la meilleure fonctionnalité pour le traitement des tuberculeux.

Depuis lors, l'hôpital a subi plusieurs agrandissements et améliorations. Mais le vrai changement a été mis en œuvre autour de 1968 au moment où, grâce à une réforme hospitalière, le Sanatorium est devenu hôpital provincial, c'est-à-dire un hôpital polyvalent reconnu par la région de Lombardie. Ce passage d'une structure monofonctionnelle, le « Sanatorio », au centre polyvalent (hôpital général), a entraîné une diversification des pathologies qui y sont traitées et, par conséquent, une série de modifications architecturales ont été nécessaires pour répondre aux exigences multidisciplinaires.

Vers la fin des années 1970, un nouveau projet fut présenté, visant l'amélioration de la structure de l'hôpital qui, organisée en pavillons, était dispersée et peu fonctionnelle. Malheureusement les financements mis à disposition par la région n'étaient pas suffisants pour une totale rénovation de l'hôpital : la restructuration n'a été que partielle et segmentée. Parmi les travaux de modernisation compris dans le programme il y a eu :

- l'incorporation des deux petits hôpitaux limitrophes, l'Anea et le Bassi (ce dernier devient le pavillon de maladies infectieuses, lieu dans lequel commencent les consultations d'acupuncture) ;
- la concentration de trois divisions de médecine générale en un seul pavillon (3^e pavillon), la naissance d'un quatrième pavillon pour les maladies infectieuses ;
- la construction d'un centre poly-ambulatoire pour coordonner l'hôpital avec les exigences et les demandes du territoire (y compris la ville de Milan). Ce dernier a permis à l'hôpital d'être relié avec cinquante hôpitaux universitaires en Italie.

En 1974, une convention a été signée entre l'hôpital Luigi Sacco et l'Università degli Studi de Milan. Cette collaboration a permis à l'hôpital de devenir le deuxième pôle médical universitaire de la ville. 1974 marque un autre changement important : l'hôpital Sacco est devenu un établissement hospitalier (*azienda ospedaliera*) et a ainsi obtenu l'autonomie économique, financière et de gestion¹. Aujourd'hui, après plusieurs autres changements et transformations, le plan de l'hôpital présente un total de vingt-deux pavillons, partiellement reliés entre eux et disposés autour d'un corps central.

La configuration en bâtiments séparés, l'organisation dispersée et la composition fragmentée de la structure de l'hôpital ont créé des problèmes de gestion et de ralentissement dans les activités ordinaires. Cette configuration même se présente comme une métaphore ou une représentation analogique d'une coordination médiocre et d'un synchronisme problématique des activités sanitaires dont nous nous sommes occupés dans notre étude (c'est-à-dire les médecines non conventionnelles, et en particulier l'acupuncture). Comme nous le montrerons ci-dessous, la pratique de l'acupuncture, bien que présente dans plusieurs services de l'hôpital, montre des caractéristiques d'indépendance évidente et de forte différenciation selon les services.

¹ Cf. : Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia, Dalla peste europea alla guerra mondiale (1348-1918)*, Rome-Bari, Laterza, 1995.

1.b. Deux moments et deux phases de l'introduction en milieu hospitalier des pratiques médicales chinoises

L'apparition et l'introduction de pratiques médicales chinoises dans l'établissement hospitalier sont marquées par deux étapes fondamentales : la première entre 1996 et 1999, où deux services s'engagent, de manière autonome, dans l'utilisation de thérapies non conventionnelles ; et la seconde, de 1999 à nos jours, pendant laquelle plusieurs services participent à des projets d'observation et d'évaluation des thérapies non conventionnelles, en ayant répondu à une proposition du service de santé de la région de Lombardie.

Presque simultanément (en 1996) un médecin interne au service Maladies Infectieuses, et un des kinésithérapeutes du service de Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, suggèrent à leur médecins chefs l'introduction respectivement de l'acupuncture et du shiatsu¹ comme prestations proposées dans la structure hospitalière. Le travail a été conduit séparément dans les deux services pendant deux ans.

La configuration de la distribution et l'importance de la présence des médecines non conventionnelles a remarquablement changé à partir de la fin 1999. En 1999, après la réforme sanitaire (mise en œuvre par le ministre de la santé Rosy Bindi²), la région de Lombardie, sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé, approuva une délibération qui prévoyait l'activation de projets en matière de médecines complémentaires, en tant que première phase d'un parcours qui visait à l'approfondissement des connaissances relatives à la pratique de ces médecines.

L'hôpital L. Sacco répondit à la circulaire de la région, adressée aux institutions hospitalière publiques et privées, en déposant treize protocoles d'« observation et d'évaluation de procédures thérapeutiques de médecine complémentaire » dont douze projets ont été approuvés par le Comité Technique et Scientifique de la région en février et en juillet 2001³. Le nombre des services où les thérapies non conventionnelles ont été

¹ Nous avons décidé de nous intéresser à l'apparition du shiatsu dans un service de l'hôpital Sacco parce qu'il s'agit d'une technique de soin qui trouve ses bases théoriques dans la médecine chinoise, donc en quelque sorte très proche du travail des médecins acupuncteurs. Nous avons aussi considéré intéressant d'insérer ce cas d'étude dans mon travail parce que l'insertion du shiatsu dans le service de Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle et de l'acupuncture dans le service de maladies infectieuses se passe plus ou moins dans la même période et avec des relations entre les deux services.

² Loi 419, novembre 1998.

³ Direzione Generale della Sanità Regione Lombardia, Décret n° 2891 du 09.02.2001 et Décret n° 16935 du 12.07.2001.

pratiquées augmenta de manière notable ; une nouvelle organisation se dessina dans le cadre hospitalier. Jusqu'au moment où, au niveau national, presque toutes les prestations médicales non conventionnelles furent exclues des remboursements du *ticket* (redéfinition des LEA).¹

1.b.1. La première phase, les deux services intéressés par la médecine non conventionnelle.

La femme médecin, interne à l'hôpital dans le service maladies infectieuses (qui étudiait aussi à l'école So-wen², proposa au médecin chef de son service d'utiliser des traitements d'acupuncture pour les très nombreux cas de neuropathie périphérique des malades du SIDA. L'initiative fut non seulement bien acceptée par le service, mais fut aussi présentée au Comité éthique de l'hôpital qui donna son approbation. Un an après, les résultats de l'étude étant plus que positifs³, le protocole fut présenté auprès de l'Institut Supérieur de la Santé, dans le cadre du programme national de recherche sur le SIDA. Il fut approuvé et financé pour une durée d'un an renouvelable (en 1998 et en 1999).

Le projet s'intitulait : « Studi policentrici del trattamento del dolore nella neuropatia periferica simmetrica distale HIV-correlata, con farmaci ed Agopuntura Classica Cinese ». Il a été conduit par le médecin, dans un deuxième temps soutenu par un autre médecin de l'école So-wen. Pour la réalisation de cette étude, l'efficacité et la tolérance de différentes approches thérapeutiques ont été comparées : dans le contrôle de la douleur et dans le cas de neuropathie périphérique HIV corrélée. Pendant la deuxième partie de l'étude il a été nécessaire de préciser la nature du dysfonctionnement causé par la neuropathie⁴ et l'évaluation de la douleur a été menée selon des modalités différentes de celles normalement adoptée en milieu sanitaire⁵. En effet, c'est l'étude du Temps Saillant Cutané (TSC)⁶ qui a été utilisée. L'emploi de ce moyen d'évaluation biomédical a montré

¹ D.P.C.M. du 29 novembre 2001 « Definizione dei livelli essenziali di assistenza » (LEA), *Gazzetta Ufficiale* n°33, 8 février 2002 et mis en vigueur à partir du 23 février 2002.

² Association et école privée d'acupuncture et de médecine chinoise à Milan.

³ Ces résultats servent au médecin comme matériel pour le mémoire de diplôme en acupuncture (école Sowen).

⁴ Les neuropathies ont été différenciées en neuropathies *assonali* et *demelinizzanti*. Il a été démontré que l'acupuncture était efficace surtout pour les neuropathies demelinizzanti.

⁵ Généralement basée sur une auto-évaluation du patient en utilisant une échelle de la douleur (McGill Pain) et une échelle analogique et visuelle de l'intensité de la douleur (VAS).

⁶ Temps Saillant Cutané (TSC): « ...réflexe nociceptif médiateur afférent aux fibres A delta des membres supérieures, pour étudier le comportement des petites fibres à fin d'évaluer si le TSC est altéré dans les patients HIV positifs avec DSP (polyneuropathie distale sensitive). » in: « Studio policentrico del trattamento del dolore nella neuropatia periferica simmetrica distale del dolore nella neuropatia periferica

que les résultats du TSC chez les malades HIV positifs dont les membres inférieurs sont atteints de neuropathie, révèlent aussi des valeurs altérées dans les membres supérieurs, bien qu'aucun symptôme de neuropathie n'y soit perceptible.

L'acupuncture faisant partie d'un projet de validation d'une technique médicale non conventionnelle, il en résulte que les études ont conduit à un progrès touchant au pronostic dans le cadre général de la médecine conventionnelle. L'élément est digne d'attention puisqu'il produit des résultats inattendus. En effet, dans ce cas particulier, le signe prédictif d'apparition de la neuropathie et de la douleur dans les membres supérieurs déplaça le centre d'intérêt des questions de validation de la médecine non conventionnelle vers un acquis de toute manière utile, dans un sens général, au diagnostic et à la cure.

Actuellement, dans le service des maladies infectieuses, la thérapie avec acupuncture n'est plus limitée au cadre de projets ciblés mais a été étendue aux malades hospitalisés¹ si nécessaire, toujours dans l'hôpital mais hors du service lui-même². Dans le même pavillon, le médecin acupuncteur a obtenu un espace ouvert au public pour pratiquer l'acupuncture en dispensaire, en commençant donc à s'occuper de pathologies différentes de celles traitées dans son service (arthrite, lombalgie, acouphènes, bronchite, fibrome, cervicalgie). En plus, les demandes étant très nombreuses et les listes d'attente trop longues, au début de l'année 2001, une convention a été proposée et signée entre l'hôpital L. Sacco et l'école So-wen. Il a ainsi été possible d'ouvrir des consultations d'acupuncture dans l'hôpital lui-même et dans trois polycliniques (dispensaires) dépendant de l'hôpital et localisées sur le territoire de la ville de Milan. Tout cela a été réalisé grâce à huit médecins de l'école So-wen qui ont offert leur collaboration au médecin interne de l'hôpital.

Le deuxième service où la pratique médicale non conventionnelle a fait son entrée est le service de récupération et de réhabilitation fonctionnelle. Un des kinésithérapeutes internes à l'hôpital dès 1980 continua sa formation à la thérapie manuelle en fréquentant

simmetrica distale HIV correlata con farmaci ed agopuntura classica cinese », Progress Report, Programme national de Recherche sur le SIDA, Accord de collaboration scientifique n. 30B.86, 1998

¹ « Dans les cas de patients internes, quand nous avons déjà donné des médicaments sans des véritables résultats et quand on considère que leur donner encore pourrait entraîner des problèmes autres, alors nous proposons à ces patients un traitement d'acupuncture... », « Nel caso di pazienti degenti, quando abbiamo già dato dei farmaci senza notevoli risultati e quando riteniamo che darne ulteriori potrebbe comportare dei problemi, allora proponiamo ai pazienti degenti un trattamento di agopuntura... » (Chef du service maladies infectieuses, I-20)

² « Dans le cas des patients HIV positifs aphasiques souvent dans l'hôpital nous appellent et de toute manière on est très souvent appelés pour toutes pathologies... » « Nel caso di pazienti HIV positivi afasici spesso ci chiamano all'interno dell'Ospedale, e comunque siamo spesso chiamati per diverse patologie... » (Médecin acupuncteur du service maladies infectieuses, I-20)

une école de shiatsu.¹ Entre 1990 et 1995 (année dans laquelle il termina ses études) il a commencé à présenter aux médecins du service, et en particulier au responsable, la valeur et les possibilités du traitement de shiatsu². Cette proposition suscita un vif intérêt. En 1996, en effet, à l'intérieur du service fut organisé le premier « Stage d'introduction au Shiatsu pour thérapeutes de la réhabilitation »³, avec la collaboration de l'école Aiki Shiatsu Kyokai.⁴ Plusieurs stages ont eu lieu et, aujourd'hui, à peu près la moitié de l'effectif y a participé⁵ sur un total de quinze thérapeutes du service.

Grâce à l'activité de formation et au dévouement des thérapeutes, la pratique du shiatsu a évolué dans le service. Déjà, après le premier cours, certains kinésithérapeutes qui y avaient participé ont commencé à utiliser de manière spontanée, là où ils le considéraient utile (avec l'accord complet des médecins du service), les techniques du shiatsu, tant sur les patients internes au service que dans les consultations en ambulatoire. Le médecin (dans ce cas désigné en italien par le terme de *fisiatra*) qui visitait les patients auxquels il prescrivait les séances de kinésithérapie avait lui aussi participé au cours. Bien au courant des possibilités de travail et des indications appropriées, il choisissait fréquemment le shiatsu comme thérapie conseillée (avant la redéfinition des LEA). En plus des cours et du travail à l'intérieur du service, dans un espace accordé aux kinésithérapeutes est exercée une activité libérale en ambulatoire.

1.b.2. Deuxième phase, les projets d'« observation et évaluation de procédures thérapeutiques de médecine complémentaire »⁶ approuvés par la région Lombardie

Les prestations médicales non conventionnelles qui, pour un certain nombre d'années, ne furent que des expériences ponctuelles et concentrées en deux services de l'hôpital, après la présentation des projets d'observation se sont étendues à l'intérieur de l'établissement

¹ Le CMT (Centro di Medicina Tradizionale) n'existe plus. Le directeur du CMT est maintenant présidente de l'Aiki Shiatsu Kyokai.

² Le kinésithérapie présenta un mémoire de fin d'études clinique sur la réhabilitation respiratoire et utilisa ses expériences de shiatsu en hôpital comme matériel pour son mémoire.

³ Le cours avait été approuvé avec la délibération de l'hôpital Sacco n° 815 le 26 juillet 1996. Les stages pour kinésithérapeutes ne sont pas financés par l'hôpital et donc aux stages ont participé des stagiaires externes à l'effectif pour couvrir les dépenses.

⁴ École privée de Shiatsu à Milan.

⁵ Et certains ont aussi terminé l'école de Shiatsu (Aiki Shiatsu Kyokai).

⁶ Il faut souligner qu'il n'existe pas une définition de « médecine non conventionnelle » et aussi de « médecine complémentaire » dans les textes officiels produits par la région. La définition qui revient le plus souvent est celle de « médecine non conventionnelle ». Probablement l'attention a été posée sur les médecines non conventionnelles qu'auraient pu avoir un statut complémentaire à la médecine officielle.

hospitalier en 2001. Elles ont eu une légitimation par l'approbation formelle au niveau régional, avec des buts de recherche (même si non d'expérimentation) dans une optique future de reconnaissance scientifique et professionnelle. Les douze projets approuvés ont intéressé huit services de l'hôpital et ont concerné les formes thérapeutiques suivantes : l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie et le shiatsu. Parmi ces différentes techniques et approches médicales, l'acupuncture (en certain cas combinée avec l'homéopathie et la phytothérapie) et le shiatsu ont été acceptées avec le plus de facilité à l'intérieur de l'hôpital Sacco.

De manière concrète, la mise en œuvre des projets s'est déroulée différemment selon les services. Dans le cas des deux services dans lesquels les deux médecines non conventionnelles avaient déjà trouvé un espace d'application et de reconnaissance interne, l'application des protocoles ne s'est pas heurtée à de grosses difficultés. Une situation intéressante concerne les services d'Odontologie et Rhumatologie (services dans lesquels aucune technique médicale non conventionnelle n'avait jamais été proposée avant la présentation des protocoles) puisque ces services ont pu rendre actives et dynamiques les activités médicales suggérées dans les projets présentés par la région.

Les trois médecins responsables des projets liés à l'acupuncture sont des élèves du cours de perfectionnement en acupuncture de l'Université de Milan. Pour la réalisation des protocoles, ils se réfèrent à l'intervention et à la collaboration du professeur organisateur du cours universitaire. En effet, c'est à l'intérieur de l'hôpital Sacco que le médecin chef du service de chirurgie, également responsable pour la région des projets d'observation, a mis à disposition une salle dans laquelle se tiennent les exercices pratiques du cours de perfectionnement en acupuncture de l'Université de Milan. C'est pendant ces cours que les deux médecins présentent leurs patients, adhérents potentiels aux protocoles d'observation. Ces patients sont examinés par le professeur qui procède au diagnostic et décide, avec les deux médecins, de la stratégie de traitement. Comme dans les cas mentionnés précédemment (le kinésithérapeute qui pratique le shiatsu et le médecin acupuncteur du service Maladies Infectieuses) ainsi que les médecins responsables de ces derniers projets utilisent leur expérience à l'hôpital comme sujet de leur mémoire de fin de diplôme.

La situation générale à l'intérieur de l'hôpital change lorsque la rectification des LEA exclut pratiquement toutes les médecines non conventionnelles des prestations remboursées. La disposition nationale (qui pour la Lombardie est devenue effective le 24

avril 2002¹) a donné un coup d'arrêt au développement des projets : n'étant pas financés mais intégrés dans l'activité ordinaire de l'hôpital et soumis à la législation nationale, ils ont perdu un grand nombre de patients (ceux qui, avec la prise en charge du médecin généraliste ou spécialiste² ne payaient que le tarif du *ticket* pour la consultation sont maintenant obligés de payer le plein tarif établi par l'hôpital qui est légèrement inférieur aux tarifs des médecins privés). Suite à cette décision nationale, les responsables des projets (par initiative personnelle) ainsi que la direction de l'hôpital et le responsable général ont fait la demande à la région de différer l'application des restrictions des LEA et de pouvoir ainsi terminer la première phase des projets en cours, (dont l'échéance était prévue deux ans après leur application, donc février et juillet 2003) selon les critères établis au moment de l'approbation.

1.c. La confrontation entre les deux phases d'apparition de la médecine chinoise à l'hôpital Luigi Sacco

Dans les sections précédentes, nous nous sommes arrêtés sur la description des lieux de pratique, du travail conduit et des projets de recherche concernant la médecine non conventionnelle à l'hôpital L. Sacco. Par la suite, nous nous concentrerons sur l'analyse de nos observations de terrain et des discours tenus par les médecins rencontrés et sur l'étude des textes rédigés par ces derniers, pour montrer de quelle manière la pratique de la médecine chinoise a trouvé un lieu d'expression à l'intérieur de l'hôpital et comment elle se trouve confrontée à la médecine officielle (conventionnelle).

Dans notre travail de terrain nous ne nous sommes pas borné à l'observation et l'interrogation des médecins pratiquant la médecine chinoise à l'intérieur de l'hôpital L. Sacco, nous avons, en effet, aussi interrogé les responsables des projets observationnels au niveau hospitalier, et les responsables des mêmes projets au niveau de l'administration régionale. L'observation de la relation entre le langage – la terminologie –, les argumentations choisies par les praticiens – par rapport au travail qu'ils ont proposé dans les protocoles et dans les situations réelles de travail³ - et l'analyse du discours des médecins thérapeutes rencontrés à cette occasion n'ont pas comme but la critique du

¹ Cf. : Circulaire du DRG n° 8077 du 21 février 2002.

² Concernant l'activité du médecin généraliste en Italie, Cf. : Chapitre IV, p. 426-437.

³ Ce que A. Cicourel appelle l'« écologie locale »: « ...un discours qui est tenu reproduit, à niveau microscopique, les contraintes et ressources organisationnelles et institutionnelles plus vastes qui reflètent les différences de statut et de pouvoir inhérentes à une société donnée... ». Cicourel A. V., *Le raisonnement médical, Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002, p. 29.

phénomène social et culturel, mais l'identification des objets et des actions qui constituent le scénario public dans lequel les réalités observées se réalisent et évoluent¹. Il ne s'agit pas de critiquer la phénoménologie sociale et culturelle à l'œuvre mais d'identifier des objets et des actions qui constituent le scénario public dans lequel les réalités observées se réalisent et évoluent. Pour cela, d'une part nous nous sommes appuyé sur l'observation de la relation entre le langage, la terminologie, les argumentations choisies par les praticiens et le rapport au travail qu'ils ont proposé dans les protocoles et dans les situations réelles de leur pratique, et de l'autre nous sommes resté attentif au discours et aux motivations avancées par les chefs des services, les responsables des projets autant au niveau hospitalier que régional.

Jusqu'ici, nous avons tracé le parcours historique de l'apparition de la médecine chinoise à l'intérieur de l'hôpital L. Sacco en le distinguant en deux phases. Il est donc intéressant de souligner certaines caractéristiques appréciables de ce processus qui peut être lu en relation avec la légitimation d'un protocole officiel (celui de la région de Lombardie) et avec les réactions subjectives des médecins et des thérapeutes.

Dans la première phase on a assisté à l'entrée de deux pratiques de soin venant de la médecine chinoise (l'acupuncture et le shiatsu) dans deux services de l'hôpital. À l'origine, les deux initiatives étaient proposées et conduites grâce à la volonté personnelle d'un seul médecin et thérapeute, faisant partie de l'effectif de l'hôpital, intéressé par une technique médicale et désireux de l'utiliser en milieu hospitalier. L'initiative a été accueillie positivement par les responsables des deux services :

En effet la question de l'acupuncture est désormais officiellement reconnue, même par les organismes américains désignés, bien qu'en Italie il ne le soit pas encore... De toute manière l'acupuncture est digne de crédibilité. Voilà pourquoi il y avait toutes les raisons pour considérer sérieusement la proposition du docteur Z.

(Chef du service Maladies Infectieuses, I-7)

...Vers les années 90, grâce à B., on a commencé à parler de traitement shiatsu... et les choses ont rapidement mûri avec l'organisation des cours de formation. Je dois aussi répéter, que tout ça se fait grâce à l'action de B. que, bien sûr, j'ai toujours vivement soutenu.

¹ Cf. : Donzon J.-P., Fassin D., *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 343-353.

(Chef du service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, I-6)

L'expérience avait commencé pour des raisons personnelles, puisque le médecin et le kinésithérapeute ont utilisé leur travail en hôpital pour terminer leur parcours d'étude. En effet, plusieurs résultats ont été recueillis :

...je devais me diplômer en acupuncture et, puisque j'étais infectiologue, j'étais confrontée avec le gros problème des neuropathies périphériques HIV corrélées. Nous avons essayé avec les remèdes communément utilisés, mais sans de véritables succès. J'ai donc demandé à mon chef de service si, éventuellement, elle me laissait la possibilité d'utiliser l'acupuncture pour ce traitement.

Mon chef était d'accord et on a présenté un projet au Comité Ethique de l'hôpital...Ce travail, qui a servi pour mon mémoire de diplôme, a continué. En effet on l'a présenté à l'Institut Supérieure de la Santé dans les projets qui concernent le SIDA...Et il en est sorti un travail vraiment et absolument intéressant...

(Médecin acupuncteur du service Maladies Infectieuses, I-36)

Dans le service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle les cours de formation au shiatsu pour les thérapeutes se sont répétés, le nombre des praticiens à l'intérieur de l'effectif du service a augmenté autant que les demandes de kinésithérapeutes qui pratiquent le shiatsu. L'intérêt n'est pas resté circonscrit simplement au service de Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle :

Par exemple, en réanimation, puisque les médecins connaissent les thérapeutes, il arrive qu'ils demandent de faire venir une personne plutôt qu'une autre, parce qu'ils savent que certains thérapeutes ont une manière différente de travailler. Au point que certaines fois ils demandent au thérapeute " Peux-tu faire une des choses que tu sais faire...? "...Il nous est arrivé une histoire avec un garçon qui avait des fièvres très hautes, ils avaient déjà essayé tous les moyens classiques pour faire descendre la température, mais il est resté peut-être plus d'un mois dans ces conditions. Jusqu'au moment où une collègue kinésithérapeute a proposé d'utiliser une huile essentielle pour un traitement avec une approche qui vient du shiatsu. Cela a totalement changé la situation et la température a énormément baissée. Parfois il y a ces interventions un peu magiques. Et donc ils te disent "Est ce que tu peux faire quelque chose pour ce patient du moment que nous ne savons plus quoi faire?..."

(Kinésithérapeute du service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, I-4)

L'augmentation des demandes et le succès des initiatives ont conduit les deux services à se servir de l'intervention et des prestations d'associations privées externes à l'hôpital. On a donc assisté à une interaction entre le milieu public et des contextes privés dont les services sont fournis à l'hôpital Sacco selon différentes modalités. Tout d'abord la collaboration avec l'association (et école) So-wen a commencé avec une aide au médecin acupuncteur du service maladies infectieuses pour terminer le projet expérimental :

...à partir du projet, beaucoup d'autres patients ont demandé l'acupuncture. L'année passée, plus ou moins à la même période, nous avons dit : "OK, on va les aider...". Nous avons signé une convention entre l'hôpital Sacco et l'école et huit personnes sont allées travailler dans l'hôpital et dans quatre poly-ambulatoires dépendants de l'hôpital qui se trouvent en cette partie de la ville (sud-est de Milan). Ce qu'on a demandé à l'hôpital a été : " Nous sommes d'accord pour une collaboration, mais nous vous demandons de faire l'acupuncture de la même façon qu'on la pratique à titre privé. Ça signifie : première visite d'une heure, les visites suivantes d'une demie heure par patient, avec la possibilité de travailler en cabinet...". Et les patients sont très heureux. Malgré les huit médecins on n'a pas encore épuisé les listes, je crois qu'il y a encore six mois d'attente.

Si on veut donner une indication générale on peut dire qu'en un an on a effectué un peu moins de cinq mille thérapies. Et les gens sont vraiment contents. On est en train de distribuer un questionnaire pour évaluer le niveau d'appréciation ...

(Président et enseignant de l'école So-wen, I-14)

Pour ce qui concerne le shiatsu, en revanche, l'école Aiki Shiatsu Kyokai a institué avec l'hôpital des formes de collaboration non officielles. Le président en parle ainsi :

...On a conclu une sorte d'accord officieux avec le responsable du service et donc nos élèves vont faire leur stage de fin d'étude là bas. A l'hôpital cela convient parce qu'ils ont une liste d'attente de deux cents/ trois cent personnes : ainsi ils écoulent un peu de patients... En même temps les collègues de B. se sont rendus compte qu'une série de concepts que nous utilisons dans le shiatsu sont transformables, ça veut dire qu'ils peuvent être utilisés dans n'importe quel « setting » de thérapie manuelle. Par exemple l'utilisation de la respiration comme rythmique principale pour régler les interventions pendant le traitement. Exécuter une manœuvre d'allongement pendant l'expiration donne de meilleurs résultats parce que pendant l'expiration le patient baisse son niveau de contrôle. Des

collègues de B. ont commencé à s'intéresser à cela en le voyant travailler : ils se sont rendus compte comment s'était améliorée l'efficacité de sa technique de kinésithérapie – pendant son travail à l'hôpital il utilisait aussi des techniques de shiatsu. Dans l'hôpital nous avons organisé un cours d'approche au shiatsu pour les kinésithérapeutes.

(Président et enseignant de l'école Aiki Shiatsu Kyokai, I-25)

Pendant la deuxième phase, la situation générale de la pratique des médecines non conventionnelles, et de l'acupuncture en particulier, a subi plusieurs mutations. Si précédemment les initiatives venaient de l'action d'un individu, ensuite, avec la participation de l'hôpital Sacco aux projets régionaux en qualité d'établissement hospitalier, le cadre change. Il ne s'agit plus de travaux ponctuels localisés en deux services, mais d'un programme unique auquel plusieurs médecins, internes aux services hospitaliers, ont participé avec la présentation d'un ou deux protocoles. Il faut noter que, à l'intérieur de l'hôpital, les projets régionaux représentent un « *target* officiel » dans le contexte d'un discours plus ample et articulé qui prévoyait l'ouverture d'un service ambulatoire exclusivement consacré aux médecines non conventionnelles. L'ambulatoire aurait dû réunir plusieurs spécialistes (précédemment sélectionnés par le Comité scientifique de l'hôpital) qui jusqu'à ce moment travaillaient dans différents services. L'ambulatoire serait ainsi devenu une division indépendante.

C'est alors que se sont dessinées deux perspectives différentes pour la médecine non conventionnelle à l'intérieur de l'hôpital : une reconnaissance publique et officielle grâce au projet proposé par la région de Lombardie et l'éventualité informelle d'un espace d'ambulatoire et de dispensaire. La délibération de la région prévoyait, comme on l'a dit, une approbation des projets d'observation. Ces projets ne nécessitaient pas le consentement du Comité éthique de l'hôpital et ne prévoyaient aucune forme de financement (qui en revanche avait été obtenu pour le projet sur les malades HIV). L'hôpital et chaque service auraient dû se charger des frais prévus pour l'exécution.

Le cadre général de la proposition, à laquelle un bon nombre de médecins et de services ont adhéré (dont plusieurs projets concernant la médecine chinoise) apparaît clairement dans les buts initiaux soutenus par le coordinateur qui étaient :

...de recueillir semestriellement les données et de vérifier, au cours des projets, s'il y avait une bonne réponse de la part de la population. Parce que, au fond, la fonction des projets était de comprendre si le type de traitement sous observation était apprécié par le

public. Et ça a été évalué avec l'augmentation des demandes, qui a été une augmentation plutôt rapide, mais qui s'est interrompue et évanouie...

(Coordinateur opérationnel du projet concernant la médecine complémentaire, I-6)

Évanoui, malheureusement, avec une partie de l'enthousiasme des médecins pour la proposition, une fois entrée en vigueur le décret LEA. Dans la déclaration du responsable pour la Lombardie du projet concernant la médecine complémentaire, on peut voir comment la rectification des LEA a empêché de poursuivre le finalité des projets et une reconnaissance plus importante des médecines non conventionnelles dans l'hôpital :

Je crois que sont intervenues surtout des raisons psychologiques, les restrictions des LEA ne sont en aucune manière invalidantes pour l'exécution des projets. Les médecins ne sont pas d'accord sur la valeur non invalidante de la rectification des LEA parce que c'est comme s'ils voyaient la reconnaissance formelle de leur pratique menacée, mais, en réalité, au niveau de l'activation des projets je ne vois pas la raison. À l'exclusion de l'acupuncture, qui avant était comprise dans le tarifaire national et maintenant n'y est plus, les autres thérapies n'ont jamais été remboursées, ni avant, ni après la délibération concernant les Niveaux Essentiels d'Assistance (LEA)...

(Responsable de la région Lombardie du projet concernant la médecine complémentaire, I-22)

Il existe selon lui des raisons psychologiques qui conditionnent la motivation et la détermination à s'engager pour poursuivre le projet, mais des raisons administratives ralentissent aussi le processus :

Le projet a été approuvé depuis longtemps. Mais le problème est que notre administration (la direction générale de l'hôpital Sacco) est, comment dire, un petit peu lente et investigatrice....

(Médecin acupuncteur du service de Rhumatologie, I-37)

Il existe aussi des questions économiques qui rendent difficile de trouver les patients pour tout le cycle de l'observation :

...Il n'est pas facile, pour moi cela devient un travail supplémentaire que je devrais faire l'après-midi, donc une activité différente que je devrais faire en dehors de mon horaire

de travail. Le patient vient ici pour faire de l'acupuncture, les visites sont programmées avec des échéances différentes, mais j'ai besoin de savoir quelque chose, qu'est ce que je dois dire à ces patients. Si à l'administration ils me disent que c'est un travail qu'il faut faire payer...alors, à ce moment là...

(Médecin acupuncteur du service de Rhumatologie, I-37)

Et enfin, il existe probablement aussi des raisons tactiques et de prestige pour l'hôpital. La rectification des LEA a signifié une non reconnaissance des médecines autres que la médecine officielle, ne les considérant pas comme des thérapies « qui sauvent la vie » et donc pas dignes d'être remboursées. Suite à cette décision étatique il est donc possible que les motivations suffisantes pour pouvoir rendre concret l'insertion de ces pratiques dans l'hôpital, soient manquées au moment d'une présumée nouvelle proposition de développement à l'intérieur de l'hôpital Sacco.

...Pour les projets régionaux, qui avaient un ton et une image officielles il n'y a pas eu de « stop », l'hôpital a dit « continuez »... pour celles qui pouvaient être des nouvelles expériences, c'est-à-dire l'ouverture d'ambulatoires, ou des choses de ce genre-là, rien n'a été fait. Seule la procédure dans le contexte du projet régional a été mise en place. Pour le reste, bien évidemment, il n'y a pas eu de motivation...au fond, chose plus que compréhensible...

(Coordinateur opérationnel du projet concernant la médecine complémentaire, I-6)

Malgré toutes les difficultés, certains projets ont pu commencer, continuer et être menés à bien, quoique plusieurs mois après la date prévue :

En ce moment on est en train de conduire trois études avec la région Lombardie : ...ils sont des études en cours et en particulier celui sur les cervicalgies donne de très bon résultats...

(Médecin acupuncteur du service Maladies Infectieuses, I-36)

...Les projets ont bien démarré il y a un an et je dirais qu'ils fonctionnent assez bien, les patients sont satisfaits. S'ils ne continuent pas on risque de tout jeter ce qu'on a fait jusqu'à maintenant. Ça serait dommage. Pour la première fois que l'efficacité de la médecine chinoise était testée par le système public en Italie... En effet on sait très bien que l'acupuncture, comme d'autres médecines non reconnues, fonctionne. Le problème est

que l'on ne veut pas l'admettre...Donc nous continuons même après cette décision nationale (rectification des LEA) que la Lombardie a décidé d'accepter totalement. Et puis, vis-à-vis de patients qui sont en train d'être soignés et qui font partie du protocole, que leur dire ? Que ça suffit ?

...Dans le cas du projet d'acupuncture, le patient payait avant un *ticket* pour la prestation d'odontologie et un pour l'acupuncture. Maintenant le patient paye la prestation d'odontologie comme établie par le *ticket* et l'acupuncture devrait être entièrement payante, mais nous avons décidé de faire payer un tarif qui revient à celui du vieux *ticket*, de manière à ce qu'on puisse terminer notre étude...Pour les autres projets qu'on a présentés on n'a pas de dépenses, donc on continue comme ça...

Pour ce qui nous concerne la chance est que c'est moi la responsable des projets et aussi du service ; les autres médecins de l'hôpital ne sont pas toujours aidés par leur chefs...je ne comprends pas pourquoi, mais c'est comme ça...

(Médecin dentiste responsable du protocole, I-33)

...Dans notre service le projet continue et aussi la pratique du shiatsu, dans le sens que dans les ordonnances sont indiquées les prescriptions de kinésithérapie, mais aux kinésithérapeutes est laissée une marge de liberté et quand c'est utile ils utilisent le shiatsu...

(Médecin du service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, I-6)

À partir de ce que nous avons montré, il est clair que se dessinent des profils tout à fait hétérogènes parmi les services. La modification des LEA, en concomitance avec les facteurs décrits, a rendu impossible la réalisation d'un projet unique, et plusieurs protocoles présentés à la région ont trouvé de grosses difficultés pour se concrétiser. Le projet d'ensemble s'est démembré mais, là où c'était possible, le travail a été poursuivi par les seuls médecins impliqués. Le cadre d'ensemble est donc marqué par un fort individualisme des services et des thérapeutes qui, dans la plupart des cas, trouvent la motivation pour poursuivre leur travail dans leurs exigences d'étude (comme nous l'avons déjà signalé, beaucoup d'entre eux utilisent leur expérience de travail en hôpital pour terminer l'école de formation), ou dans leurs motivations personnelles :

Depuis que je m'occupe d'acupuncture j'ai le désir d'« officialiser » un travail dans le contexte de la médecine officielle, si possible en secteur public. Comme anesthésiste j'ai toujours imaginé une anesthésie avec des aiguilles, avec des problèmes d'organisation qui

n'ont jamais pu être dépassés. La proposition de la région en 2000 c'était l'occasion pour rendre concret mon désir.

(Médecin acupuncteur et anesthésiste, I-30)

Au début de l'année 2004 une série de protocoles d'« Observation et évaluation de procédures thérapeutiques de médecine complémentaire », qui ont abouti à des résultats intéressants, a été déposée à la région Lombardie, cependant avec plusieurs mois de retard (le projet de la région aurait dû terminer entre la fin 2002 et le début 2003). Ce projet a donné lieu à un colloque organisé par la région Lombardie et l'Università degli Studi de Milan en mai 2004. A l'occasion de ce colloque plusieurs des protocoles présentés à la région, qui ont donné lieu à une étude complète, ont été présentés et discutés.

La région Lombardie, dans le cadre de la collaboration établie avec l'OMS en juin 2003, a renouvelé l'ouverture des appels à proposition pour la présentation de protocoles d'observation de médecine complémentaire. De plus, toujours avec le soutien de l'OMS, en septembre 2004 la région Lombardie a proposé un appel d'offre pour la présentation d'« études cliniques, recherches et expérimentations cliniques »¹ concernant les médecines complémentaires. Avec cette dernière démarche, la région Lombardie préconise l'approbation des protocoles qui, dans la première étape des projets d'« observation et d'évaluation de procédures thérapeutiques de médecine complémentaire », ont donné des résultats intéressants avec la rigueur scientifique exigée pour des recherches cliniques subventionnées.

1.d. Relations, échanges et bricolage entre médecine chinoise et biomédecine

Après avoir décrit la situation correspondante à la présence de la médecine chinoise dans l'hôpital L. Sacco, nous nous attarderons sur le dialogue existant, dans ce même contexte, entre la médecine officielle et la thérapie non conventionnelle. Dans le cadre étudié nous essaierons de définir quels sont les domaines d'action de l'approche clinique conventionnelle et de la pratique de la médecine chinoise ainsi que les lieux de passage de l'une à l'autre.

1.d.1. La confrontation entre deux protocoles observationnels

¹ Direzione Generale della Sanità Regione Lombardia, Protocolle HI. 2004. 0049336 du 22.09.2004

Dans cette perspective, nous analyserons et comparerons deux projets mis en place à l'intérieur de l'hôpital Sacco (bien que dans deux contextes différents, le premier, le plus ancien, présenté aux institutions pendant la « première phase » ; le deuxième, plus récent, faisant partie des projets présentés à la région) afin de montrer la position de l'acupuncture face à la médecine institutionnelle.

Ce que nous avons jusqu'à maintenant exposé montre comment l'élément primaire de l'ensemble théorique qui, dans la structure publique, est choisi et utilisé pour ce qui concerne la médecine chinoise est très clairement l'activité thérapeutique. Diagnose, étiologie et encore plus nosologie venant de la médecine chinoise sont très rarement prises en considération (presque jamais dans les textes officiels des protocoles, parfois dans le discours des médecins). On assiste donc à une sectorisation des champs disciplinaires et à un choix pragmatique des instruments apparemment les plus utiles et efficaces de la médecine chinoise, qui sont insérés dans des plans de travail tout à fait conformes aux standards demandés par la science médicale classique. Nous avons précédemment fait allusion aux textes de certains protocoles de recherche évalués et officiellement reconnus. Bien que sans but de validation scientifique (voir le projet de la Lombardie), l'action demandée est, tout d'abord, l'efficacité thérapeutique.

Ainsi, le cadre général dans lequel la thérapie est insérée pourrait parfaitement respecter les canons de l'*evidenced based medicine*¹ avec la seule différence que le remède proposé ne correspond pas au traitement biomédical : il a des origines différentes qui remontent aux contributions pratiques de la théorie médicale chinoise dont les principes d'efficacité ne sont pas connus (ou plutôt, ne sont pas connus par rapport aux paramètres scientifiques classiques).

L'analyse de l'un des textes protocolaires auxquels nous avons fait précédemment allusion (paragraphe 5.2.a. : « Studi policentrici del trattamento del dolore nella neuropatia periferica simmetrica distale HIV-correlata, con farmaci ed Agopuntura Classica Cinese », présenté et approuvé par l'Institut Supérieure de la Santé) montre comment, sans aucune définition technique et scientifique, le langage biomédical a été rapproché d'une terminologie venant de la médecine chinoise ; il montre aussi comment trois médicaments

¹ Panico S., « Approccio 'evidenced based medicine' e tutela della salute nella cultura medica occidentale », in AA.VV., *Medicine e multiculturalismo, dilemmi epistemologico ed etici nelle politiche sanitarie*, Bologne, Apeiron, 2000, p. 51-62

allopathiques différents et une série de points d'acupuncture ont été insérés dans le même protocole thérapeutique sans aucune différenciation ni justification épistémologique, ou méthodologique :

...nous avons effectué deux études polycentriques dans lesquels nous avons comparé l'efficacité et la tolérance de différentes approches thérapeutiques dans le contrôle de la douleur pour les cas de neuropathie périphérique HIV-corrélée et nous avons évalué les marqueurs possibles neurophysiologiques de monitoring de la DSP :

amitriptiline (AT) gtt – 40 mg/die en trois administrations,

mexiletine (MX) cp – 200 mg x 2/die,

L-acétylcarnitine (ALC) cp – 2 gr x 3/die

acupuncture (AP) fondée sur le schéma fixe de sept points (BL17, ST36, GB39, REN4, LIV3, SP6, REN12,) choisis avec les finalités suivantes :

Nourrir le XUE (BL17, ST36, REN4, SP6, LIV3)

Rafraîchir le XUE (LIV3, SP6)

Mobiliser le XUE (LIV3, SP6)

Soutenir le Qi (BL17, ST37, REN12)

Mobiliser le Qi (GB39, LIV3, SP6)

Purifier la chaleur (BL17, LIV3, SP6)

Combler le Shen (BL17, LIV3, SP6)

Promouvoir la circulation au travers les LO de groupe, en vertu de l'axiome « s'il ne circule pas il y a douleur. ¹

La tentative de dialogue entre le monde médical scientifique et la médecine chinoise comporte donc une réduction de cette dernière à des protocoles fixés a priori pour chaque pathologie (ceux que dans la médecine chinoise on appelle « les recettes médicales ») tout à fait comme la médecine orthodoxe. Ce n'est pas le moment de proposer une étude approfondie de la confrontation des différents remèdes et approches de la maladie, mais ce qui nous intéresse ici, c'est de souligner le fait qu'une telle action d'adaptation de la pratique et de la discipline non conventionnelle est concrètement mise en place. La réunion des remèdes allopathiques et des techniques de soins chinoises, dans le

¹ Protocole : *Studi policentrici del trattamento del dolore nella neuropatia periferica simmetrica distale HIV-correlata, con farmaci ed Agopuntura Classica Cinese.*

BL: vessie, ST: estomac, GB: vésicule biliaire, REN: rein mai, LIV: foie, SP: rate. XUE: sang, Shen: Shen, Qi: Qi. In: G. Maciocia (1999), *I fondamenti della medicina tradizionale cinese*, Milano, edizione Ambrosiana, p. 489-493

cas étudié ci-dessus, n'est qu'un des exemples qu'on pourrait citer. Nous l'avons choisi ici parce qu'il est riche de plusieurs éléments intéressants : le même projet d'étude de l'efficacité du traitement avec acupuncture a amené, à travers l'utilisation d'instruments de la biomédecine (le TSC), à une expérimentation qui a fourni résultats et observations cliniques. A l'occasion du contrôle de l'efficacité de l'acupuncture par rapport à l'utilisation des médicaments, l'étude conduite a sélectionné une procédure de pronostic pour les malades de HIV qui présentent une neuropathie à la périphérie inférieure du corps. Ce point pourrait donc être une preuve du caractère non exclusif des différentes approches médicales.

Le deuxième projet, qui fait partie des projets présentés à la région, auquel nous ferons référence se présente un peu en marge par rapport aux contextes d'utilisation de l'acupuncture dans l'hôpital Sacco. Nous avons volontairement choisi ce projet puisqu'il engage un plus grand nombre de patients comparativement aux autres projets présentés par l'hôpital (24 patients) et aussi parce qu'il comporte plusieurs techniques diagnostiques et thérapeutiques de médecine non conventionnelle. Ce projet qui porte le titre : « Valutazione dell'azione analgesica ed emostatica dell'agopuntura in trattamenti parodontali eseguiti su pazienti studiati secondo criteri dell'ecobiopsicologia » a été mis en place par le service d'Odontologie de l'hôpital, et comme nous l'avons vu précédemment (paragraphe 5.2.b.) les médecins responsables profitent de l'appui et de la consultation des cours pratiques du Diplôme Universitaire au fur et à mesure que le projet se déroule. Nous avons suivi le travail des médecins engagés (à travers plusieurs entretiens avec ces médecins et l'analyse des textes des projets et protocoles) et nous avons aussi assisté à leurs consultations (dont nous avons également pu filmer certaines parties du travail). Comme il est dit dans son titre, le projet vise à évaluer l'action analgésique et hémostatique de l'acupuncture sur des patients qui présentent une maladie parodontale¹ « ...à travers les modifications des index inflammatoires... »². Mais il cherche aussi à évaluer l'action de l'acupuncture sur les vécus d'anxiété et de dépression. En effet, l'hypothèse avancée par ces médecins propose une relation possible entre les affections parodontales et les facteurs de stress ainsi que l'instabilité psychique des patients, en faisant appel à une théorie médicale qui rapproche le fonctionnement du système nerveux avec le système

¹ Maladie autrement dite pyorrhée.

² Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolighi D., Minelli E., « Valutazione dell'azione analgesica ed emostatica dell'agopuntura in trattamenti parodontali eseguiti su pazienti studiati secondo criteri dell'ecobiopsicologia », in *Ricerche di medicina complementare in Lombardia, Valutazione dei fondamenti scientifici dell'efficacia*, Milan, Altgamma, 2004, p. 21.

immunitaire et le rôle inflammatoire du système nerveux périphérique¹. Il est ainsi dit dans le texte du protocole final :

Le développement qu'a eu dans les dernières années la PsychoNeuroEndocrinoImmunologie (PNEI) nous a conduits à nous demander de quelle façon pouvaient jouer les facteurs du stress qui peuvent altérer - à travers le mécanisme psiconeuroimmunologico - le système immunitaire, dans l'apparition et dans la progression de la maladie parodontale.²

Nous voyons déjà apparaître dans le texte de ce protocole basé sur l'étude de l'acupuncture, d'autres approches de médecine non conventionnelle (la PNEI) qui rejoignent la médecine chinoise. Nous montrerons ci-dessous comment les différentes techniques se relient à l'intérieur de ce protocole.

Pour ce projet, ont été étudiés 24 patients, dont les caractères communs étaient les suivants : un cadre clinique assez grave, assez peu d'irritants locaux (plaque bactérienne, tartre, etc....) -donc le tableau clinique ne laissait pas supposer, d'emblée, la présence des problèmes parodontaux-, et un état psycho-émotionnel instable (tous se définissaient stressés, anxieux). Tous ces patients ont été soumis à une visite parodontale avec une évaluation de leurs problèmes dentaires et de gencives. D'autre part, l'étude a été mise en place :

Par une observation anamnestique spécifique pour chaque patient. Dans l'anamnèse on a cherché de mettre en évidence les facteurs psycho dynamiques spécifiques potentiellement responsables d'un conflit psychologique.

Par un questionnaire, le *Sympton Questionnaire* (S.Q.), qui vise à mettre en évidence une souffrance émotionnelle du patient grâce au mesurage contemporain de plusieurs symptômes de nature psychopathologique.

En écoutant les affirmations spontanées des patients qui, au cours de l'entretien, représentaient les événements significatifs sur le plan des formulations conflictuelles

Par une évaluation, faite par des médecins acupuncteurs, selon le modèle épistémologique de la Médecine Traditionnelle Chinoise classique qui prévoit, en plus de l'anamnèse traditionnelle, un examen glossoscopique sphygmologique. Ces aspects constituent un moment fondamental de la pratique de l'acupuncture traditionnelle et ils

¹ Bottaccioli F., « Proteggere e riparare il sistema nervoso », *Repubblica Salute*, déc. 2004

² Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Op. Cit.*, 2004, p. 22

cherchent à repérer une thérapie qui vise à soigner le patient dans sa globalité et sa spécificité.¹

Nous voyons ci-dessus comment, les médecins qui étaient à la recherche d'une approche du patient qui soit globale et attentive à la spécificité de l'individu ont eu recours à la « Médecine Traditionnelle Chinoise classique » et pas seulement à l'acupuncture (entendue ici comme la piqûre avec des aiguilles à fin thérapeutique selon un paradigme fixe, dont la mention dans le projet précédemment mentionné mis en place dans le Service des maladies infectieuses est un exemple). De plus, pour une évaluation plus approfondie des liens entre les composantes « biologiques » de la maladie et celles de nature « psychodynamiques », les médecins organisateurs de ce projet ont eu recours au « critère analogique utilisé par l'Ecobiopsychologie² ». Ce critère d'analyse des pathologies a effectivement été choisi et inséré dans ce protocole pour les raisons suivantes :

L'approche de l'Ecobiopsychologie n'est pas étrangère au modèle holistique auquel l'acupuncture se réfère aussi, bien que les critères sémiologiques, qui sont différents puisque liés aux cultures différentes, puissent, apparemment, rendre difficile une approche convergente. [...] Cette approche nous a permis de souligner comment la somatisation du parodonte répond aux exigences conflictuelles spécifiques pour le choix de l'appareil masticateur.³

Nous voyons donc dans ce protocole mis en place, une série de techniques d'évaluation de la pathologie et de diagnostic qui ne relève pas forcément de la médecine institutionnelle, mais qui devient néanmoins une partie essentielle de ce projet de recherche à caractère « poly-disciplinaire ». Il est aussi important de souligner l'attention qui est portée dans ce texte au caractère multiculturel de la provenance des méthodes utilisées. Il s'agit de l'un des rares cas où les difficultés de conciliation entre le système médical propre à la Médecine Chinoise et l'organisation épistémologique et sémantique des approches occidentales sont mises en évidence. Les médecins auteurs du projet, sont bien conscients de cette difficulté, et ils expriment d'une manière implicite la conviction qu'il est nécessaire d'intégrer des moyens thérapeutiques non conventionnels à la médecine institutionnelle.

¹ Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Ibidem*, p. 22-23.

² Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Ibidem*, p. 23.

³ Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Ibidem*, p. 23

...nous sommes absolument convaincus de l'importance d'une intégration de tous les remèdes et les moyens thérapeutiques. C'est pour le respect des patients et il y peut y avoir aussi des raisons et retombées économiques. De toutes façons c'est le futur vers lequel il faut aller...

(Médecin dentiste responsable du protocole, I-33)

Concrètement le travail mené pour le projet s'organise de la façon suivante :

Une fois le diagnostic énergétique posé, l'évaluation Ecobiopsychologique terminée et le S.Q. lu, on a décidé les points d'acupuncture à utiliser, points spécifiques pour chaque patient selon sa propre maladie et son propre déséquilibre énergétique. En particulier la sélection des points a été faite de manière à maximiser quatre actions de l'acupuncture démontrées par la recherche de base :

Analgésique

Anti-inflammatoire et immuno-modulatrice

Vaso-modulatrice et trophique

Anxiolytique et antidépressive.¹

Dans la partie exécutive du projet, les médecins utilisent les techniques oncologiques (l'ablation du tartre) combinées avec l'acupuncture. Le patient, comme nous l'avons dit précédemment, est généralement observé et ausculté pendant les leçons pratiques d'acupuncture. C'est à ce moment-là qu'une analyse du cas individuel (au-delà des problèmes odontologiques) est faite par un médecin acupuncteur (souvent un enseignant du Cours de Perfectionnement d'Acupuncture de l'Université). Une stratégie thérapeutique est mise en place pour chaque patient. Elle tient compte des résultats de l'entretien au cours duquel une anamnèse selon l'Ecobiopsychologique² est recueillie en même temps que les résultats de la visite de « Médecine Traditionnelle Chinoise ». Les malades seront ensuite reçus dans le poly-ambulatoire d'odontologie de l'hôpital pour quatre consultations une fois par semaine. Pendant ces consultations, les médecins

¹ Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Ibidem*, p. 23

² «Pendant cet entretien qui dure plus ou moins une heure, une heure et demie, on demande aux patients tout leur vécu de maladies, pas seulement d'un point de vue odontologique, mais général. On demande aussi au patient leur vécu par rapport à la famille, au père, à la mère ; on leur demande quelles maladies ils ont eu, comment ils ont vécu leur enfance, l'école. Au fond on réunit l'histoire des patients avec tous les vécus personnels. » (Médecin acupuncteur du service de odontologie, I-33)

dentistes, traiteront leurs malades d'une façon combinée : avec les aiguilles et, en même temps, procéderont à l'ablation du tartre.

Pendant nos travaux de terrain à l'hôpital Sacco nous avons pu observer comment les séances se déroulent (voir DVD : « Clinique et recherche en Italie »). Il s'agissait d'une situation assez inattendue par rapport aux consultations d'acupuncture observées auparavant. En effet, tout se déroule sur le fauteuil du dentiste : le patient est entouré des machines, d'instruments stérilisés prêts à être utilisés dans sa bouche, de bras mécaniques qui apportent de la lumière projetée vers son visage et qui présentent les instruments de soin, et de médecins habillées en vert (comme dans une salle opératoire). Le patient est rapidement pris d'assaut par une équipe prête à s'occuper de lui. Pendant les consultations auxquelles nous avons assisté, le médecin dentiste (une des deux organisatrices du projet) est presque toujours accompagnée d'un aide ou d'un stagiaire qui note toutes les démarches de la séance. Souvent, un autre intervenant s'occupe de prendre en photo la langue du malade. Le deuxième médecin, organisatrice du projet, est toujours présent en début de séance pour présenter le patient. Parfois, elle assiste aussi à la consultation (et nous faisons partie de l'équipe de soins et d'observation). Une fois que le patient est allongé, le médecin, qui plus tard procédera à la pose des aiguilles et à l'ablation, est assis à côté du patient qui l'interroge sur son état actuel : elle lui demande si quelque chose est changé par rapport à la consultation précédente ; elle observe sa langue et elle lui prend le pouls. L'autre médecin du service prend la photo de la langue. Le médecin après avoir posé les questions au patient, après avoir discuté un peu avec lui et après avoir réfléchi quelques instants, procède à la pose des aiguilles. À la demande du médecin, le patient, toujours assis dans le fauteuil, découvre les parties du corps où les aiguilles seront posées. Ainsi, le médecin cherche les points et pique le patient. Comme nous l'avons déjà dit dans le protocole du projet, ces aiguilles ont pour fonction de diminuer la douleur pendant la séance, de soulager les inflammations, d'aider le trophisme des gencives et aussi de soutenir le patient dans ses problèmes d'anxiété et de dépression.

Après la pose des aiguilles a lieu la séance d'odontologie. Les aiguilles sont retirées dans un délai de vingt, vingt-cinq minutes tandis que la séance d'odontologie continue et dure, au total, entre quarante et cinquante minutes.

En assistant aux consultations, nous avons pu observer de quelle façon le médecin poursuit son travail et quel genre de relation il instaure avec le patient. Pendant les quarante-cinq minutes de travail sur le patient, le médecin entretient avec lui une conversation. Ce médecin en effet, pendant la séance pose un certain nombre des questions

au malade mais, puisque le malade peut difficilement parler ayant sa bouche ouverte presque tout le temps, dans le dialogue le médecin enchaîne toute une série de recommandations à son patient (avec quoi se laver les dents, comment bien les nettoyer, faire attention à l'alimentation...) et parfois quelques conseils de vie. Nous n'avons jamais remarqué de la part de ce médecin une quelconque tentative de prise en charge du patient qui dépasserait son rôle d'odontologue. Son attitude vis-à-vis du patient est certainement dictée par une grande rigueur professionnelle et, comme le médecin me l'expliquera pendant notre entretien, par une sorte de précaution qui l'amènent à ne pas se charger totalement de la responsabilité du premier diagnostic et du choix thérapeutique de médecine chinoise¹. Comme nous l'avons dit précédemment, ce diagnostic est fait par un des enseignants du Cours de perfectionnement à l'Acupuncture, le médecin dentiste se limite à une mise au point de ce diagnostic en observant les conditions du patient le jour de la consultation. Le médecin, venant de terminer son Cours de perfectionnement à l'Acupuncture, considère encore prématuré de se positionner comme médecin acupuncteur : pendant son travail pour le protocole elle conserve son image de médecin dentiste. Dans sa relation au patient, le médecin ne fait que très rarement allusion à la médecine chinoise, et, quand elle le fait, ses affirmations sont toujours précédées par : « Selon la médecine chinoise... », comme pour prendre du recul par rapport à sa propre pratique.

Parfois le médecin explique au patient le sens de certains termes qu'elle utilise et l'utilité de l'observation de la langue. En regardant la langue d'une patiente elle lui explique :

Médecin : La langue n'est pas rouge sur les côtés, mais sur la pointe. [en demandant à la patiente] As-tu quelque préoccupations ?

Patiente : Beaucoup !

Médecin : La pointe de la langue représente le coeur, l'émotivité. Selon la médecine chinoise chaque zone de la langue représente un organe, un sentiment, un état d'âme, si l'on veut. La pointe représente le coeur, avec tout ce que ça signifie le coeur, la sensibilité, l'émotivité...

(Médecin dentiste, I-37)

¹ « Si il n'était pas un patient du projet j'aurais fait moi-même le diagnostic chinois, mais je préfère que ce soit encore le professeur M. qui le fasse. Pour l'instant je pique seulement parents et les amis » (Médecin Dentiste, I-37)

Ou encore elle explique quelle est la fonction de l'aiguille qu'elle pose (surtout quand l'aiguille est particulièrement douloureuse) :

Douloureux n'est-ce-pas? Eh! Celui-ci est pour faire sortir un peu la colère, le Foie est proprement la colère...Celui-ci c'est un des points plus importants pour la colère.

(Médecin dentiste, I-37)

Ces clarifications à sa patiente constituent les seuls moments d'expression, hors du cadre conventionnel, de la part de ce médecin pendant les consultations.

Malgré cela, ces médecins dentistes, auteurs du protocole, font référence à une chaîne de déductions symboliques dans la conceptualisation de la problématique liée à l'inflammation de la bouche. Ainsi nous explique le médecin responsable du projet :

...La bouche a aussi toute une série de connotations psychologiques, la bouche est parole, la bouche est le monde qui rentre pour être transformé, la bouche est le monde qui sort à travers la parole. Si on pense à l'enfant qui est allaité, la bouche est le monde. Donc elle a un rôle symbolique très important...les dents permettent de mordre le monde...

(Médecin dentiste responsable du protocole, I-33)

Il est par conséquent évident que pour cette équipe de dentistes qui s'occupent d'une pathologie de la bouche, la conscience que la bouche est une partie de la personne, et non pas un simple organe à soigner, est un élément fondamental dans leur regard porté sur le cas de leurs patients et, ensuite, dans leurs choix thérapeutiques. Nous rencontrons ici une approche globale ou holistique du patient dans un contexte où la médecine chinoise est intégrée dans un processus de techniques de soins décidément conventionnels. Et à l'intérieur de ce processus, la pratique de la médecine chinoise se trouve dans une position de dialogue avec la médecine institutionnelle qui reste, en quelque sorte, de la sphère du subjectif du médecin. Effectivement l'incidence de la thérapeutique chinoise (avec tout son bagage symbolique et de correspondances homme/univers) dans les séances d'odontologie est reliée à l'importance que le médecin traitant lui accorde. Dans notre cas, l'expérience en médecine chinoise étant encore relativement limitée semble conduire ces médecins à une intégration de l'acupuncture dans leur contexte de travail de dentistes comme une pratique supplémentaire à leur spécialité initiale. L'acupuncture vient se greffer sur une pratique institutionnelle déjà bien acquise, reconnue et depuis longtemps pratiquée, comme

pour augmenter la performance et l'adaptation appropriée pour le patient de la thérapie odontologique.

Nous avons montré ci-dessus deux différents projets observationnels en soulignant, à travers la mise en évidence de certains aspects sémantiques, la nécessité d'un réductionnisme de la médecine chinoise à une sorte de protocole fixe comparable avec la pharmacopée conventionnelle dans le premier cas, et l'approche multidisciplinaire, à l'intérieur de l'univers des médecines non conventionnelles, dans le second cas. Nous remarquons des différences fondamentales parmi ces deux projets, dictées probablement par les deux contextes dans lesquels ces protocoles ont été présentés (le premier étant conçu pour être présenté à l'Institut Supérieure de la Santé, comme protocole de recherche expérimentale, le deuxième étant un protocole non expérimental présenté à la région Lombardie) et aussi probablement par le décalage temporel entre le premier protocole mis en place en 1998 (période où les médecines non conventionnelles, en Italie, étaient encore très peu répandues que ce soit en milieu hospitalier au ailleurs¹) et le deuxième présenté en 2001, moment qui, comme dit précédemment, semblait plus favorable à la diffusion des médecines non conventionnelles en Italie. En réalité, l'important écart entre ces deux protocoles réside dans la nette différence entre deux écoles de pratique et d'enseignement de la médecine chinoise en Italie. Dans le premier cas nous voyons à l'œuvre un médecin qui a étudié à l'école So-wen, qui mène son travail dans le service de Maladie Infectieuse étant le seul médecin à pratiquer l'acupuncture (il se définit, en effet, tout d'abord comme un « médecin occidental ») et qui essaie de prouver l'efficacité de l'acupuncture versus médicaments allopathiques. Dans le deuxième nous trouvons une équipe de médecins, soutenues entre autre par l'enseignement du Cours de Perfectionnement en Acupuncture de l'Université de Milan, qui a comme but de montrer la validité de la médecine chinoise (ils utilisent le diagnostic chinois et la thérapeutique par acupuncture) dans un contexte d'intégration de plusieurs techniques et approches non conventionnelles.

Il est ici important de souligner comment, dans un même hôpital, l'hôpital L. Sacco, plusieurs approches de la médecine chinoise peuvent coexister et se développer même dans d'un projet hospitalier commun. A cet égard, dans le paragraphe suivant, nous verrons plus précisément le discours tenu par les médecins interviewés ; ce matériel nous

¹ Nous rappelons qu'en Italie la réforme sanitaire qui donnait plus de liberté d'administration et de décision aux régions remonte à 1999, et qu'au niveau international les premières résolutions du Parlement Européen concernant les médecines non conventionnelles remontent à mai 1997 (résolution n° 75) et novembre 1999 (résolution n° 1206). Ces deux résolutions ont partiellement changé le statut des médecines non conventionnelles en Europe contribuant à leur donner une meilleure définition.

servira dans nos conclusions pour montrer la difficulté d'une définition univoque de la médecine chinoise, ou de l'acupuncture vis-à-vis des institutions et de la médecine conventionnelle tout court.

1.d.2. La médecine chinoise à l'intérieur de l'hôpital selon le discours des thérapeutes et des responsables

Voyons maintenant comment s'élabore la définition des limites et du lieu de passage entre l'approche clinique conventionnelle et la pratique de la médecine chinoise dans le discours des médecins et des responsables des projets que nous avons rencontrés et interviewés au long notre travail.

Nous citons ci-dessous une partie de notre entretien avec l'organisateur du Cours de perfectionnement en acupuncture :

Les interactions entre les autres disciplines médicales [les médecines non conventionnelles] qui sont enseignées à l'Université et pratiquées en secteur public et privé conduisent à d'importantes et intéressantes possibilités d'union et de mélange, et ça même d'un point de vue culturel. La rencontre entre médecines différentes et la confrontation d'hypothèses liées aussi bien à la médecine conventionnelle qu'à celle non conventionnelle produisent une didactique intéressante et aboutissent certainement à une révision des concepts traditionnels qui, je le dis toujours, doit être faite avec une extrême prudence. Nous avons reçu [de la Chine] un paradigme qui en quelque sorte est homogène et fonctionne, mais il faut dire qu'on n'a pas compris pourquoi il fonctionne, parfois nous ne savons même pas de quoi nous sommes en train de parler.

Parce que, en effet, quand mon collègue de chirurgie arrive en salle de cours et entend les cours sur la rate qui envoie l'énergie en haut et qui après la tire en bas, il ne sait plus quoi penser...Le Prof. T. un jour m'a appelé et il m'a demandé : "Excuse-moi, mais à nos patients splénectomisés [patients auxquels la rate a été enlevée] qui va leur dire que la rate fait bouger du bas vers le haut ?..." ...Mais quand on aborde la clinique, là les animosités se calment et il n'y a pas de grandes diatribes. Et il n'y a pas de grandes diatribes aussi grâce à la mise en œuvre de ce décret régional que, en février 2000 a créé un climat de : « Voyons un peu ce qu'il y a là dedans ? ... Ça pourrait, peut-être, être utile à la santé publique... ».

(Organisateur et enseignant du Cours de perfectionnement en acupuncture,
Université de Milan, I-23)

Ce témoignage nous suggère au moins trois réflexions : il ouvre une possibilité de « révision et remodelage des concepts » de la médecine chinoise pour de possibles échanges et « interactions » avec la médecine officielle et aussi d'autres médecines non conventionnelles. Il met en question le fonctionnement de la médecine chinoise par rapport aux schémas conceptuels occidentaux (« ...il faut dire qu'on n'a pas compris pourquoi il fonctionne... »). Il met aussi en évidence une sorte de curiosité de la part des dirigeants régionaux pour observer et évaluer les médecines non conventionnelles qui pourraient ainsi acquérir une certaine valeur de reconnaissance, bien qu'informelle et locale (pour le moment limitée à la Lombardie). Cette curiosité et cet intérêt de la part de l'administration de la région Lombardie sont ainsi argumentés par le responsable régional de la Direction Générale de la Santé :

Pour la région il était important de signaler la portée du phénomène. C'était une manière de faire la lumière sur la diffusion des médecines non conventionnelles et pour en faire une sorte de « carte ».

Les projets n'ont pas une valeur scientifique, ils ont été pensés pour donner la possibilité aux médecins et aux opérateurs des différentes disciplines de s'engager dans un travail qui servirait comme instrument d'information.

[...] La région a institué un Comité Technique et Scientifique de presque soixante professionnels de différentes extractions, il y a des médecins, des médecins universitaires, des pharmaciens, des biologistes, des économistes, des statisticiens, ainsi que des personnes qui n'ont pas confiance dans la médecine complémentaire.

[...]Le critère d'évaluation a été, fondamentalement, la validité et la cohérence méthodologique du projet présenté. Comme j'ai déjà dit la validité scientifique n'a pas été prise en compte en ce contexte. Ainsi comme il est dit dans le *Piano socio-sanitario* de la région l'expérimentation clinique est réservée pour une éventuelle phase postérieure.

Aucune classification formelle des médecines non conventionnelles ou traditionnelles n'a été prise en compte (ni celle des Etats-Unis, ni celle de l'OMS). Cette ligne de conduite a permis l'approbation de projets observationnels de techniques les plus variées, dont certaines qui ne font pas partie des médecines non conventionnelles les plus répandues. Ce qui était important c'était l'identification sur le territoire, et moins la validité de la pratique.

L'un des buts des projets, ou mieux l'une des nécessités que l'on rencontrera peut-être à un moment donné dans les étapes successives à cette première initiative régionale, sera

l'accréditation des institutions, l'accréditation des écoles de formation pour la sélection des opérateurs...difficultés et complications non négligeables ...problèmes politiques et économiques...

(Responsable de la région Lombardie du projet concernant la médecine complémentaire, I-22)

Cette longue citation nous renseigne sur l'esprit dans lequel ces projets régionaux ont été conçus et laisse aussi transparaître les difficultés liées à de possibles décisions futures formelles et institutionnelles comme, justement, l'accréditation des lieux de formation pour les médecines non conventionnelles.

Pour revenir à la situation étudiée à l'Hopital Luigi Sacco, voyons comment les médecins engagés dans le travail et dans l'administration hospitalière et qui sont intégrés dans les organes de représentation et d'évaluation auprès de la région définissent et conçoivent les médecines non conventionnelles :

...Tout de suite nous les avons considérées, au moins moi personnellement, comme des médecines complémentaires, et non remplaçantes. Et ça pour quatre raisons : parce que penser à une médecine qui remplace la traditionnelle [médecine officielle] était présomptueux, parce qu'il n'y avait pas de preuves scientifiques, parce que c'était illégal et, quatrièmement, parce que cela sortait de notre expérience. Nous n'avons pas été formés avec les règles orientales, mais nous avons été formés à la médecine occidentale. Donc, l'idée de prendre une tradition ancienne et de la proposer pour remplacer la thérapie normale n'était pas concevable. Nous l'avons, donc, vécue comme quelque chose de complémentaire.

(Coordinateur opérationnel du projet concernant la médecine complémentaire, I-6)

...Et puis il y a le problème d'une définition claire des médecines complémentaires, je dis bien, non alternatives ! Mais vraiment complémentaires...parce qu'il faut que les gens sachent qu'il s'agit de deux termes différents. C'est le sens du mot alternatif et complémentaire qu'il faut absolument expliquer, surtout par les *mass media*, non par nous les médecins, mais par vous [en s'adressant à nous] !

(Médecin représentant des projets à la région Lombardie, I-34)

Le statut de complémentarité de ces médecines par rapport à une médecine « normale », occidentale, officielle, est donc souligné, d'où la nécessité (et la demande

explicité¹) d'une meilleure information du public concernant la valeur de celles-ci vis-à-vis de la médecine officielle.

Dans ce contexte hospitalier, parmi ceux qui soutiennent la valeur des pratiques non conventionnelles, ils avancent un discours de complémentarité entre les médecines non conventionnelles elles-mêmes :

Les médecines complémentaires désormais mettent en place une sectorisation comme la médecine allopathique. Chacun pense que sa pratique est la plus importante et, à mon avis, il y a une lutte de pouvoir derrière tout ça. Encore une fois il n'y a pas l'holisme, parce que le patient n'est pas vu en manière circulaire. [...] L'approche doit être différente pour chaque patient, il n'est pas dit que pour tous l'acupuncture marche au mieux [...]

En effet comme dans la médecine allopathique il n'y a plus la figure de l'interniste et du médecin généraliste qui savait comment conseiller et à quelle discipline médicale vous adresser, c'est également ce qui se passe pour les médecines complémentaires. Tout ça va au détriment du patient et de la cure. Parce que le patient tourne comme une toupie suivant ce qu'il entend, ce qu'il lit dans les journaux, ce que lui dit sa voisine... Donc ce que nous essayons de faire [à l'intérieur de l'hôpital L. Sacco] c'est de créer une figure de médecin, non nécessairement excellente en acupuncture ou en homéopathie, mais qui possède des critères pour adresser le patient à quelque chose qui soit plus adaptée pour lui et qui donc puisse lui faire perdre moins de temps et de santé et qui fasse perdre moins de temps au système sanitaire.

Un traitement erroné de médecine allopathique porte à des conséquences dont on parle beaucoup récemment...mais c'est la même chose pour la médecine complémentaire...Parce que, peut-être, c'est vrai que les médecines complémentaires ne font pas mal, mais quelque chose qui ne fait pas mal ne fait de pas de bien non plus ! ...

(Médecin dentiste responsable d'un protocole, I-33)

Nous voyons dans cette citation une volonté de créer la figure d'un médecin ouvert à toutes les approches thérapeutiques, et disponible pour mieux conseiller le patient et pour l'adresser à la technique la plus appropriée à son cas. Une dénonciation des effets iatrogènes de la médecine conventionnelle est néanmoins

¹ Le médecin interviewé était non seulement le représentant du projet de l'hôpital Luigi Sacco au prêt de la région Lombardie, mais aussi le président du comité éthique de l'hôpital Sacco et un des membres de Comité Technique et Scientifique des projets régionaux. Un personnage conscient de détenir un certain pouvoir concernant le futur des médecines non conventionnelles du moins en Lombardie.

accompagnée par une dénonciation d'effets que l'on peut considérer comme similaires pour les médecines non conventionnelles.

Il reste à considérer l'apport de médecines complémentaires, autant que la médecine chinoise, dans l'activité de l'hôpital :

Le shiatsu est une technique qui complémente bien la physiothérapie occidentale. Ce qu'elle apporte de nouveau c'est un rapport différent avec le patient, un rapport global et d'empathie...

(Médecin *fisiatra* du service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, I-38)

En 1990 j'ai connu le shiatsu et en 1995 j'ai été diplômé comme thérapeute. Et, passionné par ce type d'approche du patient et de la thérapie je n'ai plus travaillé désormais comme avant. Parce que le patient est vu d'une manière différente, c'est-à-dire qu'il n'est plus possible de penser à seulement remettre en place un genou parce qu'on a un contact global avec le patient et qu'on entre beaucoup plus en empathie avec ses problèmes généraux...

(Kinésithérapeute du service Récupération et Réhabilitation Fonctionnelle, I-4)

La qualité de la relation patient/thérapeute change ainsi parce que l'approche de la personne prend une dimension beaucoup plus ample et riche. Grâce à cela, dans le travail, on obtient des résultats positifs et inattendus comme nous l'explique le médecin responsable du service d'odontologie :

...Eh oui, les patients sont enthousiastes...Il y a ceux qui arrivent à mieux dormir...une patiente qui n'avait pas ses règles depuis longtemps en quatre ou cinq séances a retrouvé son cycle. Personne ne pourra dire si ça c'est vraiment lié aux traitements d'acupuncture, il faudrait étudier ça de manière différente. Ce qui est sûr c'est que les patients répondent tous très bien. Ils sont très contents, ils se sentent mieux d'une manière générale, au delà leurs problèmes odontologiques. Et en plus on a vu qu'il y a une guérison gingivale vraiment plus rapide. Il faut aussi souligner que le patient se sent soigné dans sa totalité, comme " embrassé " à 360 degrés, et ça c'est important, c'est même une des cartes gagnantes des médecines complémentaires. Une consultation selon la médecine traditionnelle chinoise dure une heure. Une consultation homéopathique dure plus d'une heure. C'est-à-dire que le médecin enquête sur tout. Dans la médecine occidentale, malheureusement, tu vas chez le médecin parce que tu as mal à l'estomac, tu fais immédiatement une gastroscopie, mais si au même temps tu as mal au foie, il te prescrit d'aller chez l'hématologue. Et à la fin tous les spécialistes ne sont jamais en accord...

(Médecin dentiste responsable du protocole, I-33)

Il y a aussi des perspectives profitables pour l'hôpital :

Nous voyons beaucoup des patients en thérapie anti-coagulante, certains sont des cardiaques, donc ils utilisent des substances qui gardent le sang fluide. Ces patients, surtout quand nous leur faisons des interventions chirurgicales de la cavité orale ou plus d'une extraction à la fois, saignent beaucoup et souvent il faut utiliser le *Tisucol*, une substance qui est très coûteuse, mais qui donne l'hémostase. Un de nos collègues, très ingénieux, a créé un produit phytosanitaire, donc composé uniquement de substances naturelles, qui s'appelle *Emodental*, et il en a fait un concentré et un bain de bouche. Ce produit arrive à arrêter l'hémorragie. Notre deuxième projet a été formulé pour en prouver l'efficacité. Ce produit a des coûts très bas, n'est pas un dérivé animal, donc il n'y a pas le risque de transmission de maladies. Et ça fonctionne ! Le tout avec une bonne économie pour le Service Sanitaire National, et avec un patient auquel on administre une substance absolument naturelle...

(Médecin dentiste responsable du protocole, I-33)

1.e. Conclusion

Notre travail de terrain dans l'hôpital Luigi Sacco de Milan s'est terminé en juin 2004, à la fin du projet régional. L'analyse conduite a permis de mettre en évidence le caractère hétérogène de la pratique de la médecine chinoise (et d'autres médecines non conventionnelles) à l'intérieur de l'hôpital. La configuration physique de l'hôpital organisé en bâtiments séparés et autonomes, l'aménagement dispersé et la composition fragmentée trouvent leur équivalent dans la situation présente à l'intérieur des services dans lesquels la médecine chinoise est pratiquée. Nous pouvons donc nous demander si la pluralité des approches (« pluridisciplinaires »), la liberté d'organisation, l'indépendance dans la pratique et dans la recherche relevées à l'intérieur de l'hôpital sont représentatives d'une seule réalité hospitalière ou s'il s'agit de la condition ordinaire de la réalité nationale italienne et européenne.

L'observation des applications de techniques médicales non conventionnelles en certains services d'une même structure sanitaire publique a certainement mis en lumière comment, dans un cadre où la biomédecine détient la priorité absolue, ces techniques ont pu se créer différents espaces et différentes modalités de dialogue avec le monde médical

conventionnel. Malgré cela, notre terrain nous a montré comment les aspects soulignés (les changements de la relation médecin/malade, l'intérêt économique, la richesse des thérapies offertes et la notoriété de l'hôpital, l'avancement de la recherche) ne sont pas perçus, ni par les médecins, ni par la direction de l'hôpital, comme des résultats obtenus ou de nouvelles possibilités dont on pourrait profiter, mais comme un processus *in fieri* qui attend d'être reconnu à une large échelle et de recevoir une meilleure légitimation.

Nous avons en effet montré comment ces médecines sont actuellement considérées comme complémentaires de la médecine académique. Il est néanmoins clair que, du moment que les pratiques médicales non conventionnelles sont concrètement utilisées en interaction et en accord avec la biomédecine, au caractère complémentaire se rajoute à celui de l'intégration. Plus précisément, par intégration nous entendons une situation dans laquelle des techniques et des remèdes non conventionnels sont insérés dans des contextes et des *settings* de soins officiels, dans une sorte de collaboration des pratiques.

Pour le moment, en Italie, la définition qui semble publiquement acceptable pour la médecine non conventionnelle est celle de « médecine complémentaire » (définition qui ne remet en cause ni la médecine conventionnelle ni les médecines hétérodoxes). Cela dit, nous pouvons imaginer que la prochaine étape vers une nouvelle reconnaissance conduira à une définition qui se rapproche d'un cadre d'intégration plus que d'un caractère accessoire quant au savoir orthodoxe (savoir médical officiel) : elle dépassera l'image additionnelle que la médecine non conventionnelle porte aujourd'hui avec elle.

2. Cours pratiques ou ambulatoires

Nous avons assisté à plusieurs cours pratiques donnés dans différentes écoles. Ces cours peuvent se dérouler de trois manières différentes, avec des ajustements selon l'organisation de l'école, les patients, les médecins intervenants, les temps disponibles :

1.a. Les médecins - élèves du cours ou ex-élèves du cours - prêts à discuter d'un ou plusieurs de leurs cas cliniques invitent leurs patients à participer au cours. Le nombre des patients peut varier *grosso modo* de quatre à six personnes.

Pendant deux ou trois heures de cours, l'enseignant consulte les patients l'un après l'autre en expliquant aux participants son raisonnement pour le diagnostic ainsi que la stratégie de soin (les points piqués, les conseils prodigués aux patients, la fréquence des séances à envisager pour la suite, etc.) et en donnant les conseils pour la thérapie à suivre au médecin qui a présenté le patient. Dans ce cas de figure, en raison du temps réduit, le médecin enseignant ne pique pas, ce sera le médecin élève qui suivra son patient. Les médecins qui assistent au cours sont toujours invités à poser des questions ou à donner leur avis sur le cas étudié (par exemple au moment de l'observation de la langue).

1.b Le cours se déroule comme dans le cas 1.a, mais les patients convoqués pour la leçon sont deux au maximum (le plus souvent un). Pendant ce cours le médecin enseignant étudie en profondeur le cas du patient. Un temps important est consacré à l'anamnèse et à l'interrogation du patient. Ensuite le diagnostic est fait de manière à faire participer les étudiants intéressés par la prise des pouls et par l'observation de la langue. La thérapie et le choix des points sont faits pendant une discussion à laquelle tous peuvent participer. Enfin les aiguilles sont posées par le médecin enseignant ou le médecin qui a présenté le cas d'étude, ou par les deux. Ce genre de cours, comme le précédent, est très utile pour les médecins qui ont déjà commencé à pratiquer l'acupuncture.

2.a Les cours pratiques en ambulatoire se déroulent d'une façon un peu différente. Ils s'appellent d'ailleurs heures d'*ambulatorio* en Italie ou de dispensaire en France puisque il s'agit de journées où l'on reçoit des patients venant de l'extérieur (pas obligatoirement adressés à la consultation par un médecin élève) dans des lieux réservés à cela. Dans ces cas, les patients sont reçus par le médecin enseignant et les élèves participent à la consultation comme des stagiaires. Le médecin enseignant procède à la consultation comme il le ferait dans son cabinet. Quelques interventions peuvent être

faites pendant la consultation, mais si nécessaire un temps de commentaire est pris à la fin de la consultation ou après quelques consultations. Normalement le médecin enseignant ne laisse pas piquer les étudiants, sauf parfois en Italie, où les médecins en formation sont appelés à poser quelques aiguilles. Dans certains cas, seulement en Italie, si les patients sont trop nombreux, les médecins en formation ou qui viennent de terminer leurs études procèdent à une partie de la consultation avec la supervision du médecin enseignant qui chapeaute le travail avec plusieurs patients au même temps. Dans ce cas de figure les patients paient leurs consultations nettement moins qu'une consultation en cabinet.

2.b Dans les écoles qui n'organisent pas de cours pratiques ou d'heures en dispensaire les médecins enseignants invitent leurs élèves à suivre leurs consultations en cabinet. Ce sont des consultations classiques pendant lesquelles les médecins en cours d'étude peuvent assister et ils sont présentés aux patients comme stagiaires. Le médecin enseignant explique d'une façon plus détaillée que dans une consultation sans étudiants sa stratégie thérapeutique. Ils peuvent poser des questions pendant les consultations ou juste après la sortie du patient, selon les cas, mais dans ce type de cours les médecins élèves ne sont jamais amenés à piquer les patients.

Un médecin enseignant pendant un entretien s'en explique :

Oh non, ils apprenaient à piquer sur eux-même ! On n'a jamais voulu qu'ils piquent les malades. C'est ce que disait Van Nghi : « Si vous voulez apprendre à piquer piquez-vous vous-même, quand vous en aurez assez de vous faire mal vous piquerez bien. » Ils assistaient, voyaient comment on interrogeait, comment on examinait et comment on choisissait les points.

(F- 27)

2.a. Cours pratique du « Cours de perfectionnement en acupuncture » de l'Université de Milan

L'intérêt d'un cours pratique c'est de montrer, d'une part théoriquement comment structurer une séance d'acupuncture, d'autre part comment travailler avec le patient : comment l'interroger, l'examiner et ensuite comment le piquer.

Nous allons suivre, d'une façon très détaillée, un cours pratique du Cours de perfectionnement en acupuncture de l'Université de Milan qui a eu lieu en mars 2005 à

l'Hôpital Sacco. En présentant pas à pas cette consultation, nous voudrions montrer en quoi consiste une séance d'acupuncture et essayer de dévoiler la pensée du médecin acupuncteur pendant son travail. Nous n'avons pas proposé, dans notre thèse, une partie spécifique expliquant le fonctionnement de l'acupuncture et les bases théorique de la médecine chinoise, nous croyons plus intéressant de découvrir ces divers points « en direct », en participant au travaux pratiques que nous commenterons au fur et à mesure que le sujet deviendra technique et d'une compréhension malaisée. Des images de ce cours pratiques sont contenues dans l'annexe audiovisuelle (DVD) sous le titre du menu « Enseignement, Italie ».

Pendant le cours pratique chaque médecin étudiant (ou ayant récemment fini leur cursus, comme dans le cas sur lequel nous allons nous pencher) invite un – ou plusieurs – de ses patients en acupuncture à participer à une de ces leçons. Il s'agit normalement de patients dont la prise en charge présente des difficultés pour le médecin étudiant ; le cours pratique est effectivement un lieu d'échange avec ses enseignants et un moment de formation fondamentale pour les étudiants moins avancés. La consultation est ouverte à tous les participants à la formation qui sont invités à interagir pendant le cours, à poser des questions et à participer à la formulation d'une stratégie de soin pour le patient.

Dans le déroulement du cours que nous allons analyser nous verrons apparaître : un médecin enseignant (M.ens), un médecin, ancienne élève du Cours de Perfectionnement, qui a proposé à un de ses patients de participer au cours (M.étu), le patient (Pat.) et d'autres médecins étudiants du cours (m. étu).

Dans une salle suffisamment grande pour accueillir aisément une trentaine de personnes se réunissent les médecins et le patient pour ce cours. Autour d'une table nous voyons assis le médecin enseignant et l'ancienne étudiante du Cours de Perfectionnement d'un côté, de l'autre le patient. Les autres médecins sont assis derrière le patient.

| | | |
|---|--|--|
| 1 | <p>M.ens : As-tu quelque chose à dire comme introduction ?</p> <p>M.étu : Non, je n'ai rien à dire, en effet je préfère que ce soit lui [le patient] qui se présente, parce que je ne veux pas interférer avec ma pensée</p> <p>M.ens : Très bien</p> <p>[Le médecin enseignant regarde le dossier du patient]</p> | |
| 2 | <p>M.ens : Je regarde ici de manière à pouvoir comprendre. Cela, c'est le</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>dernier rapport médical ?...</p> <p>[Quelques instants après]</p> <p>M.étu : Tout s'est passé entre décembre dernier et aujourd'hui...</p> <p>[Le médecin enseignant observe le dossier et quelques minutes après,</p> | |
| 3 | <p>en refermant le dossier]</p> <p>M.ens : Très bien, on verra après si ici [dans le dossier] il y a quelque chose qui peut nous intéresser...</p> <p>Très bien donc, mais pour l'instant, faisons comme si tout ça n'existe pas [le dossier]. Quel âge avez-vous ?</p> | |
| 4 | <p>Pat. : 54 ans</p> <p>M.ens : 54 [il note sur une feuille chaque nouvelle information], depuis combien de temps avez-vous ce problème ?</p> <p>Pat. : Tout à commencé le 20 décembre. Ce n'est pas un seul problème, mais tout l'ensemble a commencé en décembre 2004.</p> <p>M.ens : Oui, racontez-nous un peu ce que vous avez eu au début...</p> | |
| 5 | <p>Pat. : Alors, je dois faire un petit préambule : trois mois avant le début de mes problèmes j'ai fait trois choses très rapidement : premièrement, j'ai arrêté de fumer, deuxièmement je me suis trouvé avec du temps libre, alors j'ai commencé une activité de jogging de 12-15 km par jour pendant les 90 jours précédents, du premier septembre jusqu'au 20 de décembre. En même temps, troisième chose, j'ai subi deux</p> | |
| 6 | <p>interventions dentaires d'implantation d'os synthétique. Je suis allé une vingtaine de fois chez le dentiste qui m'a posé un premier implant sur la gauche et sur la droite il en a essayé un autre qui n'a pas réussi...</p> <p>Jusqu'au 20 décembre, j'étais en forme parfaite, je me sentais très bien, je n'ai jamais eu de signes de fatigue ou d'autre chose. Le 20 décembre</p> | |
| 7 | <p>je rentre à la maison, après 4 heures de course. Je dois dire, je n'étais pas bien couvert contre le froid...</p> <p>Pat : Donc je rentre à la maison je commence à manger des chips et je sens, pas une vraie douleur mais une chose étrange ici sur le côté droit [il se touche la joue droite], je vais au miroir et je vois ma joue gonflée, très gonflée. Et alors je décide d'aller aux urgences.</p> | |
| 8 | <p>M.ens : À la joue gauche ?</p> <p>Pat : non à la joue droite</p> <p>M.ens : Pourquoi vous dites après quatre heures d'exposition au froid ?</p> | |
| 9 | <p>Pat. : Parce que j'étais allé faire du footing et après je rentre, je me mets à manger, juste avant de prendre ma douche, et de là commence le drame. Je vais aux urgences, je dis au médecin que j'avais eu ces problèmes et ces travaux aux dents, il appelle le dentiste. Le dentiste me dit qu'il ne savait pas très bien de quoi il pouvait s'agir. Il me</p> | |

| | | |
|----|--|--|
| | <p>conseille de prendre des antibiotiques pendant 10 jours plus des anti-inflammatoires et il considère tout ça comme des oreillons. Il faut savoir que je venais de terminer deux mois d'antibiotiques.</p> | |
| 10 | <p>Je fais ce qu'il m'avait prescrit et je passe 10 jours sans trop de soucis, à part cette joue toujours un peu gonflée et cette sensation de quelque chose qui me tire un peu ici [il fait signe en indiquant la joue]. Je reviens chez lui 10 jours après pour la visite de contrôle et il me dit de faire une échographie des glandes parotides. Et là je commence à aller</p> | |
| 11 | <p>vraiment mal. C'est-à-dire que le 28 ou le 29 décembre je commence à ne plus rien digérer, mon estomac se bloque complètement, je me sens mal, mais mal mal, j'ai envie de roter mais je n'y arrive pas, je me sens tout bloqué, j'ai la sensation que l'intestin aussi est tout bloqué, je me sens mal comme un chien. Je ne dors pas la nuit, je me bloque complètement. À ce moment là, j'arrive à avancer le jour de</p> | |
| 12 | <p>l'échographie et je la fais le 30 décembre. L'échographie ne montre rien, toujours allant très mal... J'ai 54 ans, mais je n'ai jamais été si mal, jamais, jamais !</p> | |
| 13 | <p>Les premiers jours de janvier je fais les examens du sang et les résultats arrivent le 20 janvier. En attendant je n'ai plus de salive, je sens la salive qui m'ulcère, je sens un serrement sous la gorge, comme si je me sentais étouffé, l'estomac tout bloqué, je sens tirer mes parotides. J'ai</p> | |
| 14 | <p>comme la sensation de quelque chose qui tire. Je continue à boire, je dois voir bu cinq litres de thé, de tisane de mauve, de tout. Je trouve seulement un peu de soulagement avec des fumigations. Je sens mon oreille comme si j'étais allé à la montagne. Je continue à aller très mal donc je vais chez l'ORL à Niguarda [un hôpital de Milan] qui me dit</p> | |
| 15 | <p>qu'il n'y a absolument rien de visible et d'attendre les analyses du sang pour suivre l'hypothèse des oxyures. Le 20 janvier je reçois les examens et il n'y a rien. Mais avant je commence à faire une liaison entre ce problème à l'oreille et à la joue et l'estomac, donc le 7 ou 8 janvier j'arrive me faire faire une gastroscopie. On me fait une biopsie</p> | |
| 16 | <p>aussi. La chose que je remarque est que je suis rentré et que j'ai eu besoin de m'allonger par terre tant j'allais mal parce que j'avais du attendre trois heures. Je rentre, ils me donnent un sédatif, ils me font une gastroscopie et je me sens très bien. Après m'être réveillé j'allais très bien, pendant un ou deux heures, j'allais vraiment très bien. Au point que ceux qui m'attendaient dehors ne comprenaient plus rien ! Ils disaient : « celui-ci est fou ! ». Le fait est que pendant deux heures j'allais bien et puis les mêmes troubles reviennent. Les résultats de la gastroscopie arrivent il n'y a rien sinon une légère gastrite en surface,</p> | |

| | | |
|----|---|--|
| 17 | <p>et aussi il n'y a pas d'hélicobactéries, il n'y a rien. J'avais commencé à prendre les des inhibiteurs de pompe protonique, j'arrête de les prendre et rien ne change.</p> <p>M.ens : et quand vous les avez arrêtés que s'est-t-il passé ?</p> <p>Pat. : Rien, quand je les prenais je n'allais ni bien ni mal.</p> <p>M.ens : Ils étaient inefficaces. [en s'adressant aux médecins qui étaient présents au cours]. Nous allons comme analyse [en lisant dans le dossier] : échographie des glandes mandibulaires complètement</p> | |
| 18 | <p>18 négative et la gastroscopie helicobactérienne négative. La gastroscopie met en évidence seulement une légère hyperémie de la muqueuse antre</p> | |
| 19 | <p>19 plaisir à tout le monde : aussi bien les patients que les médecins qui avaient quelque chose à soigner. Donc rien, mais les troubles restent.</p> | |
| 20 | <p>20 Pat. : Et puisque je suis quelqu'un que n'a jamais pris de médicament et qui ne se laisse jamais particulièrement impressionner, j'ai commencé à penser qu'il y avait quelque chose au niveau de la tête qui n'allait pas.</p> | |
| 21 | <p>21 M.ens : Et même si la chose ne serait pas un drame... [en s'adressant aux patients] Il faut savoir que nous sommes obligés à distinguer les détails, mais en effet, tout interagit, ce sont des choses unies entre elles....</p> | |
| 22 | <p>22 Pat. : Et non, non, non je ne fais pas un drame, mais je prenais cet hypnotique et ce calmant. Mais après j'ai changé de médicaments parce que la nuit j'ai commencé à avoir des cauchemars très très forts et puis un matin, il y a une quinzaine de jours je me réveille et j'avais les bras complètement bloqués. Donc pour la nième fois je pars aux urgences.</p> | |
| 23 | <p>23 Pat. : Et...Aux cervicales il n'y avait rien !</p> | |
| | <p>Là ils me font un électrocardiogramme ...</p> | |
| | <p>M.étu : Seulement les bras étaient bloqués ?</p> | |
| | <p>Pat. : Oui, seulement les bras, les deux, je me réveille et je ne les sens plus.</p> | |
| | <p>M.étu-1 : Mais vous arriviez à les bouger ?</p> | |
| | <p>Pat. : Oui, mais mal, j'y arrivais mais ils fourmillaient jusqu'aux mains. Donc aux urgences tous les examens étaient bons, le neurologue vient me voir et il me dit que probablement il y avait un problème aux</p> | |
| | <p>23 cervicales. Alors, je vais faire l'analyse de mes cervicales...</p> | |
| | <p>M.ens : Et...Aux cervicales il n'y avait rien !</p> | |
| | <p>Pat. : Non, aux cervicales...</p> | |
| | <p>M.ens : ...[en regardant le dossier du patient] il y avait une légère</p> | |

| | | |
|----|---|--|
| | apophyse transversale... | |
| 24 | Pat : ...Oui des légères calcifications, mais rien de grave. Je commence l'acupuncture. Celle là, c'est la quatrième séance,. Disons en concomitance avec l'acupuncture, je commence à aller mieux, la salive maintenant est revenue, mon estomac fonctionne, je mange très bien, j'ai deux aphtes mais... | |
| | M.étu : Vous avez les aphtes maintenant ? | |
| 25 | Pat. : Oui, cette semaine | |
| | M.ens : Deux aphtes ? | |
| | Pat. : Oui, mais je n'ai pas très mal, chose bizarre. Mais de toute façon je mange et je me sens mieux. | |
| | M.ens : ça va mieux ! [en se retournant vers le médecin étudiant qui avait présenté le patient et qui avait déjà fait les premières 3 séances]. | |
| 26 | Et alors ? | |
| | Pat. : je dois dire que je sens ici [en se touchant l'estomac] encore un peu de choses, mais ça va mieux. Mais pendant ce temps-là, depuis le 20 décembre j'ai perdu 11 kilos ! | |
| | M.ens : Alors, revenons au jour où vous avez commencé l'acupuncture ; ce jour là, quelle était la chose qui vous gênait le plus ? [et il commence à noter tout ce que le patient lui dit] | |
| 27 | M.étu : Le manque de salive. Il est venu en disant je n'ai plus une goutte de salive, je n'arrive plus à digérer. Après est venu au jour tout le discours sur le froid, le jogging etc. Mais il est arrivé en disant qu'il était désespéré, qu'il n'avait plus une goutte de salive, qu'il ne digérait pas, qu'il ne dormait pas la nuit. | |
| 28 | M.ens : Alors, manque de salive. Analysons une chose à la fois. Manque de salive avec bouche sèche, brûlure à la gorge ? | |
| | Pat. : Etrange, variable. Parfois je ne sentais pas les saveurs, le sucré je le sentais amer. Moi qui ai toujours détesté le sucre, j'ai commencé à manger sucré ! De toute façon, pour être précis, un manque de salive en particulier aux lèvres et derrière les lèvres. | |
| 29 | M.ens : Et la langue ? | |
| | Pat. : Sur les côtés de la langue je sentais une sorte d'amertume, mais si je pressais les carotides je sentais la salive qui sortait, mais j'avais cette sensation désagréable qui continuait... | |
| 30 | M.ens : Gorge sèche ? | |
| | Pat. : Oui, aussi | |
| | M.ens : Expulsion sur la langue ? | |
| | Pat. : Et comment! | |
| | M.ens : Oui d'accord... | |

| | | |
|----|--|--|
| 31 | <p>M.éto : En revanche, à la visite de la bouche la salive était plus qu'abondante.</p> | |
| | <p>M.ens : Et oui, ce sont des sensations. Nous avons parlé de la bouche et du manque de salive. Mais par difficulté de digestion, que voulez-vous dire ?</p> | |
| 32 | <p>Pat. : Ça veut dire que je mangeais, et je mangeais toujours léger, du riz ou des choses comme ça. Déjà le sel je l'ai éliminé parce que j'ai toujours le souvenir des chips que j'avais mangés quand tout à commencé. Puis j'ai essayé de manger, le problème c'est qu'après avoir mangé, c'était comme pour les enfants qui doivent faire un petit rot, mais qui n'y arrive jamais. Alors je commençais à bouger, marcher, courir, mais ça n'arrivait jamais...</p> | |
| 33 | <p>M.ens : Alors, une sensation de poids et de gonflement.</p> | |
| | <p>Pat. : Oui, poids et gonflement, de l'air et un blocage...</p> | |
| | <p>M.ens : [en écrivant] Poids et gonflement épigastrique post prandial... Au point d'avoir à détacher la ceinture.</p> | |
| | <p>Pat. : Mais oui, mais mes pantalons étaient désormais larges !...</p> | |
| | <p>M.ens : Et après que se passait-il?</p> | |
| 34 | <p>Pat. : Après un quart d'heure, vingt minutes, trente minutes, il arrivait...</p> | |
| | <p>M.ens : Une seule éructation ou ça continuait ?</p> | |
| | <p>Pat. : Oh, non, parfois ça ne se terminait jamais !</p> | |
| | <p>M.ens : Régurgitation aussi ?</p> | |
| 35 | <p>Pat. : Aussi.</p> | |
| | <p>M.ens : Avec une sensation de brûlure ou d'acidité ?</p> | |
| | <p>Pat. : Oui, un peu d'acidité.</p> | |
| | <p>M.ens : Nous parlons de digestion, déjà, je vous demanderais comment va-t-il votre intestin ?</p> | |
| 36 | <p>Pat. : L'intestin, très mal. C'est-à-dire que j'avais une forte constipation.</p> | |
| | <p>M.ens : Constipation, mais quand vous y alliez, avec des selles molles ou formées ?</p> | |
| | <p>Pat. : Au début très dures, mais après j'ai commencé à prendre des ferments lactiques très forts, alors les choses se sont améliorées. Après</p> | |
| | <p>les ferments ça allait mieux, en concomitance avec l'acupuncture.</p> | |
| 37 | <p>M.ens : Très bien, et l'appétit ?</p> | |
| | <p>Pat. : L'appétit était là parfois, mais j'avais la terreur de manger. C'est-à-dire, que parfois j'avais envie de manger, mais je faisais très attention, je mangeais lentement et je faisais attention à ce que je mangeais. J'ai petit à petit éliminé tous les aliments acides par</p> | |

| | | |
|----|---|--|
| 38 | <p>exemple...</p> <p>M.ens : Votre soif, comment était-elle ?</p> <p>Pat. : La soif, je n'ai jamais beaucoup bu, mais ils m'avaient dit de boire beaucoup, en pensant aussi aux calculs rénaux, donc je buvais au moins 2 litres d'eau par jour.</p> | |
| 39 | <p>M.ens : Mais en mettant de côté ce qu'ils vous ont dit, quel était votre envie ?</p> <p>Pat. : De boire ? Je n'ai jamais beaucoup bu.</p> <p>M.ens : Mais dans ce moment de crise, la soif avait-elle diminuée ou augmentée ?</p> | |
| 40 | <p>Pat. : La soif avait diminuée, mais je devais boire parce que j'avais la bouche sèche, et donc je buvais, mais le fait de boire me bloquait l'estomac, c'était un cercle vicieux...</p> <p>M.ens : Vous buviez pour respecter la règle, mais vous préfériez des boissons chaudes, froides ou à température normale ?</p> <p>Pat. : Tout chaud, le froid pour moi ça été une chose qui m'a...</p> | |
| 41 | <p>M.ens : Et pendant cette période là, vous souffrez aussi d'insomnie ?</p> <p>Pat. : Oui, oui, je n'ai jamais dormi !</p> <p>M.ens : C'est-à-dire que vous vous endormiez et puis vous vous réveilliez ?</p> <p>Pat. : Je ne pouvais pas m'allonger, je devais rester sur la chaise autrement je me sentais étouffer.</p> | |
| 42 | <p>M.ens : Les urines, abondantes, claires ?</p> <p>Pat. : Avant d'aller mal, très abondantes, après je dirais normales, je dirais, claires. Après j'ai commencé à prendre la vitamine D...</p> <p>M.ens : Et donc elles sont devenues jaunes et puantes de vitamine, c'est clair ! Avant d'aller mal, vous aviez chaud ou froid ?</p> | |
| 43 | <p>Pat. : Une chose bizarre que j'ai toujours eu depuis que je vais mal c'est d'avoir les mains et les pieds froids et humides, le reste même chaud, mais cette sensation que je n'ai pas perdu et qu'avant je n'avais pas...</p> <p>M.ens : Maintenant encore ?</p> <p>Pat. : Oui, de manière plus mitigée mais encore.</p> | |
| 44 | <p>M.ens : Mais vous avez les pieds froids tout le temps, aussi pendant la journée ?</p> <p>Pat. : Souvent j'ai noté une correspondance entre ce que j'appelle le blocage de la gorge et les pieds froids et humides, surtout les pieds. Au point que j'ai encore des chaussettes de laine épaisses maintenant !</p> <p>M.ens : Oui, oui. Ceci, c'est important ! Et l'été ?</p> | |
| 45 | <p>Pat. : Mais je ne sais pas, je n'ai jamais eu ce problème. Avant tout ça</p> | |

| | | |
|----|--|---|
| | je ne supportais pas très bien le chaud, j'avais plutôt besoin d'aller vers le froid. | |
| | M.ens : De toute façon depuis que vous allez mal vous avez peur du froid. | |
| | Pat. : Eh oui, je souffre du froid. | |
| 46 | M.ens : Actuellement vous sentez encore quelques altérations ? | |
| | Pat. : Je sens de temps en temps quelques troubles ici [il montre le ventre] et surtout à l'oreille. Même parfois le matin je sens l'oreille bouchée, comme quand on monte à la montagne. Un peu, je dis encore un peu, mais tout est très mitigé depuis une dizaine de jours. | |
| 47 | M.ens : L'examen des urines ? | |
| | Pat. : Non, l'examen des urines je ne l'ai pas fait. | |
| | M.ens : Alors, disons, en essayant d'oublier tout ça, autres choses ? | |
| | Pat. : Non, que je sache, non. | |
| | M.ens : Tout allait bien ? | |
| 48 | Pat. : Oui, je le répète, pour moi « cette chose » est arrivée comme si quelqu'un m'avait massacré. Je le disais à la doctoresse [le médecin qui avait déjà soigné le patient et qui l'avait invité] je n'avais jamais eu rien de tout ça. Oui, peut-être quelques difficulté de digestion, mais seulement dans des conditions de température trop élevée, mais très sporadiquement. | |
| 49 | M.ens : Donc pas d'autres maladies en anamnèse. Marié ? Fils ? | |
| | Pat. : Oui, je suis marié depuis 24 ans et j'ai un fils de 18 ans | |
| | M.ens : Qui va bien... | |
| | Pat. : Une mère de 83 ans et un père de 85. | |
| | M.ens : Qui sont encore en vie et en bonne santé... | |
| 50 | Pat. : Oui, avec beaucoup de petits ennuis mais ils sont encore en bonne santé | |
| | M.ens : Bien. Alors, tout d'abord je vous prends les pouls et après nous verrons la langue. Approchez-vous bien de manière à être plus relaxé. | Voir film (DVD) dans le menu « Enseignement, Italie » |
| | Pendant ce temps là, y a t-il des questions ? | |
| | [Le médecin enseignant prend les pouls, en silence. Puis il s'apprête à regarder la langue] | |
| 51 | M.ens : Maintenant nous nous tournons vers la lumière et nous regardons la langue. Ça ne vous pose pas de problème si tout le monde vous saute dessus pour vous observer la langue ? | L'observation de la langue est l'un des moments les plus importants du processus de |
| | Pat. : Non, non, vous pouvez tranquillement m'utiliser comme cobaye !... | |
| 52 | M.ens : Alors maintenant cherchez à sortir la langue en ouvrant bien la bouche mais sans trop d'enthousiasme, comme font les jeunes quand | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>53</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p> <p>59</p> | <p>ils font des grimaces, voilà, ainsi, bien...</p> <p>[Le patient sort sa langue]</p> <p>M.ens : Ça suffit, vous pouvez la rentrer parce que si on la garde trop à l'extérieur elle devient obligatoirement violette. Elle devient une langue de pendu, alors nous la regardons plutôt à plusieurs reprises, mais sans la laisser tirée trop longtemps. Maintenant à nouveau ressortez-là.</p> <p>[Le patient sort à nouveau sa langue]</p> <p>M.ens : Très bien....Oui, c'est bon... Maintenant faites ce travail...pour voir si en dessous il y a des veinules...</p> <p>[Et il demande au patient de soulever la langue]</p> <p>M.ens : Très bien, très bien ça suffit, c'est bon...</p> <p>Très bien, que me dites-vous de cette langue ? La langue c'est vous qui la décrivez ! Pendant ce temps-là, je vous laisse libres de venir sentir aussi les pouls.</p> <p>[Et il s'assoit un peu plus loin pour laisser la place aux étudiants d'aller sentir les pouls du patient]</p> <p>M.ens : ...Et je vous conseille de sentir les pouls, parce que après nous allons nous confronter...</p> <p>Alors qu'est ce que vous me dites de la langue ? Avec méthode s'il vous plait ! Par quoi on commence ? Le corps. Comment est le corps ?</p> <p>... Vous voyez une langue qui a de la vitalité, qui a du <i>shen</i> ou une langue atonique, flasque, molle... ?</p> <p>m.étu 2 et m.étu 3 : Molle...</p> <p>M.ens : Molle ? Le pauvre...mais moi je la vois tonique !</p> <p>[En s'adressant au patient]</p> <p>M.ens : Pouvez-vous la ressortir ? Ce n'est pas une langue qui « splaff » sort d'une façon molle. Puis regardez le rapport entre le bord de la langue et les commissures labiales. Est-elle une langue qui bat contre les commissures labiales, ou est-ce une langue qui reste bien dedans ?</p> <p>m.étu 4 et d'autres : Elle reste dedans</p> <p>M.ens : Donc c'est une langue tonique, avec un corps normal, elle n'est ni gonflée, ni avec empreintes...regardez-la à nouveau...</p> <p>m.étu 3 et d'autres : Regardez là les empreintes...</p> <p>M.ens : Où sont les empreintes ? ...oui juste un peu, mais comparées aux empreintes qu'on voit par ailleurs !...</p> <p>Donc il n'y a pas d'empreintes et elle est humide, certainement humide. Ce n'est pas une langue sèche. Puis, la couleur...La couleur est fondamentalement violacée.</p> | <p>diagnostic pour les médecins acupuncteurs</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>60</p> <p>61</p> <p>62</p> <p>63</p> <p>64</p> <p>65</p> <p>66</p> | <p>M.étu : Tandis que la première fois que je l'ai vu la couleur était rouge feu !</p> <p>M.ens : Mais le violet est plus accentué sur les bords et aussi un peu à la pointe. Quelques spots. Les spots sont les points rouges. Mais juste un soupçon. Notre amie [le médecin qui avait déjà traité le patient] doit avoir fait une bonne dispersion du feu. Pourtant un peu de feu est resté... Très bien.</p> <p>Nous sommes arrivés au corps, à la forme et à la couleur. Un autre aspect important : l'incisure médiane. Et puis, l'enduit : la langue est blanchâtre devant et l'enduit est plus subtil, en allant en arrière. Au réchauffeur moyen et au réchauffeur inférieur la langue devient plus jaunâtre et l'induit plus épais.</p> <p>m.étu2 : Il ne faut pas lui demander s'il a toujours eu l'incisure ?</p> <p>M.ens : Tu peux lui demander...Vous avez toujours eu ce sillon au centre de la langue ?</p> <p>Pat. : Mais vraiment je ne peux pas dire !...</p> <p>M.ens : Eh oui, d'habitude les personnes ne passent pas leur temps à se regarder la langue !</p> <p>Il faut se rappeler que nous pouvons diviser la langue en trois secteurs, à partir du devant vers l'arrière : réchauffeur antérieur, moyen et postérieur. Rappelez-vous aussi que les langues grosses, les langues vraiment gonflées, sont celles qui restent tout juste à l'intérieur. En revanche, ici, il y a de la place entre la marge de la bouche et le bord de la langue.</p> <p>[en s'adressant au médecin étudiant qui avait déjà traité le patient]</p> <p>M.ens : Et toi, comment l'avais-tu trouvée au début ?</p> <p>M.étu : Elle était d'un rouge violacé avec les veinules sous-linguales qui semblaient rouges, la langue était rouge et pleine de spots. Entre autres, il avait cette sensation de ne pas avoir de la salive et la bouche qui brûlait, mais en même temps la langue pleine de petites bulles de salive. Il y avait des symptômes qui m'ont mis un peu en difficulté.</p> <p>M.ens : Maintenant la langue est beaucoup moins rouge, les spots se sont un peu atténués, il reste toujours un peu de violet, et l'enduit...</p> <p>M.étu : l'enduit était similaire, peut-être avant il était un peu plus épais, plus gras.</p> <p>M.ens : Très bien, alors pour ce qui en est des pouls, qu'avez-vous senti ? Pour ceux qui ne les ont pas encore sentis vous pouvez encore venir... [en indiquant le patient]</p> <p>[une étudiante s'assoit face au patient pour prendre les pouls, elle regarde le médecin enseignant avec un peu de perplexité..]</p> | <p>L'autre acte diagnostic fondamental de la</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>71</p> <p>72</p> <p>73</p> | <p>m.étu2 : Comment on prend le pouls ? [Tout le monde rigole...]</p> <p>M.ens : À gauche...</p> <p>m.étu2 : À gauche cœur, poumons, rein</p> <p>M.ens et M.étu : ...Non, non...Rein, foie et cœur</p> <p>M.ens : À droite poumon, rate et rein yang</p> <p>m.étu2 : Ah, ok, je suis en train de tout mélanger</p> <p>M.ens : Alors gauche : rein, foie, cœur... Chaîne ascendante des cinq mouvements : rein, foie, cœur...</p> <p>M.ens : À droite, nous sommes arrivés au cœur, et avec le rein yang, rate, poumon, chaîne descendante... Rappelez vous, à gauche partez du rein yin, puis chaîne ascendante de la loi des cinq mouvements, foie, cœur. À droite nous sommes arrivés au cœur, donc rein yang qui corresponde au cœur, puis on descend et il y a la rate et le poumon.</p> <p>Tout correspond au cycle de la loi des cinq mouvements.</p> <p>Alors, qu'avez-vous senti de ce pouls ? En sachant que moi je l'ai senti avant vous. Prenons les caractéristiques fondamentales. C'est un pouls lent ou rapide ?</p> <p>Plusieurs m.étu : Rapide</p> <p>M.ens : Vous le sentez bien plein, fort ...</p> <p>Plusieurs m.étu : non, non...</p> <p>M.ens : Plus qu'un pouls vide, c'est un pouls...Entendons-nous bien, un pouls vide, en médecine chinoise, c'est un pouls qu'on a du mal à sentir, à la surface aussi bien qu'en profondeur. Un moment on le sent, un peu plus tard on ne le sent plus, parce qu'il n'y a pas d'énergie.</p> <p>Mieux il y en a trop peu, puisque le patient est là vivant, donc un peu d'énergie il en a... Mais l'énergie est faible et il faut l'attendre pour la sentir. En revanche le type de pouls que nous sommes en train d'apprécier n'est pas un pouls vide, parce que vous arrivez à le sentir. Mais vous le sentez plutôt faible, c'est un pouls qui tend à être sans force. C'est un pouls de type « déficit », mais pas un déficit si extrême que celui d'un pouls vide. C'est un pouls légèrement mou...</p> <p>m.étu3 : Glissant ?...</p> <p>M.ens : Le caractère glissant, ou <i>slippery</i> des textes anglais, ou bien <i>hua</i> de la médecine chinoise, est un pouls de type excès donc un pouls qu'on sent bien. Ici il est difficile de sentir globalement le pouls. Il est possible qu'en reconstituant l'énergie, dans les prochaines séances vous puissiez mettre en évidence ce caractère. [En s'adressant au médecin qui avait présenté le patient] Et toi, qu'en penses-tu ? La première fois que tu l'as vu il était comment ?</p> | <p>médecine chinoise est la prise des pouls. Cette opération consiste dans la palpation du pouls radial, à droite et à gauche, permettant de déterminer son état de « vide » ou de « plénitude ». Dans l'examen chinois, cela aboutit à décrire douze pouls différents, selon le côté considéré, selon la pression, légère ou forte, selon la situation le long de l'artère palpée. Dans le cas des médecins que nous observons ils prennent uniquement les pouls en profondeur qui correspondent aux pouls « d'organes » (les six organes : reins, foie, cœur, maître du cœur, rate, poumon).</p> |
|---|---|--|

| | | |
|----|---|--|
| 74 | <p>M.étu : Je dirais que la première fois le pouls était très rapide. Il faut dire aussi que la première fois il était très agité. Pendant la consultation il y avait aussi sa femme... De toute façon il était vraiment agité, il se sentait désespéré, effrayé avec tous ces examens qui donnaient des valeurs négatives et en même temps lui allait toujours mal...Et donc...</p> <p>M.ens : Parfois on espère avoir quelque chose de manière à pouvoir savoir quoi soigner !...</p> | |
| 75 | <p>M.étu : Et donc quand il est arrivé je me suis même demandé si c'était la peine de faire une séance d'acupuncture à quelqu'un qui ne connaissait pas les médecines complémentaires...Puis j'ai pris le risque et je dirais que ça c'est bien passé.</p> <p>m.étu2 : Pourquoi risqué ?</p> | |
| 76 | <p>M.étu : Risqué parce que lui était vraiment très agité. Au point que, peut-être que si j'étais un autre médecin et pas un dentiste, au lieu de lui faire l'acupuncture, je lui aurais donné un calmant.</p> <p>m.étu2 : Et tu n'aurais pas fait de l'acupuncture pour calmer le <i>shen</i> ?</p> <p>M.étu : Je ne fais pas l'acupuncture pour calmer le <i>shen</i>, et puis je n'ai pas son expérience [en regardant le médecin enseignant] ...</p> | |
| 77 | <p>M.ens : Mais que veux-tu dire avec cela ?</p> <p>M.étu : [En s'adressant à l'enseignant] C'est-à-dire que tu exerces l'acupuncture depuis 30 ans, moi non...</p> <p>M.ens ; Mais oui, mais oui, je comprends, c'est clair. En bref, elle est en train de vous dire – je le dis devant le patient parce qu'après quatre séances il sait qu'est ce c'est l'acupuncture - qu'elle avait peur de se</p> | |
| 78 | <p>retrouver face à un de ces patients au sujet desquels la première fois qu'on les rencontre on se dit : « oui, oui, celui-ci c'est le patient qui s'évanouit, je dois faire attention avec les aiguilles ! »</p> <p>M.étu : Eh oui, je me suis bien dit ça !</p> <p>M.ens : Il se n'est pas évanoui, tout est allé bien, elle a été très bonne.</p> | |
| 79 | <p>Maintenant c'est la quatrième séance il ne s'évanouira plus, nous pouvons être sûrs !</p> <p>Pat. : La seule chose que j'ai eu, et je le lui ai dit, quand elle m'a mis l'aiguille ici [et il indique son pied] j'ai senti une sorte de décharge très forte. Encore quatre semaines après, je sens une légère décharge.</p> <p>M.étu : Je lui ai dit que c'est une stimulation continue comme ça il se traite en permanence !</p> | |
| 80 | <p>M.ens : Oui, c'est bien. Donc pour revenir au pouls, d'autres sensations ? Lequel prévaut, le côté droit sur le gauche ?</p> <p>M.étu : Je pense que le gauche l'emporte ...</p> <p>M.ens : Mmm, je pense que globalement le gauche est plus faible que</p> | |

| | | |
|----|--|---|
| 81 | <p>le droit. En revanche pour ce qui en est des barrières, quand je l'ai senti je n'ai pas noté une prévalence des barrières d'un côté plus que de l'autre. De toute façon je concluais en le définissant comme un pouls avec peu de force et rapide.</p> <p>Alors en lieu de faire le discours habituel des huit règles, je proposerais de procéder un peu différemment, partons donc d'une question : où est</p> | <p>En médecine chinoise les symptômes sont analysés selon « huit règles », voir 146</p> |
| 82 | <p>la maladie ? (au sens chinois).</p> <p>m.étu : rate</p> <p>M.ens : alors Silvia dit la rate...rate 1, rate 2, rate 3...adjugé !</p> <p>m.étu3 ; Estomac</p> <p>M.ens : Tu dis estomac !</p> | |
| 83 | <p>M.étu : Pendant mes consultations j'avais vu comme s'il avait eu une phase de fatigue qui aurait atteint le rein et la rate. Puis le froid qui a été le facteur déclenchant. Mais aussi l'énergie du foie... De toute façon la langue tremblait, le pouls de la barrière était très fort ...</p> | |
| 84 | <p>M.ens : Donc la rate existe dans le diagnostic, et il peut y avoir concomitance avec le rein qui peut être à l'origine du déséquilibre de la rate. Mais quel rein ? Il y a des signes de déficit de <i>yin</i> ? Il y a des signes de déficit de <i>yang</i> ?</p> | |
| 85 | <p>m.étu2 plus d'autres : [Avec un air perplexe] Oui peut-être déficit de <i>yang</i> ?...</p> <p>M.ens : Oui, je dirais qu'il y a plutôt quelques signes de déficit de <i>yang</i>. Parmi ces signes de déficit de <i>yang</i>, elle [le médecin qui a présenté le patient] a dit : la forte sensibilité au froid, la peur du froid, les pieds froids et il ne faut pas oublier que tout est commencé après avoir pris froid. Donc, c'est possible que ce déficit de rein yang... [En s'adressant au patient]</p> | |
| 86 | <p>Vous ne devez pas avoir peur, nous sommes au niveau d'énergie, vous n'avez rien aux reins, si vous alliez faire une échographie vous ne trouverez rien !</p> | |
| 87 | <p>M.étu : Non, justement, je lui ai dit qu'à chaque fois que nous parlons d'organes, ça n'a rien à voir avec ce dont on parle en médecine conventionnelle...</p> <p>M.ens : Il est possible que ce déficit de rein yang puisse être un facteur légèrement constitutionnel, mais ici il faudrait enquêter à niveau privé mais pas dans une assemblée publique... [tout le monde rigole] ...</p> | |
| | <p>Pat. : Parlez-vous de l'aspect sexuel ?</p> <p>M.ens : Aussi...</p> <p>Pat. : Pour ce que j'en sais je n'ai pas de problème...</p> <p>M.ens : Oui, d'accord...alors tout va bien, il n'y a pas de problème,</p> | |

| | | |
|----|--|--|
| 88 | <p>tout est normal ?</p> <p>Pat. : Bah, apparemment oui !</p> <p>M.ens : Très bien, alors pour cet aspect là, tout est correct. Donc un déficit de yang acquis qui est causé par une exposition au froid. Donc quel est le premier organe qui ressent du déficit de yang ? La rate.</p> | |
| 89 | <p>m.étu2 : Excuse-moi, il y a une chose que je n'ai pas comprise, mais le déficit de yang part toujours du rein ?</p> <p>M.ens : Un déficit global, oui.</p> <p>m.étu2 : Tu as dit déficit donc on pense tout de suite au rein</p> <p>M.ens : Certainement. Donc le rein, et la rate s'en ressent. Que fait-elle normalement la rate ? ... [Moment de silence] je vous l'ai expliqué la</p> | |
| 90 | <p>fois dernière !...</p> <p>Plusieurs m.étu : Elle fait monter l'énergie.</p> <p>M.ens : Elle fait monter l'énergie, et l'estomac ?... La fait descendre. Très bien, nous mettons pour l'instant de côté tout ça. Quelle est la fonction de la rate ?</p> <p>m.étu2 : Maintenir le sang dans les vaisseaux</p> | |
| 91 | <p>M.ens : Oui. [En s'adressant au patient] Avez-vous eu aussi des hémorragies parmi tout ce qui vous est arrivé ? Des pertes de sang par le nez ou des choses de ce genre...</p> <p>Pat. : Bah, hémorragies ?... non, je n'ai pas eu des hémorragies...sauf, si j'y pense, j'ai eu des hémorragies parce que j'ai eu des</p> | |
| 92 | <p>hémorroïdes...</p> <p>M.ens : D'accord, mais les hémorragies hémorroïdaires n'ont pas vraiment à voir avec cela. Et j'explique aux étudiants, parce que les hémorragies en médecine chinoise sont de trois types : de déficit d'énergie, et donc l'énergie manque et on perd du sang, en particulier il peut y avoir dans le cas d'un déficit d'énergie de la rate ; de chaleur</p> | |
| 93 | <p>dans le sang, qui « fait prendre une fausse route » au sang, il l'envoie hors de son parcours correct ; troisièmement à cause d'une stase de sang, et les hémorroïdes sont causées par une stase de sang. Donc il n'y a pas de problème...</p> <p>[En s'adressant aux étudiants] Quelles sont les autres fonctions de la rate ?</p> | |
| 94 | <p>Plusieurs m.étu : Le transport...</p> <p>M.ens : Transport et transformation, donc elle digère les aliments et les fluides. Essayons de penser un moment aux fluides et à l'humidité. Si la rate ne fonctionne pas bien les fluides et l'humidité stagnent et vont faire obstacle -en particulier l'humidité qui stagne- à la libre circulation</p> | |
| 95 | <p>de l'énergie dans les méridiens. Si la maladie est dans la rate et dans le</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>96</p> <p>97</p> <p>98</p> <p>99</p> <p>100</p> <p>101</p> <p>102</p> | <p>rein, en quel méridien on fera obstacle à la libre circulation de l'énergie ?</p> <p>m.étu2 : Dans le méridien du rein</p> <p>M.ens : Dans le méridien du rein, bien, mais aussi pensez la rate comme l'élément terre, donc...l'estomac ! Pensons au parcours du méridien de l'estomac...</p> <p>m.étu3 : Il part de l'œil</p> <p>M.ens : point 1 du méridien de l'estomac, il reçoit une branche du 20 gros intestin qui arrive à l'1 vessie et qui contourne le bord inférieur de l'œil et il arrive à l'1 estomac. Puis il descend sur la verticale qui passe par le centre de la paupière, arrive à la commissure labiale, il a des branches qui passent par les arcades dentaires, et il se retrouve avec le méridien du gros intestin et puis il rejoint le 5 estomac. Le 5 estomac est le point près du bord inférieur de la mandibule dans lequel on sent pulser l'artère du masséter. Un point facile à trouver, un point qui a comme nom chinois, « grand accueil ». Pourquoi ? Parce que c'est un point dans lequel convergent trois branches : la branche que nous avons décrite, qui descend de l'œil, une branche ascendante qui remonte sur la branche remontante de la mandibule jusqu'à arriver à la suture fronto-pariétale avec le 8 estomac, et la branche descendante qui, comme justement on le dit arrivera au pied...</p> <p>m.étu2 : je n'ai pas compris, la branche ascendante est un point vide ?</p> <p>M.ens : Non, c'est le méridien principal. Il y a trois branches qui convergent toutes au 5 estomac. La première que nous avons décrite, qui descend de l'œil avec 1, 2, 3, 4, et 5 estomac, puis la branche ascendante temporo-mandibulaire, toujours méridien principal. Alors pensez à cette branche ascendante temporo-mandibulaire, où passe-t-elle anatomiquement ? Qu'est ce qu'il y a derrière la mandibule ?... La parotide ! Lui, où a-t-il gonflé ? [En se touchant au niveau de la joue] Ici ! D'ailleurs le premier diagnostic à été celui d'une parotide, n'est-ce-pas ?</p> <p>Alors la rate ne fonctionne plus, les liquides et les fluides ne sont pas métabolisés. Ils font obstacle dans le méridien, l'énergie stagne dans le méridien, donc gonflement.</p> <p>m.étu3 : C'est le hasard, donc ! Ça pouvait arriver dans n'importe quel point du méridien de l'estomac !</p> <p>M.ens : Ça pouvait arriver n'importe où sur le méridien de l'estomac, mais pourquoi cela a pris juste le visage ? Il y a une raison, du moment que vous me le demandez...Je ne voulais pas me compliquer la vie... Pensez à la cause initiale : le froid. Normalement ici à Milan nous</p> | |
|--|--|--|

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>sortons complètement habillés, mais quelle est la partie qui est la plus exposée ?</p> <p>m.étu4 : Le visage</p> <p>M.ens : Oui, donc le coup de froid, le rein en a souffert, par la suite la</p> | |
| 103 | <p>rate, d’où le raisonnement que nous avons fait.</p> <p>Donc, revenons à ce que nous avons dit avant : si l’énergie de la rate est faible suit qu’elle ne remonte plus, et que sous les diaphragme le</p> | |
| 104 | <p>ventre se gonfle, l’épigastre se gonfle. Et ça devient ce qu’il ressentait comme un blocage. Parce que la nourriture n’était pas digérée, tout restait là. Donc c’est clair que l’énergie de l’estomac pousse vers le</p> | |
| 105 | <p>bas, l’énergie de la rate ne remonte pas, il y a cette sensation de blocage. Pratiquement il y a une stagnation des aliments au niveau de l’estomac. Il se met en mouvement, en faisant cela il active d’une manière ou dans l’autre la circulation de l’énergie et finalement cette stagnation tend à se dissoudre, avec les éructations et les régurgitations...</p> | |
| 106 | <p>Pat. : Je voulais dire une chose, naturellement je ne savais rien d’acupuncture et je ne sais toujours rien, mais dans ma tête je m’étais fait l’idée qu’il y avait un « discours » de pression... Au point qu’en faisant ce mouvement, en poussant ici, [il se touche la joue] j’allais un peu mieux. J’avais la sensation qu’il y avait des canaux au niveau des dents, dans lesquels l’air restait bloqué...</p> | |
| 107 | <p>M.ens : [En s’adressant au patient] Oui, cette sensation est tout à fait cohérente avec ce discours de mouvement d’énergie, de montée et de descente. [En s’adressant aux étudiants] Tout est clair jusqu’à maintenant ? Donc, une autre conséquence du déficit de <i>yang</i> de rein et rate – nous pouvons dire déficit aussi pour la rate- il y a une mauvaise métabolisation des aliments et une mauvaise métabolisation des fluides et de l’humidité. Il y a donc cette stagnation de <i>yin</i> –fluides et humidité-...</p> | |
| 108 | <p>M.étu : Oui, mais alors explique-moi la sécheresse ?...</p> <p>M.ens : Alors le patient a soif ou il n’a pas soif ?...</p> <p>m.étu2 : Il a soif...non ! il n’a pas soif...</p> | |
| 109 | <p>M.ens : Il n’a pas soif. Les urines sont plus pauvres ou normales, elles sont jaunes foncées ou normales ?</p> <p>m.étu2 : Normales.</p> <p>M.ens : Et les selles ? Il y a constipation, parce qu’il ne métabolise pas. Et en effet avec les ferments lactiques il a commencé à digérer et il a pu aller aux toilettes... Donc, la première conséquence de la stagnation de fluides, de nourriture et donc de l’humidité ? Quelle est la</p> | |

| | | |
|-----|---|--|
| | conséquence ? | |
| | m.étu3 : Gonflement, sensation de pesanteur... | |
| 110 | M.ens : Oui, mais la stagnation au réchauffeur moyen, que comporte-t-elle ? Qu'est ce que va se former ? Du gonflement, de l'air tout les symptômes que nous avons vus qui dépendent du mauvais fonctionnement de la montée et de la descente [du <i>qi</i>]. Mais ces fluides qui restent là, c'est l'humidité qui stagne... | |
| 111 | [En souriant] Il y a-t-il quelqu'un de Bergame ? ...Non ! ... va se former la « <i>palcia</i> », on l'appelle comme ça, les mucosités, l'humidité qui stagne forme les <i>tan</i> . [En regardant le patient] Ici vous voyez les <i>tan</i> quelque part ? | |
| | M.étu : Sur la langue | |
| 112 | M.ens : La langue est humide, elle n'est pas sèche. C'est vrai, [en s'adressant au médecin qui avait déjà traité le patient] elle a fait une importante dispersion de la chaleur mais, en plus d'une langue rouge, as-tu trouvé aussi une langue subtile et sèche ? | |
| | M.étu : Non, non, elle avait un enduit gras, épais | |
| 113 | M.ens : Donc les mucosités, l'humidité, les <i>tan</i> , les « glaires » de la littérature française, si vous lisez les textes de Van Nghi. Donc ceci, est une première conséquence de la stagnation de <i>qi</i> et d'humidité. Autre conséquence ?... Nous avons dit que ces fluides et cette humidité qui stagnent font obstacle à la circulation de l'énergie dans les méridiens, dans les canaux. Partout aussi à l'intérieur au point qu'il y avait tous ces troubles que nous avons vu !... Donc qu'est-ce qui se passe ? Quel organe en souffre immédiatement ? | |
| 114 | m.étu2 : Le poumon... | |
| 115 | M.ens : Non, c'est le foie, parce que la fonction principale du foie c'est la fluidité ; le foie aime la liberté, et donc il contrôle la libre circulation du <i>qi</i> , de l'énergie, et bien sûr du sang, etc. Donc s'il y a une cause de blocage qui est importante – nous ne parlons pas ici du torticolis qui bloque la circulation sur le méridien de l'intestin grêle, nous sommes ici face à un blocage important, un blocage interne - le foie immédiatement se met en hyper-activité en essayant de débloquer. Et donc... | |
| | M.étu : J'avais cru comprendre qu'il y avait des grosses émotions qui bloquaient le <i>qi</i> du foie... | |
| 116 | M.ens : [En s'adressant au médecin qui connaissait le patient] Pour l'instant je suis en train de faire seulement un discours physique... Puis nous allons y arriver. [En s'adressant à tout le monde] De toute façon il y a tout de suite le foie qui va en hyper-activité et donc nous avons le | |

| | | |
|-----|---|---|
| 117 | <p>vieux mécanisme, dont nous avons déjà parlé de la « cocotte minute », c'est-à-dire : quelque chose comprime, le blocage ne bouge pas, le couvercle est fermé hermétiquement ... Au point que certains auteurs, et je reviens à Van Nghi et aux auteurs de la littérature française, décrivaient cette situation avec le terme de « compression du <i>qi</i> du foie », juste pour donner l'idée de cet aspect. Quelle est la conséquence physique immédiate d'une compression du <i>qi</i> du foie ?</p> <p>M.étu : La chaleur</p> | |
| 118 | <p>M.ens : La chaleur ! Si en plus il y a des aspects émotionnels qui mettent en hyper-activité le foie, cette situation devient encore plus importante. Par conséquent, bien évidemment, le patient devient encore plus irritable, agité, préoccupé, et se met en route un cercle vicieux : la préoccupation aggrave la situation de la rate, etc., etc....</p> | |
| 119 | <p>Dans ce cas là, les inhibiteurs de pompe, selon vous, que font-ils ? Sur quoi ils agissent ?</p> <p>m.étu3 et m.étu4 : Sur la pompe protonique.</p> | |
| 120 | <p>M.ens : Oui, mais à quoi sert-elle la pompe protonique ? Ceci est de la médecine occidentale, parce que attention ! Vous devez vous tenir aussi en compte la médecine occidentale quand vous faites ces diagnostics !</p> <p>m.étu4 : Ce sont des anti-acides...</p> | Exemple de l'utilisation « synergique » des |
| 121 | <p>M.ens : Eh oui, ils produisent l'acide chlorhydrique donc, si tu lui donnes l'inhibiteur de pompe tu réduis l'acidité et en effet il disait ne plus avoir de reflux acides. Mais tu ne donnes pas d'énergie à la rate, au contraire, tu bloques davantage l'énergie de la rate, tu inhibes encore plus les fonctions de la rate.</p> <p>m.étu4 : C'est un médicament froid ?</p> <p>M.ens : C'est un médicament froid...</p> | deux médecines |
| 122 | <p>M.étu : Et quoi dire de toute la thérapie d'antibiotiques qu'on lui avait donné avant ?</p> <p>M.ens : Les antibiotiques sont des médicaments chauds, ils produisent de la chaleur. De toute façon dans son cas, [en s'adressant au patient] même maintenant que vous allez mieux et que vous faites de l'acupuncture, il ne faut pas prendre ni des aliments froids - c'est-à-dire les crudités, les salades ...- ni les aliments trop chauds, mais des aliments de nature tiède ou neutre et de saveur de préférence douce.</p> | |
| 123 | <p>Puisque le doux est la saveur qui nourrit mieux la rate.</p> <p>M.étu : Mais pas le doux ...</p> <p>M.ens : Mais pas le doux de la pâtisserie, mais le doux du riz cuit à l'eau, et même du riz très cuit</p> | |

| | | |
|-----|---|--|
| | <p>Pat. : Ou aussi, de <i>la pasta</i> ...</p> | |
| 124 | <p>M.ens : Ou aussi le doux de <i>la pasta</i>...</p> | |
| | <p>Pat. : Instinctivement j'y suis allé tout seul.</p> | |
| | <p>M.ens : Oui, bien sur, il y est allé tout seul... Donc l'inhibiteur de pompe, inhibe la sécrétion acide mais ne bloque pas la stagnation d'humidité, au contraire, il la faisait augmenter !</p> | |
| | <p>m.étu2 : Et s'il avait pris du <i>Maalox</i> ?</p> | |
| 125 | <p>M.ens : S'il avait pris le <i>Maalox</i> hydroxyde d'aluminium, c'est aussi froid parce que c'est un métal, ça aurait fait la même chose...</p> | |
| | <p>Pat. : Je suis en train de le prendre, donc j'arrête !</p> | |
| | <p>m.étu : Donc tout ce qui réduit l'acidité...</p> | |
| | <p>M.ens : Oui, tout ce qui réduit l'acidité... Dans un cas de ce genre, cela peut ne pas être indiqué.</p> | |
| 126 | <p>Pour continuer, nous avons dit que le foie produit la chaleur. Bien sûr,</p> | |
| | <p>nous ne pouvons pas dire qu'avant naît l'œuf et après vient la poule...</p> | |
| | <p>Ici nous ne pouvons pas déterminer qui est né avant, ce sont des choses concomitantes... Donc cette chaleur du foie peut aussi se retrouver dans des symptômes comme l'agitation, l'anxiété, etc. etc., mais aussi</p> | |
| 127 | <p>le manque de la salive. Cette sensation de sécheresse peut être</p> | |
| | <p>provoquée, d'une part par la chaleur - elle est certainement provoquée</p> | |
| | <p>par le blocage de la circulation du méridien de l'estomac - et d'autre part aussi par une lésion du rein <i>yang</i>. Parce que, rappelez vous que la</p> | |
| | <p>salive dans la médecine chinoise a deux origines : la salive de la</p> | |
| | <p>digestion qui est de compétence de l'estomac, parotide, méridien de</p> | |
| 128 | <p>l'estomac et la salive fluide est de compétence des reins.</p> | |
| | <p>m.étu2 : Donc la sécheresse de la bouche correspond au blocage de</p> | |
| | <p>l'estomac et au blocage des reins.</p> | |
| | <p>M.ens : Oui, exact !</p> | |
| | <p>m.étu4 : Je n'ai pas bien compris le mécanisme du foie qui donne cette</p> | |
| 129 | <p>sensation parce qu'il a la sensation, et non une sécheresse réelle...</p> | |
| | <p>M.ens : Oui, c'est la chaleur qui sèche. Il s'agit d'une sensation qui a aussi une correspondance physique, qui est de toute façon une</p> | |
| | <p>sensation, mais qui physiquement est bien appréciable. En effet, cette</p> | |
| | <p>chaleur du foie qui monte vient de ce manque de métabolisation de</p> | |
| | <p>l'humidité qui s'est manifestée avec la formation des mucosités. Ces</p> | |
| 130 | <p>mucosités sont réchauffées par l'énergie du foie qui est comprimée.</p> | |
| | <p>Donc ces mucosités plus chaleur que font-ils ? Où vont-ils ?</p> | |
| | <p>Descendent-ils aux pieds ? Vont aux hémorroïdes ?</p> | |
| | <p>Plusieurs m.étu : Non, non...</p> | |
| | <p>M.ens : Restent-ils là-bas ? En partie oui, aussi, puisque la langue à son</p> | |

| | | |
|-----|--|--|
| 131 | <p>bel enduit, mais après, la composante plus légère de ces <i>tan</i> poussée par la chaleur, où va-t-elle ? Elle monte ! Elle monte tout au long de quel méridien ? Le méridien de l'estomac ! Et où arrive le méridien de l'estomac ? Nous l'avons vu toute à l'heure. Donc le patient a une sensation qui a ces composantes physiques.</p> | |
| 132 | <p>La sensation de « nœud de pruneaux », pour la médecine chinoise, est par définition un problème de <i>tan</i> chaleur... [En cherchant dans les photocopiés qu'il avait préparé] et il existe une formule pour le bol pharyngien que je pensais avoir noté ici, mais que je dois avoir présenté ailleurs... Il existe néanmoins une formule qui est basée sur ce principe, pour empêcher la formation et le dépôt des <i>tan</i>, elle vise à métaboliser les <i>tan</i> et disperser la chaleur du foie.</p> | |
| 133 | <p>m.étu4 : Il disait qu'il confondait les saveurs... M.ens : Eh bien, le goût dépend de la rate... Pat. : Je sentais des goûts qui ne correspondaient pas à la réalité M.ens : Y a-t-il encore des choses qu'on n'arrive pas à expliquer ? M.étu : Le fourmillement aux mains et aux bras ...</p> | |
| 134 | <p>M.ens : Que sont les paresthésies ? m.étu4 : Mauvaise circulation. M.ens : Oui ! Mauvaise circulation de quoi ? De l'énergie ou du sang ? m.étu : De l'énergie...</p> | |
| 135 | <p>M.ens : Ou de toutes les deux ! Donc, c'est bon. Mais attention : aux bras... Quel est le méridien qui emmène plus d'énergie et de sang dans les bras ?</p> | |
| 136 | <p>Plusieurs m.étu : Le gros intestin M.ens : Gros intestin... et à quel niveau énergétique appartient ? m.étu4 : <i>Yang ming</i> M.ens : Et quel est le méridien qui lui est associé ? L'estomac. Donc, s'il y a un blocage de la circulation énergétique nous pouvons nous expliquer cela. C'est donc l'énergie qui rencontre un obstacle. Je l'expliquerai comme ça. Mais, tenez présent que cela c'est mon interprétation, peut-être quelqu'un d'autre ne vous dirait pas la même chose...</p> | |
| 137 | <p>Encore quelques questions ? M.étu : Les pieds, les mains froides et l'humidité c'est toujours à cause du déficit de <i>yang</i> ? M.ens : Oui, oui, mais faites bien attention qu'il y a une caractéristique de ce phénomène « pieds froids ». Parce que quand la sensation de nœud à la gorge empire, le froid aux pieds empire aussi. Donc, le problème des pieds froids est certainement associable à un déficit de</p> | |

| | | |
|-----|--|--|
| 138 | <p><i>yang</i>, à un épuisement du <i>yang</i> déterminé par le froid. Mais il y a aussi</p> | |
| | <p>cette association avec le nœud à la gorge qu'il faut considérer : quand</p> | |
| | <p>l'énergie ne circule pas et qu'il y a un obstacle au réchauffeur moyen,</p> | |
| | <p>nous avons dit : l'énergie de la rate ne monte pas, le <i>yang ming</i> ne</p> | |
| | <p>descend pas ; le foie à du mal à monter, la vésicule biliaire à du mal à</p> | |
| 139 | <p>descendre. Tout est altéré parce qu'ici il y a la ceinture, le point moyen</p> | |
| | <p>du corps, de l'organisme. Donc, obstacle à la circulation de l'énergie,</p> | |
| | <p>compression du <i>qi</i> du foie, mucosités et chaleur qui montent vers le</p> | |
| | <p>haut, bol pharyngien, au même temps l'énergie ne descend pas bien</p> | |
| | <p>aux jambes et par conséquence pieds froids. C'est pour ça que c'est</p> | |
| 140 | <p>toujours bien de demander : « Mais avez-vous toujours froid aux pieds</p> | |
| | <p>même en été ? Mettez-vous des chaussettes aussi le 15 août ? ».</p> | |
| | <p>J'insiste toujours sur cet aspect, parce qu'à ce moment là vous avez un</p> | |
| | <p>déficit de <i>yang</i> pur et vous irez donc chercher tous les autres problèmes</p> | |
| | <p>qui sont liés à ça. Tandis que dans notre cas, cela peut être un déficit de</p> | |
| 141 | <p><i>yang</i> secondaire.</p> | |
| | <p>m.étu3 : Et l'insomnie et les cauchemars ?</p> | |
| 142 | <p>M.ens : Chaleur qui monte ! Mais attention, la chaleur qui monte peut</p> | |
| | <p>prendre plusieurs chemins : ça peut prendre la voie des méridiens –les</p> | |
| | <p>méridiens du foie et de la vésicule biliaire donnent un certain type de</p> | |
| | <p>symptomatologie qu'ici je ne vois pas -, ça peut prendre la voie de la</p> | |
| 143 | <p>super inhibition – c'est-à-dire se répercuter sur la rate. Et ici nous</p> | |
| | <p>avons vu que les mucosités et la chaleur qui remontent et qui donnent</p> | |
| | <p>le bol pharyngien. Ça peut encore prendre la voie de génération des 5</p> | |
| | <p>mouvements – foie, cœur. Chaleur au cœur, perturbation du <i>shen</i> donc</p> | |
| 144 | <p>anxiété, agitation et insomnie, voilà un autre symptôme qui est en train</p> | |
| | <p>de se manifester. Je l'appellerais donc un symptôme résiduel de chaleur</p> | |
| | <p>de cœur qui est en train de se manifester.</p> | |
| 145 | <p>m.étu2 : Alors j'avais réfléchi pour arriver à la conclusion – et je dois</p> | |
| | <p>dire que mon analyse n'est certainement pas juste. Il courait 12 km par</p> | |
| | <p>jour, et il n'était pas entraîné à courir, depuis 20 ans il ne faisait pas de</p> | |
| | <p>sport. Grosses émotions à cause du travail. Il avait arrêté de fumer – ce</p> | |
| | <p>qui n'est pas rien. Donc la fatigue du rein suite à l'effort physique crée</p> | |
| 146 | <p>un déficit de <i>yin</i> (je voyais un déficit de <i>yin</i> du rein) qui a interféré sur</p> | |
| | <p>le foie, avec de plus la stase des émotions, avec la chaleur qui monte</p> | |
| | <p>vers le haut. Donc le foie qui a inhibé la rate.</p> | |
| | <p>M.ens : Mais, je ne vois pas vraiment de symptômes de <i>yin</i> de rein. Je</p> | |
| 147 | <p>les vois sur le <i>yang</i>. Bien que pour la thérapie on puisse utiliser des</p> | |
| | <p>points qui nourrissent le <i>yin</i> de rein pour maintenir une bonne assise</p> | |
| | <p>énergétique.</p> | |

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>Donc maintenant, revenons aux huit règles : selon vous il s'agit d'une maladie interne ou externe ?</p> | <p>Les « huit règles » ou « huit catégories »</p> |
| 146 | <p>m.étu2 : Dont la cause est extérieure mais interne...</p> | <p>d'identification des</p> |
| 146 | <p>M.ens : Donc je dirais que sur la base d'une prédisposition constitutionnelle qui est mise en évidence par un facteur de stress, des émotions etc., une cause externe est intervenue, le froid, qui a affaibli l'énergie du patient. Vous n'aviez pas d'autres troubles avant...</p> | <p>symptômes sont : « le chaud ou le froid », les causes « externes ou internes », « le vide ou le plein », « le <i>yin</i> ou le <i>yang</i> ».</p> |
| 147 | <p>Pat : Non, absolument, avant tout cela j'avais la sensation d'aller très très bien...</p> | |
| 147 | <p>m.étu2 : Mais excuse-moi, [en s'adressant au patient] vous avez dit que vous aviez du temps libre et c'est pour cela que vous avez commencé à faire du jogging. Il y a donc eu des changements dans votre vie...</p> | |
| 148 | <p>Pat : Mon entreprise avait fermé trois mois auparavant, et bien évidemment j'ai eu toute une série d'implications, de choses liées à cela... mais je ne me suis jamais rendu compte que je refoulais des frustrations, ou que je stressais particulièrement. D'autant plus que dans la période pendant laquelle j'ai couru j'allais très bien !...</p> | |
| 149 | <p>M.étu : Attention, je voudrais ici mettre une chose au clair, je parle d'équivoque possible et fréquente, celle de considérer l'acupuncture, la médecine chinoise, les médecines non conventionnelles comme des médecines « abstraites »... Je cherche toujours à analyser toujours les symptômes physiques. Bien évidemment ces choses là existent et il faut en tenir compte, mais je les laisse un peu de côté pour l'instant pour voir plus dans le concret. Je veux vous faire comprendre tout d'abord comment pratiquer la médecine chinoise à partir des choses tangibles, physiques... Après tout, ce discours sur le psychisme est important...mais...</p> | |
| 150 | <p>M.étu : D'accord, mais je voulais juste dire que j'avais l'impression que c'est une personne qui tient tout à l'intérieur...</p> | |
| 151 | <p>M.ens : Oui, oui, certainement, et d'ailleurs on le voit bien ! Donc on est d'accord. Revenons aux huit règles, sur ces bases... Pour ce qui est de la règle interne/externe, nous disons qu'il y a quelque chose d'interne qui s'est aggravé à cause d'un problème externe.</p> | |
| 151 | <p>Froid/chaueur ? ... Le froid est vrai et la chaleur est fausse.</p> | |
| 152 | <p>Puis, déficit/excès : nous avons déficit et stase. La stase est toujours de l'excès, mais qui est conséquence d'un déficit, on est d'accord ? Donc il faut tonifier le déficit et disperser l'excès. Revenons en arrière, où est la maladie ? ...[en suggérant aux étudiants] Le rein et la rate, déficit... [les étudiants ne répondent pas]... êtes vous d'accord pour tonifier le rein et la rate ?</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>153</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p> <p>158</p> <p>159</p> | <p>Plusieurs m.étu : Oui !...</p> <p>M.ens : Comment ?</p> <p>Plusieurs m.étu : Avec la moxa...</p> <p>M.ens : Avec la langue qu'elle [en faisant signe vers le médecin qui avait déjà soigné le patient] avait trouvée ?</p> <p>M.étu : Non, non, il y a trop de chaleur !</p> <p>M.ens : Si avec cette langue tu utilises la moxa, il devient un dragon... il va cracher des flammes. Peut-être bientôt, parce qu'il commence à aller mieux nous pouvons imaginer l'utiliser, mais puisqu'il y a encore des aphtes, je pense que pour l'instant c'est encore trop tôt. Donc restons sur le rein et la rate à tonifier, et nous verrons après avec quels points.</p> <p>Ensuite il faut disperser la chaleur.</p> <p>M.étu : Plus que disperser, je dirais purifier...</p> <p>M.ens : Exact, purifier ! Où est la chaleur ? ... Ce foie qui est si comprimé il a besoin donc d'être ...</p> <p>m.étu : Calmé</p> <p>M.ens : Oui, calmé, apaisé...Puis il y a une autre chose très importante...</p> <p>Plusieurs m.étu : Faire circuler, purifier la rate...</p> <p>M.ens : <i>Tan</i>, il faut traiter les <i>tan</i>. Sais tu [en s'adressant à un étudiant] quelle est la règle pour traiter les <i>tan</i> et l'humidité en médecine chinoise ? Oublier qu'existent les <i>tan</i> et l'humidité et faire circuler l'énergie. L'énergie en circulant fera circuler correctement les fluides en empêchant l'accumulation d'humidité et la formation des <i>tan</i>. Bien que, vous le verrez, il y ait des points spécifiques pour la dispersion des <i>tan</i>.</p> <p>Il y a aussi une autre chose à faire aujourd'hui, parce qu'il y a les aphtes...il faut purifier la chaleur aussi bien du foie que du cœur...</p> <p>Voyons quels points nous devons traiter !</p> <p>m.étu2 : 3 rein !</p> <p>M.ens : Pourquoi 3 rein ?</p> <p>m.étu2 : Parce qu'il tonifie le rein</p> <p>M.ens : Oui, il agit globalement sur les fonctions du rein, et n'oublions pas que dans les fonctions du rein il y a aussi la fonction d'ouverture et de fermeture, donc d'élimination des fluides en excès. Pour nous, il peut être un point synergique pour ce cas d'accumulation d'humidité et de déficit de circulation des fluides. Nous le notons, puis on verra...Ensuite...</p> <p>m.étu2 : Le point 6 de la rate.</p> | |
|--|--|--|

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>M.ens : Pourquoi le 6 rate ?</p> <p>m.étu : Parce que c'est le point de rencontre des trois <i>yin</i>. Et il tonifie l'énergie de la rate.</p> | |
| 160 | <p>M.ens : Nous devons nourrir et tonifier l'énergie du rein et de la rate. Mais a-t-il des problèmes de sang ?</p> <p>M.étu : Non. Mais ce point fait bouger l'énergie...</p> | |
| 161 | <p>M.ens : Oui, d'accord ce raisonnement n'est pas faux ! Mais, alors, comment le piquerais-tu ? En dispersion ou en tonification ?</p> <p>M.étu : Nous faisons le 4 gros intestin en tonification et le 6 rate en dispersion...</p> | |
| 162 | <p>M.ens : Pourquoi en dispersion ? Puisque la langue est violette, il y a bien une stase ? Cela veut dire que le sang stagne. Le point 6 de la rate en dispersion fluidifie le sang, parce qu'il a cet effet de dispersion. On l'associe au 4 gros intestin en tonification qui fait bouger l'énergie, on fait ainsi circuler l'énergie. Le 4 gros intestin en tonification fait aussi descendre l'énergie, et en plus nous le combinons avec le méridien de l'estomac, avec le point 36.</p> | |
| 163 | <p>M.étu : Entre autres, le méridien du gros intestin arrive aussi sur le visage, donc il fait bouger là aussi...</p> <p>M.ens : Oui, oui. Donc ici, avec ces points nous avons déjà bien nourri l'énergie du rein et de la rate. Parce que le 3 rein, le 4 gros intestin et le 36 estomac stimulent et nourrissent le <i>qi</i> acquis, sont les points qui stimulent la source du <i>qi</i> acquis, et le 6 rate agit directement sur le méridien de la rate, étant un point de la rate. D'ailleurs ces points résolvent aussi le problème de montée et de descente de l'énergie. Mais</p> | |
| 164 | <p>il y a une question qu'il ne faut pas négliger : dans le cadre que nous avons dessiné nous avons dit que nous allons disperser le point 6 de la rate, mais nous avons aussi affirmé qu'il faut tonifier la rate, comment faisons-nous pour compenser cet effet de dispersion de la rate ?</p> | |
| 165 | <p>M.étu : Dans les autres séances, j'avais utilisé ensemble le 4 <i>renmai</i> et le 6 <i>renmai</i>. Ayant utilisé le 6 rate en dispersion j'ai pensé de tonifier les trois <i>yin</i> qui se réunissent sur le <i>renmai</i>, et en plus le 6 <i>renmai</i> je l'ai mis parce qu'il tonifie l'énergie en général.</p> | |
| 166 | <p>M.ens : Tout cela pourrait aller, mais dans ce cas là nous n'utilisons pas le 3 rein.</p> <p>M.étu : Non je n'ai pas utilisé le 3 rein</p> <p>M.ens : Parce que le 4 <i>renmai</i> remplace le 3 rein.</p> | |
| 166 | <p>Maintenant il faut mieux voir l'action énergétique des points. Nous avons déjà analysé l'action de 4 gros intestin, 36 estomac et 6 rate en dispersion. Rappelons nous que le 6 rate, parmi ses fonctions, a aussi</p> | |

| | | |
|-----|---|--|
| 167 | celle de fluidifier le <i>qi</i> du foie. Alors, nous avons nourri la rate et l'estomac, nous avons résolu le problème de la montée et de la descente, il y a encore à résoudre le problème de la dispersion du 6 rate en le compensant avec un point qui nourrit la rate. | |
| | m.étu3 : Tout cela est un discours un peu difficile à suivre... | |
| 168 | M.ens : Ecoute moi bien, je vais t'expliquer : nous avons dit que puisqu'il y a de la stase, il faut résoudre cette stase, elle [le médecin qui avait déjà traité le patient] nous a dit avoir utilisé le 6 rate en dispersion, le 4 gros intestin en tonification et le 36 estomac. Ces trois points, que font-ils ? Ils nourrissent et tonifient, de toute façon, l'énergie de la rate, parce que le 36 estomac et le 4 gros intestin stimulent et nourrissent la source du <i>qi</i> acquis, c'est à dire de l'estomac et font travailler la rate. Le 6 rate, en revanche, a été piqué en dispersion pour faire bouger la stase. Il est donc en contradiction avec | |
| 169 | la nécessité de nourrir la rate. Alors il faut quelque chose d'autre qui puisse compenser l'effet de dispersion du 6 rate. Pour cela elle a utilisé le 4 <i>renmai</i> , qui nourrit le <i>yin</i> , et le 6 <i>renmai</i> , qui nourrit l'énergie. Dans ce cas-là, si on utilise le 4 <i>renmai</i> , on n'utilisera plus le 3 rein (qui nourrit l'énergie du rein), parce que le 4 <i>renmai</i> est bien suffisant. | |
| 170 | m.étu3 : Et le 6 <i>renmai</i> ? M.ens : Le 6 <i>renmai</i> en revanche agit sur l'énergie. | |
| | m.étu3 : Mais alors le 6 <i>renmai</i> ne peut pas être suffisant pour faire circuler l'énergie ? Nous pourrions ainsi éviter le 6 rate en dispersion. | |
| | M.ens : Non, parce que ici le 6 rate est indispensable pour fluidifier le sang, du moment qu'il a cette langue. | |
| 171 | Elle a utilisé deux points, c'est bien. Moi j'aurais choisi une autre combinaison de points : le 6 rate en dispersion, le 4 gros intestin et 36 estomac en tonification et le 12 <i>renmai</i> pour nourrir la rate. Parce que avec ce point on compense l'effet de dispersion du 6 rate. Et puis le 3 rein. | |
| 172 | Mais grosso modo vous voyez qu'on arrive pratiquement aux mêmes conclusions. | |
| | M.étu : Puis dans les séances précédentes j'avais piqué aussi – et je sais que tu n'es pas d'accord, mais je l'ai fait quand même – le 7 cœur, le 7 poumon et 7 maître du cœur. | |
| | M.ens : Mais le 7 coeur je le ferais aujourd'hui aussi... | |
| 173 | M.étu : Je les ai piqués parce qu'il faudrait enlever un peu de chaleur... M.ens : Tu as très bien fait... Mais moi je ferais une séance avec moins de points, du moment qu'il y a un déficit. Moins d'aiguilles on pose mieux c'est. | |

| | | |
|-----|---|--|
| 174 | <p>Pour ce qui est de la séance d'aujourd'hui disons que je piquerais : le 6 rate en dispersion, le 4 gros intestin et 36 estomac en tonification. L'association de ces deux derniers points disperse aussi la chaleur. Pour compenser la dispersion du 6 rate je piquerais le 12 <i>renmai</i> et je piquerais aussi le 17 <i>renmai</i> qui fait descendre l'énergie. Mais il manque quelque chose pour la chaleur du coeur.</p> <p>M.étu : Je laisserais les 7 cœur, 7 poumon, 7 maître du cœur...</p> | |
| 175 | <p>M.ens : D'accord, laisse-les. Bien que le 5 ou le 6 maître du cœur soient encore mieux parce qu'ils libèrent la partie haute du corps. Et les blocages sont surtout en haut. Mais le 17 <i>renmai</i> est suffisant pour disperser et libérer le haut du corps. Donc au final je ne laisserais que le 7 cœur qui est très bien pour les aphtes...</p> | |
| 176 | <p>À ce moment le patient est invité à se déshabiller et à s'allonger sur le lit d'examen. Le médecin qui avait déjà piqué le patient et qui lui avait proposé de venir au cours se prépare pour piquer. Elle utilisera les points qui ont été choisis après la longue discussion que nous avons vue jusqu'ici.</p> | |
| 177 | <p>Le médecin enseignant surveille le médecin qui pique et continue à donner des informations aux étudiants qui assistent au cours.</p> | |

Nous pouvons diviser cette séance d'acupuncture en quatre moments distincts.

Une première phase d'anamnèse et d'interrogatoire du patient (1-50), une deuxième consacrée à la prise des pouls (50-81), une troisième dédiée à la discussion du diagnostic (81-157) et enfin une quatrième où les médecins présents à la séance décident des points à traiter (157-177).

Tout au long de l'interrogatoire le médecin enseignant parcourt à nouveau les étapes d'évolution de la pathologie présentée par le patient en se référant aussi aux résultats obtenus lors des séances d'acupuncture précédentes (celle faites par le médecin étudiant qui avait invité le patient au cours pratique). Nous notons l'attention aux détails dans la description des symptômes et dans le questionnement du patient. Les sensations de manque de salive, de bouche sèche (27-31), les problèmes de digestion (31-35), de constipation (35-37), l'envie de boire (38-40), les problèmes d'insomnie (41-42), la sensibilité au froid et au chaud (43-46), la situation familiale (49-50) prennent beaucoup

d'importance lors de cette séance, certainement parce qu'il s'agit d'un cours pratique, mais cet interrogatoire devrait reproduire vraisemblablement une consultation d'acupuncture en cabinet.

Une deuxième partie de la séance est consacrée à la prise de pouls et à l'observation de la langue (50-81) (cette partie de la séance est aussi présentée par les images du film).

C'est à partir de ce moment que le médecin enseignant discute avec les médecins étudiants de chaque étape du raisonnement et des décisions thérapeutiques de la consultation. La prise des pouls et l'observation de la langue sont, de fait, des éléments du procédé propres à la médecine chinoise. Chaque médecin étudiant prend les pouls et observe la langue. Par la suite, le médecin enseignant définit la qualité du pouls et de la langue du patient en confrontant les avis des médecins étudiants.

Une fois décidé de la qualité des pouls et de la langue, le médecin enseignant conduit une longue discussion et un raisonnement très détaillé sur l'interprétation des symptômes du patient, du pouls et de la langue dans les termes de la médecine chinoise (81-157).

Soulignons quelques éléments intéressants présents dans cette longue troisième partie de la transcription de cette séance.

Tout d'abord nous notons qu'en deux occasions le médecin enseignant se réfère à la littérature médicale - de médecine chinoise - française. En effet aux paragraphes 113 et 118 il cite le docteur Nguyen Van Nghi en parlant des « glaires » (qu'il cite en français) et de la « compression du *qi* du foie ». Cela nous prouve que, bien qu'ayant trouvé une certaine indépendance de l'acupuncture française, des enseignants italiens font encore souvent référence à la théorie médicale chinoise venant de France. Néanmoins notons que, pendant ce même cours pratique, le médecin enseignant cite une caractéristique du pouls chinois en anglais. Il parle du caractère du pouls « *slippery* » (72-73) en faisant référence aux textes anglais de médecine chinoise. Cela peut confirmer ce que nous avons montré dans la deuxième partie de notre recherche portant sur l'histoire de la diffusion de la médecine chinoise en Italie.

Un autre élément intéressant pour nous est l'allusion à la médecine occidentale. En effet le médecin enseignant tient à faire remarquer (119-120) que les médecins étudiants doivent « tenir en compte » la médecine occidentale dans leurs raisonnements de médecine chinoise.

En analysant en quoi la médecine occidentale apparaît dans le raisonnement du médecin enseignant nous pouvons voir que, de fait, elle n'a qu'une position marginale. Le

médecin enseignant considère et évalue les effets négatifs d'un médicament allopathique sur la situation générale du patient dont il est en train de s'occuper. Ce à quoi on fait attention, dans cette situation, est la caractéristique reprochée à la médecine allopathique de soigner le symptôme, sans prendre en compte la véritable cause du trouble. Lors du raisonnement des médecins que nous observons, aucun apport théorique au diagnostic n'est fait par la médecine conventionnelle. Cependant les connaissances biomédicales de ces médecins, combinées avec l'expertise en médecine chinoise, semblent permettre une prise en charge plus large de la situation du patient. L'action néfaste des « antiacides » (*Maalox*) sur la condition générale du patient est détectée grâce aux compétences en médecine conventionnelle combinées aux observations dans l'optique de la médecine chinoise (124-126).

Notons aussi que le médecin enseignant (116 et 148-150) attire deux fois l'attention des médecins étudiants sur le fait que l'acupuncture est une médecine qui s'occupe du « physique », ou du moins qui part d'une analyse des situations concrètes liées à la physiopathologie venant de la médecine chinoise. Aux paragraphes 148-150 le médecin enseignant affronte ouvertement la question en disant :

Attention, je voudrais ici mettre une chose au clair, je parle d'équivoque possible et fréquente, celle de considérer l'acupuncture, la médecine chinoise, les médecines non conventionnelles comme des médecines « abstraites »...

C'est une attitude d'observation et d'intervention sur le corps et d'attention aux phénomènes physiques que le médecin enseignant désire conserver, comme en voulant souligner le caractère médical proche à la médecine conventionnelle que la médecine chinoise doit garder pour être une vraie médecine. Il affirme aussi :

...Après tout, ce discours sur le psychisme est important ... mais...

Le psychisme ne concerne pas nécessairement la médecine chinoise qu'il souhaite enseigner, bien qu'il puisse être important. Nous voyons ici un des aspects de *boundary work* ou *boundary construction* entre la médecine officielle et la médecine chinoise. Dans le discours de ce médecin cette deuxième ne doit pas s'éloigner trop de la

médecine officielle pour ne pas devenir charlatanerie. Elle doit être une médecine qui s'occupe tout d'abord du corps, de la pathologie (*disease*), bien qu'elle doive tenir compte aussi du vécu du patient, de ses propres troubles et de sa maladie (*illness*).

La quatrième partie de la séance (157-177) est consacrée au choix précis des points d'acupuncture qui doivent être traités. Notons comment, dans cette dernière partie de la séance, la discussion autour des points à piquer met en confrontation les avis des deux médecins ayant le plus d'expérience (le médecin enseignant et le médecin étudiant ayant récemment terminé sa formation et ayant déjà traité le patient). Nous pouvons percevoir une certaine marge de subjectivité dans la définition de la stratégie thérapeutique et dans le choix des points. Il est ici question de la scientificité de la médecine chinoise, de l'acupuncture comme, apparemment, de toutes stratégies thérapeutiques.

Nous pouvons observer dans le film quelques images de la séance d'acupuncture où le médecin ayant déjà soigné le patient procède à la pose des aiguilles.

CONCLUSIONS

Nous avons commencé notre travail en défendant l'importance d'une perspective comparative comme moyen de compréhension et comme processus de connaissance. Tout au long de notre recherche, nous avons montré l'importance d'une description détaillée des lieux et des acteurs ayant contribué à l'évolution et à l'insertion de la médecine chinoise en France aussi bien qu'en Italie. Nous avons aussi présenté les multiples contextes de présence, de pratique, d'expression et d'action de cette médecine venant de Chine, médecine qui cherche à s'insérer dans le système médical occidental. L'étude des deux cadres nationaux, chacun ayant leurs spécificités, a mené à une réflexion comparative. En ce sens, nous avons pu définir des caractéristiques propres à la situation française et à la situation italienne de l'insertion de la médecine chinoise dans leur système de santé respectif, dans deux cadres historiques, politiques, culturels et sociaux différents. Cette démarche comparative a conduit également à une explication plus générale et synthétique du phénomène étudié, dans le contexte de la globalisation contemporaine.

1. Les acupuncteurs scientifiques et modernistes et la définition de l'« acupuncture traditionaliste française »

Dans notre description de l'évolution de la diffusion de l'acupuncture en France nous avons montré comment, jusqu'à la moitié des années 1960, le savoir et la pratique de l'acupuncture se sont mis petit à petit en place. Puis, à partir de cette époque, nous assistons à la formation plus nette de deux tendances de pensée, de conception et de pratique de cette thérapeutique, tendances qui vont être souvent en franche opposition.

En 1969 un groupe de médecins entreprend une action placée sous l'égide du souvenir du « maître », George Soulié de Morant, en créant une nouvelle association (Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France, ASMAF). Mais au-delà de l'hommage à George Soulié de Morant, le travail de ces médecins est pour l'essentiel charpenté autour de deux axes : la démonstration de la scientificité de l'acupuncture et son enseignement¹.

¹ Rappelons que l'Association Française d'Acupuncture (AFA) et l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France (ASMAF) sont les deux associations qui réunissent la plupart des acupuncteurs français et qu'elles ont abrité les deux écoles d'acupuncture les plus fréquentées en France, jusqu'en 1989, année de la création du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture.

Ces médecins se définissent eux-mêmes comme les « modernistes » ou les « scientifiques » dans le contexte plus large de la pratique de l'acupuncture en France. Être moderniste veut dire, pour ces médecins acupuncteurs, être à même de démontrer la scientificité de l'acupuncture, trouver des correspondances entre des éléments de la médecine conventionnelle – représentant la science moderne – et le fonctionnement de l'acupuncture, évaluer l'efficacité positive et empirique de l'acupuncture. Mais la qualification de « modernistes » ou de « scientifiques » naît aussi de l'opposition à une vision de l'acupuncture qui se veut attentive et fidèle à une soi-disant « tradition » chinoise, à laquelle il serait nécessaire de se référer pour pratiquer une acupuncture digne d'être considérée comme une véritable médecine.

Ce point de vue est diffusé et défendu par les médecins adhérents à l'Association Française d'Acupuncture (AFA), née en 1966. L'approche de l'acupuncture défendue par l'Association Française d'Acupuncture à partir de 1966 jusqu'aux années 1980 est totalement inspirée des travaux du docteur Chamfrault et du docteur Nguyen Van Nghi. Le premier de ces deux médecins est le partisan d'une acupuncture fondée sur une interprétation des textes chinois anciens et un travail d'exégèse conduit ou dirigé par les médecins acupuncteurs. Le docteur Nguyen Van Nghi, intervient dans le panorama de l'acupuncture française en proposant une traduction des textes fondamentaux de « médecine traditionnelle chinoise » produits en Chine à la fin des années 1950.

L'apport du docteur Nguyen Van Nghi révolutionne la conception de l'acupuncture en France. Nguyen Van Nghi est un médecin formé au Vietnam à la médecine conventionnelle française. Les conditions définies par le docteur Chamfrault pour la théorie médicale fondant l'acupuncture, c'est-à-dire la traduction des sources originelles avec la supervision d'un médecin conventionnel dans le respect de la tradition chinoise, sont dès lors réunies en la seule personne du docteur Nguyen Van Nghi. La collaboration entre ce dernier et Chamfrault, qui va durer jusqu'à la fin des années 1960, contribue à l'édification d'une autre conception de l'acupuncture. Leur pensée sera diffusée par la suite par le Groupe Lacretelle, puis par le docteur Jean-Marc Kespi et des médecins qui lui sont proches. L'approche traditionaliste de l'acupuncture promue par l'Association Française d'Acupuncture se construit dès lors à partir de la conviction que la vraie acupuncture fonde tout son savoir sur la « tradition chinoise ».

Cette dualité d'approches de l'acupuncture en France n'est probablement plus aussi marquée aujourd'hui qu'il y a quelques décennies¹. Mais, d'une façon plus générale, les tendances que nous avons mises en évidence ont contribué à la définition d'une pratique médicale et d'une conception de l'organisme humain bien précise, que nous avons appelées « acupuncture traditionaliste française ». Ce sont cette approche de la médecine chinoise et ce courant médical qui, certainement, caractérisent le plus l'acupuncture française aux yeux des autres pays. Les apports des médecins acupuncteurs de l'Association Française d'Acupuncture – et aussi d'autres institutions travaillant sur l'interprétation des textes classiques de médecine chinoise² – ont beaucoup contribué à donner un caractère de traditionalisme propre à la médecine chinoise pratiquée en France, caractère que nous ne retrouvons pas dans d'autres pays européens ou nord-américains.

L'importance centrale donnée à la tradition était, nous l'avons vu, déjà présente dans le travail et dans la pensée des médecins néo-hippocratiques du début du XX^e siècle. Ce sont ces mêmes médecins qui ont exprimé le plus clairement leur intérêt pour l'acupuncture. Au demeurant, pendant la première moitié du XX^e siècle, le courant néo-hippocratique disparaît progressivement³, tandis que l'acupuncture prend une importance ascendante à partir de la fin des années 1960. Autour de l'acupuncture se réunit ainsi un certain nombre de médecins intéressés par le « retour à la tradition » dans le domaine de la médecine. Les raisons pour lesquelles l'acupuncture ne disparaît pas face aux progrès de la médecine scientifique, mais au contraire se diffuse largement en France comme dans le reste du monde, sont multiples. Le moyen thérapeutique, l'aiguille, a certainement contribué à la propagation de cette pratique de soin en Occident. N'étant pas présente dans la médecine traditionnelle occidentale, cette thérapeutique a sans doute attiré et fasciné les médecins qui la côtoyaient. Qu'en France la théorie médicale chinoise soit l'objet d'une

¹ En 1997 est créée la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue (FAFORMEC) qui fédère vingt-six associations d'acupuncteurs de France ayant des approches de l'acupuncture très différentes.

² Nous pensons notamment à l'Institut Ricci et à l'École européenne d'acupuncture, qui bien que n'étant pas des associations de médecins, travaillent sur la traduction et les commentaires des textes médicaux chinois depuis le début des années 1970. Les travaux qui nourrissent l'approche traditionaliste de l'acupuncture française ne répondent pas tous aux critères de scientificité exigés par une démarche purement sinologique, il s'agit très souvent d'interprétation des textes médicaux faite par les médecins eux-mêmes, parfois avec l'aide d'un informateur chinois, en dehors de la démarche philologique et historique.

³ Cf. : Weisz G., « A Moment of Synthesis : Medical Holism in France between the Wars », *Greater than the parts. Holism in biomedicine*, New York Oxford, Oxford University Press, 1998, p. 86. George Weisz affirme aussi qu'après la seconde guerre mondiale le néo-hippocratisme perd de son importance surtout pour ce qui est de ses idées néo-hippocratiques. Ce qui est conservé et défendu est l'attitude « humaniste ». La médecine psychosomatique semble prendre la place du courant néo-hippocratique dans le cadre des médecines holistiques.

ample diffusion et d'un dévouement constant de la part d'un nombre non négligeable de médecins pour la compréhension et la diffusion de cette médecine depuis le début des années 1930 en est la manifestation tangible. En outre, comme nous l'avons montré, l'attraction de la part des médecins français pour la théorie médicale chinoise est, en large partie, liée à son statut de médecine traditionnelle. Ces caractéristiques semblent définir l'acupuncture comme une médecine « autre » que la médecine conventionnelle occidentale et ayant une approche traditionaliste. De fait, l'acupuncture française naît, se développe et continue dans une large mesure à exister par opposition à une médecine moderne et scientifique.

Comme l'affirme Antony Giddens¹, la tradition est fruit de la modernité et elle est rarement, sinon jamais, authentique, mais toujours imposée et utilisée comme instrument de pouvoir. Ce qui nous renvoie aussi à l'idée de « tradition inventée » d'Eric Hobsbawm et Terence Ranger. Selon Hobsbawm et Ranger, l'invention de la tradition correspond au « contraste entre le changement permanent, l'innovation du monde moderne et la tentative de structurer au moins certaines parties de la vie sociale comme immuables et invariantes² ». L'invention de la tradition est, selon Hobsbawm et Ranger, mais aussi Antony Giddens, un processus de formalisation et de ritualisation caractérisé par la référence au passé. Pouvons-nous parler d'invention d'une tradition pour ce qui est de l'acupuncture française ? L'importance accordée à partir de la moitié du XX^e siècle par les médecins acupuncteurs français à l'interprétation des classiques de médecine chinoise a contribué à la construction d'une théorie médicale chinoise formalisée, faisant référence à un passé d'autant plus valorisé qu'il est ancien et extrait de l'évolution historique, donc jugé immuable. Cette interprétation et cette formalisation ont défini un savoir médical cohérent légitimant les médecins et praticiens acupuncteurs, restant fidèles à une approche traditionaliste de l'acupuncture. En même temps, en se définissant comme les détenteurs d'un savoir savant et très difficilement accessible, ils s'érigent en « gardiens de la tradition ».

Un tournant dans la définition du corpus théorique de l'acupuncture française se produit lors de la traduction, parue en France en 1969, du *Zhongyixue gailun*, texte rédigé en 1958 par l'académie de Nankin et fruit d'une politique d'institutionnalisation de la

¹ Cf. : Giddens A., *Runaway world. How globalisation is reshaping our lives*, London, Profile Books, 1999.

² Hobsbawm E., Ranger T. (éd), *L'invention de la tradition*, Paris, Edition Amsterdam, 2006, p. 12.

médecine chinoise en Chine mise en place par Mao Zedong¹. Cet ouvrage traduit de la version vietnamienne par le docteur Nguyen Van Nghi affirme d'une autre manière que la référence aux textes classiques les plus anciens est constitutif du caractère d'« invariabilité » du savoir médical chinois.

L'acupuncture traditionaliste française se conforme, de fait, au destin de toutes les traditions inventées. Elle évolue dans le temps en changeant de référence au passé qui l'inspire ; de plus elle se combine et se mélange avec la science moderne sans nécessairement perdre son statut de tradition² comme nous l'avons vu chez les acupuncteurs « modernistes » qui travaillent pour une justification scientifique de l'acupuncture.

2. La médecine chinoise en Italie et la globalisation

Nous avons décrit et analysé l'histoire de l'apparition de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Italie, ainsi que leur pratique actuelle, dans le contexte médical italien. Nous avons montré que, avec trente ans de décalage par rapport à la France, une acupuncture clinique s'implante largement en Italie autour des années 1970. Le docteur Ulderico Lanza est l'initiateur de la diffusion de cette pratique de soin, en se fondant sur la manière dont elle a été conçue, formulée et défendue en France à partir des années 1940.

Le docteur Lanza, sous l'incitation du docteur Nguyen Van Nghi, fonde en 1968 la Scuola Italiana di Agopuntura et la Società Italiana di Agopuntura. Le travail de diffusion de cette thérapeutique est encore entièrement à faire, et ces deux organismes vont y contribuer d'une façon importante, le premier en offrant un lieu de formation aux médecins acupuncteurs, le deuxième, qui existe encore aujourd'hui, en constituant un organisme de recherche, de diffusion et de sauvegarde de l'acupuncture en Italie.

À travers les deux sociétés, le docteur Lanza commence à instaurer des échanges entre les médecins acupuncteurs français et l'Italie : le Docteur Nguyen Van Nghi et le Docteur Albert Gourion viennent souvent donner des séminaires à la Scuola Italiana d'Agopuntura, ou encore, quelques années plus tard, le Docteur Requena.

¹ Cf. : Hsu E., « La médecine chinoise traditionnelle en république populaire de Chine : d'une 'tradition inventée' à une 'modernité alternative' », dans Cheng A., éd., *La pensée en Chine aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2007, pp. 214-238. Dans cet essai l'auteur définit ce processus d'institutionnalisation en Chine comme un phénomène d'« invention d'une tradition ».

² Cf. : Giddens A., « Tradition », *Op. Cit.* note 50.

Pendant les années 1970 d'autres écoles naissent en Italie, surtout dans le nord et, dans quelques rares cas, dans l'Italie du sud¹. Autant l'enseignement que la réflexion menés dans ces centres trouvent inspiration dans le savoir venant de l'« acupuncture traditionaliste française ».

La prise de distance de la part des acupuncteurs italiens vis-à-vis de l'acupuncture française comme seule et unique référence se fait durant les années 1990, une vingtaine d'années après le début de sa diffusion. On observe alors une ouverture de la part de plusieurs écoles et associations italiennes à d'autres références concernant la médecine chinoise et l'acupuncture. Plus précisément, le travail des médecins acupuncteurs italiens sort d'une emprise intellectuelle uniquement française pour rencontrer d'autres réalités nationales de pratique et de développement de l'acupuncture. De fait, le contact avec le monde anglo-saxon et nord américain de la médecine chinoise s'effectue presque en même temps qu'avec le pays d'origine de cette thérapeutique, la Chine.

Le passage d'une source unique, le savoir médical constitué en France, vers une situation d'échange de connaissances entre plusieurs pays va se mettre en place en Italie en deux étapes presque concomitantes. Pendant les années 1980, quelques médecins italiens ressentent le besoin d'étendre leurs connaissances théoriques et leur expertise clinique au delà de la seule acupuncture. Un intérêt grandissant pour la phytothérapie chinoise porte ces médecins acupuncteurs à s'adresser aux thérapeutes anglais et américains qui maîtrisaient et utilisaient la thérapie par les herbes chinoises, bien mieux que les médecins acupuncteurs français. Ces médecins acupuncteurs italiens se rendent donc en Angleterre pour suivre des séminaires et se former à la thérapie par pharmacopée chinoise.

À la même époque, toujours pendant les années 1980, la Chine commence son ouverture vers l'Occident. Le moment historique d'ouverture de la Chine à l'Occident facilite les contacts et les relations plus ou moins étroites entre les médecins italiens, les écoles italiennes d'acupuncture et la Chine. Au début des années 1980 quelques médecins italiens commencent à faire des stages d'apprentissage en Chine pour se former à la médecine traditionnelle autochtone. Plus tard ces mêmes médecins enseigneront dans les écoles italiennes. En même temps ils garderont des contacts avec les médecins ou les universités chinoises, et plusieurs écoles établissent des liens et des conventions avec les

¹ Citons le Centro Studi So-wen à Milan né en 1970, le Gruppo di Studio Società e Salute à Bologne né à la fin des années 1970, la Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze à Florence née en 1980, la Scuola Mediterranea di Agopuntura à Syracuse (Sicile) née en 1979.

universités de médecine traditionnelle chinoise en Chine, comme l'école MediCina et l'école So-wen de Milan et la Fondazione Matteo Ricci de Bologne.

De fait ces années correspondent à un changement de paradigme pour l'enseignement et la diffusion de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Italie. Ce changement est confirmé par notre observation locale, fruit d'un travail de terrain auprès de certaines écoles, mais aussi à travers une analyse plus large du paysage médical autour de l'acupuncture et de la médecine chinoise.

Dans les années 1980 en Italie, ces pratiques de soin étaient liées à l'activité de quelques médecins acupuncteurs particulièrement engagés dans leur développement et de quelques associations et écoles qui les regroupaient. C'est alors qu'à l'initiative de certains médecins d'Italie du Nord, comme le docteur Graziella Rotolo ou Caterina Martucci, avec l'aide du médecin romain Alessandra Gulì, la situation s'ouvre à d'autres contextes de pratique et d'enseignement de la médecine chinoise.

Si jusqu'à ce moment la langue prédominante dans le milieu de l'acupuncture italienne était le français, ce changement de perspective et de référence entraîne aussi un changement de langage de référence. La France et le français commencent à laisser la place à d'autres réalités nationales, à d'autres réalités de travail, et par là, à d'autres langues.

Pour autant, ce n'est pas uniquement la langue anglaise et les recherches anglaises ou américaines qui intéressent ces médecins acupuncteurs italiens, mais aussi la Chine et le travail avec la médecine chinoise mené là-bas. Au même moment où ils nouent des contacts avec quelques enseignants anglais, tel Giovanni Maciocia, ou américains, tel Ted Kaptchuk, ces médecins acupuncteurs commencent à tisser des relations avec des médecins chinois qu'ils ont rencontré lors de leurs séjours en Chine. Pendant les années 1990 quelques écoles d'acupuncture italiennes signent des conventions avec les universités chinoises. Cela leur permet d'inviter régulièrement des enseignants chinois en Italie tous les ans pendant quelques semaines et de garantir à leurs étudiants des voyages d'étude dans les hôpitaux chinois.

Cette réalité locale italienne s'insère dans un contexte bien plus large d'effacement relatif des limites nationales, d'ouverture à une plus importante circulation des marchandises, des hommes et des savoirs au niveau mondial.

Le discours autour de la mondialisation et de la globalisation se développe surtout à partir des années 1990 et il est repérable à tous les niveaux sociaux, économiques, politiques, religieux, « culturels » et, pourrait-on dire, médicaux. Plusieurs auteurs

réfléchissant à la notion de globalisation affirment qu'il y a un lien très étroit entre celle-ci et le concept de modernité (Giddens¹, Beck², Bauman³, Gaonkar⁴, Appadurai⁵, Knauft⁶). La redistribution des frontières, de l'espace et de la temporalité des contextes sociaux est liée à de nouveaux enjeux de pouvoir, économiques mais aussi culturels, entre les états-nations.

Le sociologue Ulrich Beck définit la globalisation comme

...un processus auquel les états-nations sont conditionnés et mis en relation transversale par des acteurs transnationaux, par leurs chances de pouvoir, d'orientation, d'identité, de réseaux.⁷

Il continue en affirmant que la spécificité du processus de globalisation réside

... dans l'extension, la densité, la stabilité, empiriquement relevables, des réseaux de relations réciproques régionales-globales et de leur autodéfinition mass-médiale, ainsi que des espaces sociaux et de leurs flux d'images au niveau culturel, politique, financier, militaire et économique⁸.

Pour le sociologue allemand, la globalisation produit enfin la « société mondiale », une société unifiée par des conditions et des styles de vie de plus en plus similaires.

Or cette situation, que l'on pourrait définir de nivellement international, est de fait certainement plus nuancée, du moins pour ce qui nous concerne, par les auteurs ayant étudié le processus de mondialisation ou globalisation de la médecine chinoise.

Les auteurs qui ont réfléchi à la dimension de globalisation de la médecine chinoise s'accordent tous à l'idée que ce mouvement de savoirs, de pratiques et d'hommes se décline selon des modalités très différentes liées aux réalités locales. C'est ainsi que Joseph Alter affirme :

¹ Cf. : Giddens A., *Le conséquences de la modernité*, Paris, l'Harmattan, 1994.

² Cf. : Beck U., *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2001.

³ Cf. : Bauman Z., *Il disagio della postmodernità*, Milan, Mondadori, 2002; *Le coût humain de la mondialisation*, Paris, Hachette, 1999.

⁴ Cf. : Gaonkar D. P., « On alternative Modernities », *Public Culture*, vol. 11, n° 1, hiver 1999.

⁵ Cf. : Appadurai A., *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot, 1996 ; « Grassroots Globalization and the Research Imagination », *Public culture*, vol. 12, n° 1, hiver 2000, p. 1-19.

⁶ Knauft B., « Critically Modern: An Introduction », in *Critically Modern. Alternatives, Alterities, Anthropologies*, Bloomington, Indiana University Press, 2002.

⁷ Beck U., *Che cos'è la globalizzazione*, Rome, Carrocci, 1999, p. 24.

⁸ Beck U., *Ibidem*, p. 25.

...it is possible to think about the dynamics of medicine in the context of nationalism and transnationalism as animated by a more complex set of factors than the simple, structural opposition – or hybrid synthesis – of tradition and modernity. In this formulation, medicine in Asia can be understood to be defined, problematically, by the bracketing force of medicine itself – conceptualized across time as a naturally delimited system dealing with illness and disease – against a history of health that encompasses much more than questions of disease etiology, diagnosis, and therapeutic cure.¹

Elisabeth Hsu et Erling Høg dans l'introduction au numéro de *Anthropology & Medicine* consacré à la globalisation des médecines venant d'Asie reprennent le concept avancé par Ronald Robertson² de « *glocalisation* ». Les auteurs affirment que :

This [...] process of diversification is nicely captured in Roland Robertson's term "glocalisation": while one may question his idea that the invention of the locality is a consequence of there being a globality, it is easy to see that, ultimately, people in particular localities appropriate commodities and technologies from other localities. Robertson's notion of "glocalisation" emphasizes the transfer from locality to locality or, with regard to Asian medicines, it is perhaps more appropriate to say from region to locality; "glocalisation" also stresses the role of *people* in shaping the practice of Asian medicines in one cultural context, and introducing it into new localities.³

Mei Zhan, dans son ouvrage *Other-Worldly: Chinese medicine through encounters*⁴, dans une optique anthropologique, dépasse la conception de la globalisation de la médecine chinoise comme phénomène observable en tant qu'expression d'une réalité locale, en soutenant que :

...for medical anthropology and cultural and social studies of science, close attention to translocal practices helps us situate and understand the historicity and heterogeneity of "traditional" medicines, especially the ways in which they are produced and transformed through encounters with, rather than in isolation from, biomedical institutions, practices, and discourses. [...] Finally, I suggest that, by conducting empirical,

¹ Alter J., « Introduction : The Politics of Culture and Medicine », in *Asian Medicine and Globalization*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2005, p. 16.

² Cf. : Robertson R., *Globalization: Social Theory and Global Culture*, Londres, Sage, 1992.

³ Høg E., Hsu E., « Introduction », *Anthropology & Medicine*, vol. 9, n° 3, 2002, p. 205-206.

⁴ Zhan M., *Other-Worldly: Chinese medicine through encounters*, Duke University Press, à paraître.

ethnographic studies on the ground, we may also be able to examine and understand other projects and processes of globalization that we have been held up to us in totalizing ways. Instead to contain that “thing” called globalization conceptually, we may to catch projects and processes *in action*.¹

L'idée de globalisation doit donc, selon l'auteur, conduire à l'examen d'autres contextes, situations et processus reliés au phénomène de diffusion du corpus théorique et de la pratique médicale qui constituent la médecine chinoise.

La marche de la pratique et de la diffusion de l'acupuncture et de la médecine chinoise en Italie, après son éloignement de l'acupuncture traditionaliste française vers une dimension de connaissance globalisée, peut être résumée selon plusieurs points.

En premier lieu, l'action d'individus, qui étaient les rares médecins intéressés par l'acupuncture dans les années 1970 se conformant au style de travail proposé par les Français, laisse place à un ensemble d'activités associatives sinon institutionnelles. De fait, les médecins se constituent en groupes d'acupuncteurs poursuivant les mêmes buts et défendant les mêmes intérêts. Les associations, les centres, les écoles, soutiennent l'acupuncture vis-à-vis d'une large communauté médicale conventionnelle.

Ensuite, l'action de ces organisations soutenant l'acupuncture, ainsi que la conviction de la plupart des médecins acupuncteurs actifs en Italie, mobilisent tous leurs efforts pour la reconnaissance de cette pratique par le milieu médical orthodoxe. La tendance à une intégration de l'acupuncture et de la médecine chinoise dans le contexte médical conventionnel est forte et déterminée. L'acupuncture est donc considérée en Italie comme une pratique complémentaire de la médecine conventionnelle qui nécessite une intégration dans le contexte médical officiel.

Il faut aussi signaler que la référence à la Chine et les tentatives de mise en place de relations d'échange entre l'acupuncture italienne et les institutions chinoises sont soutenues aussi bien par les organisations privées (la plupart des écoles d'acupuncture italiennes sont privées) que par les structures publiques. Pensons par exemple à la tentative d'organisation d'un master sur la médecine chinoise organisé par l'université de Milan et de Rome en convention d'échange avec l'université de médecine traditionnelle de Pékin. Enfin, l'activité de recherche dans le domaine de la médecine chinoise est limitée à quelques cas mis en œuvre dans certaines régions italiennes comme la Lombardie ou la Toscane ou

¹ Zhan M., *Ibidem*, p. 72.

encore à l'initiative d'institutions privées. Ces travaux se placent dans une perspective de vérification et de validation de résultats confrontés à la biomédecine. Les méthodes de validation de l'efficacité de l'acupuncture font référence souvent à l'*evidence based medicine*. Nos travaux de terrain dans les hôpitaux italiens confirment pleinement cette volonté de la part des thérapeutes d'intégrer l'acupuncture dans les services offerts par les structures publiques, les hôpitaux.

3. La comparaison entre la France et l'Italie

La comparaison et la confrontation des données recueillies dans notre recherche en France et en Italie nous a conduit à une série de résultats qui nous permettent de dessiner le cadre de la présence de la pratique de l'acupuncture et de la médecine chinoise dans les deux pays. Nous avons montré, en utilisant les rares données quantitatives auxquelles nous avons pu avoir accès¹, que les médecins pratiquant l'acupuncture en France sont en nette diminution par rapport à l'Italie. Dans ce dernier pays, les écoles d'acupuncture sont bien plus nombreuses qu'en France, et surtout, elles ont un nombre d'élèves nettement supérieur à celui observé aujourd'hui en France. Nous avons aussi montré que les raisons de cet inversion de tendance dans ces deux pays européens quant au nombre de médecins en formation à l'acupuncture sont liées à des décisions étatiques et à des enjeux économiques. L'organisation du système national de santé français ne laisse pas de place à l'exercice de l'acupuncture ou de la médecine chinoise, ainsi que de toutes thérapeutiques non conventionnelles. Pour les jeunes médecins français, s'orienter vers la pratique de l'acupuncture est donc difficile et risqué.

La question de la relation entre médecine occidentale, ou médecine conventionnelle ou orthodoxe, et la médecine chinoise, non conventionnelle ou hétérodoxe, et des limites entre ces deux univers médicaux (*boundary work*) se révèle de façon intéressante dans la confrontation entre les deux réalités nationales.

En regardant de plus près les acteurs que nous avons rencontrés et leur profil, nous remarquons qu'en Italie un pourcentage important des médecins s'adressant à la médecine chinoise est médecin spécialiste et que ces médecins prévoient ou exercent les deux

¹ Notons que pour l'Italie les données statistiques concernant les effectifs de la population médicale sont bien moins nombreuses qu'en France. Nous avons donc eu parfois quelques difficultés pour repérer les données suffisantes pour justifier une comparaison.

médecines de façon concomitante. En revanche en France les médecins acupuncteurs sont pour la plus large partie des médecins généralistes.

Ce constat en accord avec les discours tenus par les médecins rencontrés et les réponses aux questions que nous avons posées nous confirme que deux tendances très nettes et bien séparées se dessinent dans les deux pays enquêtés. En France, la pratique de l'acupuncture est vue comme l'exercice d'une médecine *différente* de la médecine conventionnelle. En revanche, pour ce qui est des discours des médecins italiens, nous avons plusieurs fois mis en évidence leur conception de la médecine chinoise comme médecine *intégrée*, ou du moins intégrable à la médecine conventionnelle, parfois *complémentaire* de celle-ci.

Cette différence nette entre la perception et l'exercice de l'acupuncture et de la médecine chinoise chez les médecins des deux pays observés se retrouve aussi dans les cas d'étude que nous avons recueillis dans la quatrième partie de notre recherche. Nous avons montré comment les médecins parisiens et strasbourgeois travaillent dans des centres d'évaluation et traitement de la douleur en restant, néanmoins, à l'écart du véritable fonctionnement du centre. Nous avons en revanche vu le travail des dentistes de l'hôpital Luigi Sacco de Milan et leur démarche de forte intégration dans un contexte de pluralisme médical.

Reste une donnée que nous n'avons pas abordée et qui nous aurait emmenée bien au-delà du terrain que nous avons exploré, qui était celui de la reconnaissance de la médecine chinoise face à la médecine conventionnelle dans le cadre du système national de santé des deux pays étudiés. Qu'en est-il, en effet, en France comme en Italie, de la position des autres praticiens non médecins de ces techniques médicales ? Qui sont les acupuncteurs non médecins ? Quel est leur nombre ? Comment se définissent-ils ? Comment construisent-ils leur contexte de travail ? Ont-ils une quelconque place dans le paysage médical français aussi bien qu'italien ? Ces interrogations nous montrent que le terrain d'étude concernant le transfert d'une connaissance et d'une pratique médicale venant de Chine en Occident se déploie selon une multiplicité d'aspects et de contextes, et que le travail de recherche à ce sujet est loin d'être achevé...

BIBLIOGRAPHIE

SOURCES

Périodiques

Français

- Acupuncture et Moxibustion*, revue trimestrielle, Marseille, 2002-... (2002-2006)
- Archives de la Société Française d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1947-1948, (1947-1948)
- Bulletin de la Société d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1950-1964, (1952-1963)
- L'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1964-1989, (1965-1979)
- Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, revue mensuelle, Marseille, 1973-1982, (1973-1976)
- Méridiens*, revue trimestrielle, Paris, 1968-2000, (1968-2000)
- Méridiens*, revue trimestrielle, Paris, 1968-2000, (1968-2000)
- Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1966-1974, (1966-1974)
- Revue d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1965, (1965)
- Revue de la Société Internationale d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1975-1999
- Revue Française d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1974-... (1974-2007)
- Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise*, revue trimestrielle, Marseille, 1982-2002, (1982-2002)
- Revue Internationale d'Acupuncture*, revue trimestrielle, Paris, 1949-1964, (1949-1964)

Italiens

- Rivista Italiana di Agopuntura*, quatre numéros par an, Saronno, 1968-... (1983-2000)
- MediCina*, revue mensuelle, Milan, 1989-1998, (1989-1995)
- Rivista Italiana di Medicina Tradizionale Cinese*, revue bimestrielle, Forlì, 1984-1994
revue trimestrielle, Forlì, 1994-... (1986-2008)

Manuscrits et textes non publiés

« Réflexion concernant le projet du ministre Colla visant à réglementer les médecines non conventionnelles », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, novembre 1998

Aubé P., « *Le médecin à exercice particulier* », décembre 1995

Centre de la Douleur Pelvienne Chronique , *Rapport d'activité 1997/1998*

Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, Marseille, Hôpital de la Timone, 20 septembre 1991

Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture, Bobigny, 9 février 1996.

Conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture « Compte rendu de la réunion du conseil de coordination du Diplôme Interuniversitaire d'Acupuncture », U.F.R. de médecine de Bobigny, 21 septembre 1990

École MediCina, Dépliant de l'école MediCina

Direzione Generale della Sanità Regione Lombardia, Décret n° 16935 du 12.07.2001

Direzione Generale della Sanità Regione Lombardia, Décret n° 2891 du 09.02.2001

Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France (FA.FOR.MEC.), Statuts de l'Association

Fresnet P., « Lettre aux docteur Carlotti, rapporteur du dossier droit aux titres en acupuncture, 3^{ème} section », jeudi 27 janvier 1973

Fresnet P., « Affaire Laville-Mery »

Fresnet P., « Communication III congrès de la Confédération des Association Médicales d'Acupuncture »

Fresnet P., « Indices socioéconomiques de l'acupuncture »

Fresnet P., « Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France », p. 5

Fresnet P., « Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France », p. 5

Fresnet P., « Note», 1975 et 1976

Groupe Lacretelle, polycopies : « Cliniques d'acupuncture » de n° 1 à n° 30 ; fascicule « Trajets », Maloine

Hemery J.-P., « Organiser la profession », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, mars 1996,

Hemery J.-P., « Quel avenir pour l'acupuncture ? », *Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France*, novembre 1998

Protocole de recherche: *Studi policentrici del trattamento del dolore nella neuropatia periferica simmetrica distale HIV-correlata, con farmaci ed Agopuntura Classica Cinese.*

Recours-Nguyen C., « Biographie de Nguyen Van Nghi »

Schatz J., « Société Internationale d'Acupuncture », *Bulletin de liaison*, n° I-II, janvier 1980

Statuts de l'Association: Formation Médicale Continue des Acupuncteurs de France

Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, « Statuts de l'acupuncture en France, présentés à l'appréciation de l'Académie de Médecine de la Faculté de Médecine et des Pouvoirs Publics », janvier 1951

Università degli Studi di Milano, « Master Universitario, Integrazione tra la medicina tradizionale cinese e la medicina occidentale », brochure de présentation de l'année académique 2006-07

Sources internet

AFA :

<http://www.acupuncture-france.com/>

Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France - base de données acudoc2 :

<http://www.acupuncture-France.com/>

Collège Français d'Acupuncture :

<http://holloway.free.fr/cfa/>

Eco-Santé, Donnée Site Internet :

[http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/
www.ecosante.fr](http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/www.ecosante.fr)

Fédération des Acupuncteur pour leur Formation Médicale Continue (F.A.FOR.ME.C.) :

<http://www.acupuncture-medic.com/home.htm>

Institut Ricci de Paris :

http://www.institutricci.org/A1_accueil

Institut Ricci de Taipei :

http://www.jesuites.com/missions/hors_frontiere/riccитайpei.htm

Institut Van Nghi :

<http://www.institutevanngi.net/pages/nvndata/works.html>

L'Association Française pour l'Etude et la Recherche en Acupuncture (A.F.E.R.A.) :

<http://www.afera.org.htm>

Organisation Mondial de la Santé, OMS:

<http://www.euro.who.int/hfadb>

Soulié de Morant :

<http://fsouliedemorant.free.fr/George.htm>

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- Abèlès M., *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot, 2008
- Abgrall J.-M., *Les charlatans de la santé*, Paris, Editions Payot et Rivages, 1999
- Adam P., Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994
- Adams G., « Shiatsu in Britain and Japan : personhood, holism and embodied aesthetics », *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, 2002, vol. 9, n° 3, p. 245-265.
- Adams K.E., *et al.*, « Ethical Considerations of Complementary and Alternative Medical Therapies in Conventional Medical Settings », *Annals of Internal Medicine*, vol. 137, n. 8, 15 octobre, 2002, p. 660-664
- Agamben G., *Homo sacer, Il potere sovrano e la nuda vita*, Turin, Einaudi, 1995
- Agamben G., *Image et mémoire, (In girum imus nocte et consumimur igni, 1978)*, Dijon, Hoëbeke, 1998
- Agamben G., *Infanzia e storia, Distruzione dell'esperienza e origine della storia*, Turin, Piccola Biblioteca Einaudi, 2001
- Agamben G., *La comunità che viene*, Turin, Bollati Boringhieri, 2001
- Aïch P., Fassin D. (éd.s), *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, 1994
- Albrecht G. L., Fitzpatrick R., Scrimshaw S. C. (éd.s), *The handbook of social studies in health & medicine*, Londres, Thousand Oaks, New Delhi, Sage publications, 2000
- Alexander J. K., *The Mantra of Efficiency. From Waterwheel to Social Control*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 2008
- Allais G. B., Giovanardi C. M., Pulcri R., Quirico P. E., Sotte L. (éd.s), *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Milan, Casa Editrice Ambrosiana, 2000.
- Alsop R., Fitzsimons A., Lennon K., *Theorizing gender*, Cambridge (Royaume-Uni), Polity, 2002
- Alter J. (éd.), *Asian Medicine and Globalization*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2005
- Andrès G., *Principes de la médecine selon la tradition. La médecine dans les sociétés traditionnelles*, Paris, Editions Dervy, 1999
- Antiseri D., « Medicina, agopuntura e omeopatia », *Kos*, octobre 1992, p. 31-34
- Antiseri D., Federspil G., Scandellari C., *Epistemologia, clinica medica e la « questione » delle medicine « eretiche »*, Soveria Mannelli, Rubettino Scientifica, 2003
- Antoniotti E., « Sempre più donne medico, sempre poche donne al vertice », *Avvenire medico*, n° 4, 2005, p. 7-8
- Appadurai A., *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot, Paris, 1996

- Appadurai A., « Grassroots Globalization and the Research Imagination », *Public culture*, vol. 12, n° 1, hiver 2000, p. 1-19
- Arrêté du Ministère de la Santé Publique et de la Population, « les actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié », *J.O.*, 9 janvier 1948
- Artaud A., *Œuvres complètes. Supplément au tome 1. Lettres-Appendice*. Paris, Gallimard, 1970
- Astin J. A., « Why Patients use Alternative Medicine. Results of a National Study », in *JAMA*, vol. 279, n° 19, 20 mai 1998, p. 1548-1553
- Augé M., *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Flammarion, 1994
- Barberousse A, Kistler M., Ludwig P., *La philosophie des sciences au XXe siècle*, Paris, Flammarion, 2000
- Barcollino D., Perino A., « Le Medicine non convenzionali: alternativa o complementarità », in *Manuale di sociologia della salute*, Milan, Franco Angeli, 2004
- Barman Z., *Intimation of Postmodernity*, London, Routledge, 1992
- Barnes L., Sered S. (éd.s), *Religion and Healing in America*, New-York, Oxford University Press, 2005
- Barnes L., « Multiple Meanings of Chinese Healing in the United States », in Barnes L. et Sered S. (éd.s), *Religion and Healing in America*, Oxford University Press, 2005, p. 307-331
- Basanger I., Bungener M., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Basanger I., Bungener M. et Paillet A (éd.s), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, la Dispute, 2002, p. 19-34
- Baszangar I., Bungener M. et Paillet A. (éd.s), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute/SNEDIT, 2002
- Baszanger I., « Théorie, techniques et prise en charge : le cas de deux centres de traitement de la douleur », *Techniques et culture*, n° 25-26, janvier-décembre 1995, p. 263-283
- Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin de l'oubli*, Paris, Seuil, 1995
- Bateson G., *Vers une écologie de l'esprit – tome 1*, (titre original : *Steps to an Ecology of Mind*, 1973), Paris, Seuil, 1977
- Batterman R.W., *The devil in the details, Asymptotic reasoning in explanation, reduction and emergence*, Oxford, Oxford University Press, 2002
- Baudrillard J., *La société de consommation*, Paris, Denoël, 1970
- Bauman Z., *Il disagio della postmodernità*, (*Ponowoczesność. Jakoźródło cierpień*, Varsovie, 2000), Milano, Bruno Mondadori, 2000
- Bauman Z., *La società dell'incertezza*, Bologna, Il Mulino, 1999
- Beau G., *Medicina Cinese*, Cosme, Red/studio redazionale, 1989
- Beck U., *Che cos'è la globalizzazione*, Rome, Carrocci, 1999

- Beck U., *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité, (Risikogesellschaft, 1986)*, Paris, Flammarion, 2001
- Benato M., « I numeri e le proiezioni della popolazione medica in Italia », in *Medicina e sanità declinata al femminile*, Congrès de la F.N.O.M.Ce.O., Caserta, 28 septembre 2007
- Benoist J. (éd.), *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Kartala, 1996
- Bensa A., *La fin de l'exotisme, Essais d'anthropologie critique*, Toulouse, Anacharsis, 2006
- Bergeron M.I., *D'un bout du siècle à l'autre, Cinquante ans de vie missionnaire*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996
- Berlinguer G., « Globalizzazione e salute globale », *AM, Rivista della società Italiana di antropologia medica*, 7-8, Pérouges, ARGO, Octobre 1999, p. 11-34
- Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Baillière, 1865
- Bernard H.R., *Research methods in anthropology, Qualitative and Quantitative Approaches*, Walnut Creek, Altamira Press, 2002
- Bertuccioli G., Masini F., *Italia e Cina*, Roma-Bari, Laterza, 1996
- Bivins R. E., « Expectations and expertise: early British responses to Chinese medicine », in *History of Science*, n° 37, 1999, p. 459-489
- Bivins R. E., *Acupuncture, Expertise and Cross-Cultural Medicine*, Hants, Palgrave, 2001
- Bloch M., « Comparaison », *Revue de synthèse*, t. XLIX, 1930, p.39
- Bloch M., « Pour une histoire comparée des sociétés européennes », *Revue de synthèse historique*, t. XLVI, 1928, p. 16-17
- Borsarello J., *Mes combats pour l'acupuncture*, Paris, Albin Michel, 1994
- Boschi G., *Medicina Cinese : la radice e i fiori. Corso di Sinologia per Medici e appassionati*, Gênes, Erga Edizioni, 1998
- Bossy J., Guevin F., Yasui H., *Nosologie traditionnelle chinoise et acupuncture. Relation entre les nosologies moderne et traditionnelle orientale*, Paris, Masson, 1990
- Bossy J., Maurel J. Cl., *Acupuncture*, Paris, Masson, 1976
- Bossy J., Prat-Pradal D., Taillandier J., *Les microsystèmes de l'acupuncture*, Paris, Masson, 1984
- Bossy J., *Bases neurobiologiques des réflexothérapies*, Paris, Masson, 1978
- Bottaccioli F., « Proteggere e riparare il sistema nervoso », *Repubblica Salute*, décembre 2004
- Bouchayer F. (éd.), *Autres médecines, autres mœurs*, Paris, Autrement, 1986
- Bouchayer F. « Les voies du réenchâtement professionnel », in Aïach P., Fassin D., *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994

- Bouchayer F., *Les praticiens des nouvelles thérapies. Stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, MIRE-CNRS, Rapport de fin de recherche, 1986
- Bourdelaïs P., Faure O., *Les nouvelles pratiques de santé, Acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe – XXe siècles)*, Paris, Belin, 2005
- Bourdieu P., *Le sens pratique*, Paris, Editions de Minuit, 1980
- Bourdieu P., *Leçon sur la leçon*, Paris, Editions de Minuit, 1982
- Bourdieu P., *Homo academicus*, Paris, Editions de Minuit, 1984
- Bourdieu P., *Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994
- Bourdieu P., *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Seuil 2001
- Bourdieu P., *En quête de respect, Le crack à New York*, Paris, Seuil, 2001
- Bozzetti S., *Memoria sull'ago-puntura*, Milan, 1820
- Bretelle-Establet F., *La santé en Chine du Sud (1898-1928)*, Paris, CNRS Editions, 2002
- Bril B., « Description du geste technique : quelles méthodes ? », *Techniques et culture*, n° 3, janvier-juin 1984, p. 81-96
- Bromberger C., Duret P., Kaufmann J.C., Le Breton D., Singly F. de, Vigarello G., *Un corps pour soi*, Paris, PUF, 2005
- Bugault G., *L'Inde pense-t-elle ?*, Paris, PUF, 1994
- Busby H., « Alternative Medicines/Alternative Knowledges : Putting Flesh on the Bones (Using Traditional Chinese Approaches to Healing) », in *Complementary and Alternative Medicines Knowledge in Practice*, Cant S. et Sharma U., (éd.s), Londres, Free Association Books Ltd, 1996, p. 135-150
- Camera dei Deputati, « Proposta di legge: Disciplina delle medicine non convenzionali esercitate da laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e veterinaria », *Atti parlamentari*, n° 1426, 19 juillet 2006
- Camin F. S., *Della ago-puntura e della galvano puntura; osservazioni*, Venise, 1837
- Camin F. S., *Sulla operazione della ago-puntura. Lettera del Dr. Francesco da Camin, medico fisico e chirurgo scientifico distrettuale condotto di Dolo*, Treviso, 1825
- Candelise L., « Construction, acculturation et intégration de l' 'acupuncture traditionaliste française' au XX^e siècle », *Documents pour une Histoire des Techniques*, n° 16, à paraître en novembre 2008
- Candelise L., « L'intégration de la M.T.C. en Italie », D.E.A. École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, juin 2000
- Candelise L., « Etre expert en médecine chinoise en Europe. La France et l'Italie, deux cas à comparer », *Actes du 2^e Congrès du Réseau Asie*, Paris, 2004
- Canguilhem G., *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1965
- Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966

- Cant S., Sharma U. (éd.s), *Complementary and Alternative Medicine. Knowledge in Practice*, London, Free Association Books, 1996
- Cant S., Sharma U., *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, Londres, Routledge, 1999
- Cant S., Sharma U., « Alternative Health Practices and Systems », in Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (éd.s), *The Handbook of Social Studies in Health Medicine*, Londres, Sage publications, 2000
- Cantoni T., « Prefazione importante », in *Anche i cinesi morivano, però...*, Milan, Jaca Book, 1982
- Carraro A., *Saggio sull'agopuntura del dottor Antonio Carraio medico condotto in Piove di Sacco*, Udine, 1825
- Carrel A. (éd.), *Médecine officielle et médecines hérétiques*, Paris, Plon, 1945
- Carrel A., « Le rôle futur de la médecine », in *Médecine officielle et médecines hérétiques*, Paris, Plon, 1945, p.1-9
- Castera P., « L'acupuncture est-elle une méthode à l'efficacité scientifiquement établie pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac? », *Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac*, Paris, 1998, p. 200-208
- Catzenobe J., « Esquisse d'une conception opératoire de l'objet technique », *Techniques et culture*, n° 10, juillet-décembre 1987, p. 61-80
- Cavicchi I., *Filosofia della pratica medica*, Turin, Bollati Boringhieri, 2002
- Cavicchi I., *Il rimedio e la cura, Culture terapeutica tra scienza e libertà*, Roma, Riuniti, 1999
- Certeau M. de, *L'Écriture de l'histoire*, Gallimard, Paris, 1975
- Cesana G., *Il « ministero » della salute, note introduttive alla medicina*, Florence, SEF (Società Editrice Fiorentina), 2000
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. Acupuncture, moxas, massage, saignées*, Tome I, Angoulême, Coquemard, 1954
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. Livres sacrés de médecine Chinoise*, Tome II, Angoulême, Coquemard, 1957
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. Pharmacopée*, Tome III, Angoulême, Coquemard, 1959
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. Formules magistrales*, Tome IV, Angoulême, Coquemard, 1961
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. De l'astronomie à la médecine Chinoise*, Tome V, Angoulême, Coquemard, 1963
- Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. L'énergétique humaine en médecine Chinoise*, Tome VI, Angoulême, imprimerie de la Charente, 1969
- Charlton B. G., « Randomized trials in alternative/complementary medicine », *The Quarterly Journal of Medicine*, n° 95, 2002, p. 643-645

- Chiappino J., « Corps matériel, pensée chamanique et modernité chez les Yanomami », *Techniques et culture*, n° 25-26, janvier-décembre 1995, p. 159-192
- Cicourel A. V., *Le raisonnement médical, Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002
- Cipolla C. (éd.), *Manuale di sociologia della salute, 1. Teoria*, Milan, Salute et Societa, FrancoAngeli, 2004
- Cleyer A., *Specimen Medicinae Sinicae*, Francfort, Zubrodt, 1682
- Colombo E., Rebughini P. (éd.s), *La medicina che cambia, Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologne, Il Mulino, 2003
- Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa*, Rome, Carocci, 2006
- Conan Meriadec M., « L'homéopathie moderne », *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors série, mai 1986, p. 59-78
- Conrad P., *The Medicalisation of Society. The Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2007
- Conseil National, *Liste des qualifications, titres et orientations reconnus par le Conseil National*, 20 janvier 1979.
- Cooter R., « Alternative Medicine, Alternative Cosmology », in *Studies in the History of Alternative Medicine*, Cooter R. (éd.), Manchester et Oxford, Macmillan Press, chap. 4, p. 63-78
- Cornillot P., « La montée des médecines différentes », *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors série, mai 1986, p. 7-16
- Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia, Dalla peste europea alla guerra mondiale (1348-1918)*, Rome-Bari, Laterza, 1995
- Cosmacini G., *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1997
- Cosmacini G., *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milan, Raffaello Cortina, 1998
- Cosmacini G., *Il mestiere di medico, Storia di una professione*, Milan, Raffaello Cortina, 2000
- Cosmacini G., Mordacci R., *Salute e bioetica*, Milan, Einaudi Scuola, 2002
- Crocella C. (éd.), *Le medicine non convenzionali*, Roma, Quaderni di documentazione, La Camera dei Deputati, 1991
- Csordas T. J. (éd.), *Embodiment and experience. The existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994
- Csordas T. J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, n° 18, 1990, p. 5-47
- Currer C., Stacey M., *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective*, New York, Berg Publishers, 1986
- D'Hervicourt L., « La Sécurité Sociale face à une médecine alternative », *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors série, mai 1986, p. 53-57

- Dabry de Thiersant C.-P., *La Médecine chez les Chinois*, Paris, H. Plon, 1863
- Dalen *et al.*, « Is Integrative medicine the medicine of the future? A Debate Between Arnold S. Relman, MD, and Andrew Weil, MD », *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, n. 18, 11 octobre, 1999, p. 2122-2126
- Dall'Ava-Santucci J., *Des sorcières aux mandarines. Histoire des femmes médecins*, Paris, Calmann-Lévy, 1989, 2004
- Damien R., *L'expertise*, Besançon, Presses Universitaires Franc-Comtoises, 2001
- Darmon P., *Le médecin parisien en 1900*, Hachette, Paris, 1988
- Darriné S., Niel X., « Les médecins omnipraticiens au janvier 2001 », *DREES, Études et Résultats*, n° 99, janvier 2001
- David C., *La beauté du geste*, Paris, Calmann-Lévy, Coll. Maren Sell, 1994
- De Bondt J., *Historia naturalis et medicae Indiae orientalis*, Amsterdam, Elsevier, 1658
- De la Fûye R., *Traité d'acupuncture*, Paris, Librairie le François, 1956
- De la Fûye R., *L'acupuncture moderne pratique*, Paris, Librairie le François, 1976
- De Martino E., *Sud e magia*, Milan, Feltrinelli, 2006
- De Mèredieu F., *La Chine d'Antonin Artaud*, Paris, Blusson, 2007
- De Souzenelle A., *La parole au cœur du corps, Entretiens avec Jean Mouttapa*, Paris, Albin Michel, 1993
- Del Vecchio M. J., Brodwin P. E., Good B. J., Kleinman A., *Pain as human experience, An anthropological perspective*, Berkeley et Los Angeles, The Regents of the University of California, 1992
- Dellenbach P., Rempp Ch., Hearinger M.Th., Simon Th., Magnier F., Mayer Ch., « Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique », in *Gynecol Obstét Fertil*, Editions scientifiques et médicales Elsevier, 2001
- Delprat L., *Guide pratique du droit médical et du droit de la Sécurité sociale*, Paris, Chiron, 2004
- Despeux C., Obringer F., *La maladie dans la Chine médiévale*, Paris, L'Harmattan, 1997
- Despeux C., « Le corps, champ spatio-temporel, souche d'identité », *L'Homme. Chine : facettes d'identité*, n° 137, janvier-mars 1996, p. 87-118
- Detrez C., *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 2002
- Detry M., *Dictionnaire des orientalistes*, à paraître
- Dew K., « Apostasy to Orthodoxy : Debates before a Commission of Inquiry into Chiropractic », *Sociology of Health & Illness* vol. 22 n° 3, 2000, p. 310-330.
- Dew K., « Deviant Insiders : Medical Acupuncturists in New Zealand », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (ed.), Pergamon, 2000, vol. 50, p. 1785-1795
- Di Renzo E. (éd.), *Strategie del cibo, Simboli, saperi, pratiche*, Rome, Bulzoni, 2005

- Diasio N., *La science impure, Anthropologie et médecine en France*, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Paris, PUF, 1999
- Dictionnaire, *Le Nouveau Petit Robert*, Paris, Dictionnaire le Robert, 1995
- Dodier N., *L'expertise médicale, Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métaillé, 1993
- Dozon J.-P., Fassin D., *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001
- DRG Circulaire n° 8077 du 21 février 2002 (rectification des LEA, exclut pratiquement toutes les médecines non conventionnelles des prestations remboursées)
- Druss B. G., Rosenheck R. A., « Associations between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Services », *JAMA*, vol. 282, n° 7, 18 août 1999, p. 651-655
- Du Halde J.-B., *Description géographique, historique, chronologique, politique et physique de l'empire de la Chine et de la Tartarie chinoise*, Paris, Le Mercier, 1735
- Dubas F., *La médecine et la question du sujet, Enjeux éthiques et économiques*, Paris, Les Belles Lettres, 2004
- Dufoix G., *Évaluer les médecines différentes un défi ?*, Paris, La Documentation Française, 1986
- Dujardin F., *Histoire de la chirurgie depuis son origine jusqu'à nos jours*, Paris, Imprimerie Royale, 1774-1780
- Dumont L., *Essais sur l'individualisme, Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Paris, (1^{ère} publication dans la Revue *Esprit*, revue et augmentée, 1983), Seuil, 1985
- Dupré M., Jacob A., Lallement M., Lefèvre G., Spurk J., « Les comparaisons internationales : intérêt et actualité d'une stratégie de recherche », in Lallement M., Spurk J. (éd.s), *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, Éditions du CNRS, 2003, p. 8-9
- Duraffourd C., D'Hervicourt L., Lapraz J. C., « La phytothérapie en médecine : place actuelle et perspective », *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors-série, mai 1986, p. 33-51
- Duriez M., Lancry P. J., Lequet-Slama D., Sandier S., *Le système de santé en France*, Paris, PUF, 1996
- Eckmman P., *In the footsteps of the yellow emperor : Tracing the history of the traditional acupuncture*, San Francisco, Cypress Book Company, 1996
- Edgerton D., « De l'innovation aux usages. Dix thèses éclectiques sur l'histoire des techniques », *Annales - Histoire, Sciences Sociales (HSS)*, « Pour une histoire des usages », n° 4-5, juillet-octobre 1998, p. 815-837
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi, Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998, 2000
- Eisenberg D. M., Davis R. B., Ettner S. L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R. C., « Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey », *JAMA*, vol. 280, n° 18, 11 novembre 1998, p. 1569-1575

- Eisenberg D.M., « Advising Patients Who Seek Alternative Medical Therapies », *Annals of Internal Medicine*, vol. 127, n. 1, 1 juillet, 1997, p. 61-69
- Emanuel E. J., Rosenstein D. L., Straus S. E., « Ethical Issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine », in *JAMA*, vol. 291, n° 5, 4 février 2004, p. 599-604
- Ember C.R. Ember M., *Anthropologia culturale*, (*Cultural anthropology*, 1996), Bologne, Il mulino, Prentice hall international, 1998
- Engelhardt H.T. Jr, *Manuale di bioetica*, (*The Foundations of bioethics*, 1986), Milan, Il Saggiatore, 1991
- Eraud H., *L'acupuncture en pratique*, Paris, Chiron, 1988.
- Ernst E., « Prevalence of Use of Complementary / Alternative Medicine : a Systematic Review », in *Bulletin of the World Health Organization*, n° 78, 2000, p. 252-257
- Eyssalet J.-M., « Médecine chinoise. Médecine globale », in *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors série, mai 1986, p. 117-144
- Fabietti U., *Antropologia culturale, L'esperienza e l'interpretazione*, Roma, Laterza, 2000
- Fainzang S., *Médicaments et société*, Paris, Puf, 2001
- Faitrop M., *Aspects juridiques des médecines différentes*, thèse de doctorat, Faculté de droit des sciences sociales et politiques, université de Bordeaux I, 1989
- Falcitelli N., Langiano T., *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Milan, Il Mulino, 2004
- Farquhar J., *Knowing Practice, The clinical encounter of Chinese medicine*, Boulder (Colorado – Etats-Unis), Perseus On Demand, 1994
- Fassin D., « L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, Belin, n° 35 « L'Europe vue d'ailleurs », juin 1999, p. 146-171
- Fassin D., Memmi D. (éd.s), *Le gouvernement du corps*, Paris, Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2004
- Faure O., *Débat autour de l'homéopathie en France, 1830-1870*, Lyon, éd. Boiron, 1990
- Faure O. (éd.), *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie (1800-1940). Acte du colloque de Lyon*, Lyon, Presse universitaire de Lyon/Boiron, 1992
- Faure O., *Histoire sociale de la médecine (XVII^e – XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994
- Faure O., « Homéopathie entre contestation et intégration », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, p. 88-96
- Featherstone M., Hepworth M., Turner B.S., (éd.s), *The Body. Social Process and cultural Theory*, Londres, Sage Publications, 2001
- Febvre L., *Combats pour l'histoire*, Paris, Armand Colin, 1953

- Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, *Agopuntura, evidenze cliniche e sperimentali aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2000
- Fèvre F., Métaillé G., *Le dictionnaire Ricci des plantes de la Chine*, Paris, Association Ricci et éditions du Cerf, 2005
- Fisher P., Ward A., « Complementary Medicine in Europe », *British Medical Journal*, Londres, vol. 309, juillet-décembre 1994, p. 107-110
- Fontanarosa P.B., « Alternative Medicine Meets Science », *JAMA*, vol. 280, n° 18, 11 novembre 1998, p. 1618-1619
- Foucault M., *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976
- Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963
- François M., Treillon R., « Enjeux et mesure de la complexité technique », *Techniques et culture*, n° 10, juillet-décembre 1987, p. 81-103
- Frank R., Stollberg G., « Ayurvedic patients in Germany », *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, 2002, vol. 9, n° 3, p. 223-244
- Frank R., Stollberg G., « German medical Doctors' motives for practise homeopathy, acupuncture or Ayurveda », in *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical? Alternative and Traditional Medicine*, Johannessen H. et Lazar I. (ed.), New York et Oxford, Berghahn Books, 2006, chap. 5, p. 125-157
- Frank R., Stollberg G., « Medical Acupuncture in Germany : Patterns of Consumerism among Physicians and Patients », *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n° 3, 2004, p. 351-372
- Frankfort-Nachmias C., Nachmias D., *Research methods in the social sciences*, London, Arnold, 1996
- Franzini P., *Pensare la medicina*, Milan, Raffaello Cortina, 2001
- Gadamer H-G., *Philosophie et santé*, Paris, Grasset & Fasquelle et Mollat, 1998
- Galam E. (éd.), « Infiniment médecins, Les généralistes entre la science et l'humain », *Autrement*, Collection Mutations n°161, 1996
- Galeazzi O. (éd.), *Healing, Storia et strategie del guarire*, Florence, Biblioteca di storia della scienza, vol. 32, 1993
- Galimberti U., *Il corpo*, Milan, Feltrinelli, 1998
- Gallino L., *L'incerta alleanza, Modelli di relazioni tra scienze umane et scienze naturali*, Turin, Einaudi, 1992
- Gaonkar D. P., « On alternative Modernities », *Public Culture*, vol. 11, n° 1, hiver 1999
- Garattini L. *Le système de santé publique en Italie*, Rennes, ENSP, 1993
- Garattini S., *Medicine alternative. Una guida critica*, Padova, I quaderni del CIAP, 2001
- Garden M., « L'histoire de l'homéopathie en France -1830-1940 », in Faure O. (dir.), *Praticiens, patients et militants de l'homéopathie (1800-1940)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1992, p. 74

- Garro L., Mattingly C., *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Los Angeles, University of California Press, 2000
- Gaudillière J.P., *Inventer la bio médecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, Éditions La Découverte, 2002
- Gaudillière J.P., *La médecine et les sciences, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, la Decouverte, 2006
- Geertz C., *Opere e vite, L'antropologo come autore, (Works and Lives, The anthropologist as author*, 1988), Bologne, Il Mulino, 1990
- Geertz C., *Anthropologia e filosofia, (Available light, Anthropological reflections on philosophical topics*, 2000), Bologne, Il Mulino, 2001
- Gennep A. Van, *Les rites de passage, Etude systématique des rites*, 1^{ère} édition en 1909, augmentée en 1969, Paris, A. et J. Picard, 1981
- Gentelle P. (éd.), *Chine, peuples et civilisation*, Paris, La Découverte, 1997-2004
- Gernet J., *Il mondo Cinese, Dalle prime civiltà alla Repubblica popolare*, traduit du français par Pegna V. (titre original : *Le monde Chinois*, Paris, Armand Colin, 1972), Milan, Einaudi, 1978
- Gernet J., *L'intelligence de la Chine, Le social et le mental*, Paris, NRF Gallimard, 1994
- Giarelli G. (éd.), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Milan, Salute e Società, Franco Angeli, 2005
- Giarelli G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Milan, Franco Angeli, 2005
- Giarelli G., Good B. J., Del Vecchio M. J., Martini M., Ruozi C., *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze : l'integrazione possibile*, Milan, Salute e Società, Franco Angeli, 2005
- Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. (éd.s), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*, Milan, Franco Angeli, 2007
- Giddens A., *Les conséquences de la modernité, (The consequences of Modernity*, 1990), Paris, L'Harmattan, 1994
- Giddens A., *Runaway world. How globalisation is reshaping our lives*, London, Profile Books, 1999
- Giddens A., *Il mondo che cambia, (Runaway World Globalisation in Reshaping our Lives*, 1999), Bologna, Il Mulino, 2000
- Giere R. N., *Explaining science, A cognitive approach*, Chicago, The University of Chicago, 1988
- Ginzburg G., *Le fromage et les vers. L'univers d'un meunier du XVI^e siècle*, Paris, Aubier, 1980
- Ginzburg G., *Le Sabbat des sorcières*, Paris, Gallimard, 1992
- Glaser B., Strauss A., *The Discovery of Grounded theory: Strategies for Qualitative Research*, New York, Aldine, 1967

- Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne, 1. La présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit, 1973
- Goldbeck-Wood S., Dorozynski A., Gunnar Lie L., Yamauchi M., Zinn C., Josefson D., Ingram M., « Complementary Medicine is Booming Worldwide », *British Medical Journal*, Londres, vol. 313, juillet-décembre 1996, p. 131-133
- Goldstein M., *Alternative Health Care*, Philadelphia, Temple University Press, 1999
- Golub E. S., *The limits of medicine, How science shapes our hope for the cure*, Chicago - Londres, University of Chicago Press, 1997
- Gomart E., *George Soulié de Morant (1878-1955) and the promotion of acupuncture in France*, M. Phil, Thesis in History and Philosophy Science, Cambridge, 1992
- Gomart E., « Homéopathie et/ou allopathie? Les techniques de diagnostic dans l'articulation des cadres de référence », *Techniques et culture*, n° 25-26, janvier-décembre 1995, p. 109-128
- Gomart E., « Qu'est-ce que l'hétérodoxie? Le cas de trois cardiologues homéopathes », *Revue Internationale de Psychopathologie*, n° 21, 1996, p. 167-186
- Good B., Del Vecchio, Good M., « The mining of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical practice », in Eisemberg L., Kleinman A. (éd.s), *The relevance of Social Science for Medicine*, Reidel, Dordrecht, 1981, p. 177-212
- Good B., *Medicine, rationality, and experience : an anthropological perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994
- Goodman J., McElligott A., Marks L., (éd.s), *Useful Bodies. Humans in the Service of Medical Science in the Twentieth Century*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 2003
- Goody J., *L'Orient en Occident*, traduit de l'anglais par Fabre P-A., (titre original : *The East in the West*, Cambridge, 1996), Paris, Seuil, 1999
- Gourion A., Lanza U., *Reumatologia e traumatologia nella pratica agopunturale*, Turin,
- Gourion Y., Lanza U., *Le articolazioni*, Lucerna San Giovanni, 1980
- Granet M., *La pensée chinoise*, Paris, A. Michel, 1950
- Granet M., *La religion des Chinois*, Paris, Albin Michel, Coll. Spiritualités Vivantes, 1998.
- Grmek M.D., « Les reflets de la sphygmologie chinoise dans la médecine occidentale », *Biologie médicale*, vol. 51, numéro hors série, Lons-le-Saunier, février 1962.
- Grmek M.D., « Il concetto di malattia », in *Storia del pensiero medico occidentale*, vol. 3, Bari, 1998, p.221-253
- Grmek M.D. (éd.), *Storia del pensiero medico occidentale – 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*, traduit du français par Basso C., Milanese C., Sampaolo M., Rome-Bari, Laterza, 1998
- Grunwald D., « Pratiques médicales non éprouvées », session du Conseil national de l'Ordre des médecins, septembre 1997

- Guillaume P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996
- Guilloux R., *De l'exotique au politique: la réception de l'acupuncture extrême-orientale dans le système de santé français (XVII^e-XX^e siècles)*, Thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière-Lyon II, novembre 2006
- Guizzardi G. (éd.), *La scienza negoziata, Scienze biomediche nello spazio pubblico*, Bologna, Il Mulino, 2002
- Gulì A., *Le acque lunari. La medicina cinese e la donna*, Milan, Xenia, 1998
- Gwei-Djen L., Needham J., *Aghi celesti: Storia et fondamenti razionali dell'agopuntura et della moxibustione, (Celestial lancets: A History and rationale of acupuncture and moxa, 1980)*, Turin, Einaudi, 1984
- Hage P., Harary F., *Structural models in anthropology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983
- Hamon H., *Nos médecins*, Paris, Seuil, 1994
- Hannerz U., *La diversità culturale, (Transnational Connection. Culture, People, Places, 1996)*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Heise Th.E., « Historical Development of Traditional Chinese Medicine in West Germany », *Journal of Traditional Chinese Medicine*, n° 6, 1986, p. 227-230
- Held D., McGrew A., *Globalismo e antiglobalismo, (Globalization/anti-globalization, 2002)*, Bologna, Il Mulino, 2003
- Herzlich C., *Réussir sa thèse en sciences sociales*, Paris, Nathan Université/VUEF, 2002
- Hobsbawm E., Ranger T. (éd.), *L'invention de la tradition*, Paris, Editions Amsterdam, 2006
- Høg E., Hsu E. (éd.s), *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, vol. 9, n° 3, 2002, p. 205-221
- Hoizey D., Hoizey M.J., *Histoire de la médecine chinoise*, Paris, Payot, 1988
- Hor T., *La médecine chinoise en France observée par un chinois entre 1993 et 2003. Essai anthropologique sur ses aspects traditionnels en rapport avec l'image de la Chine en Occident*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, octobre 2004
- Hsu E., « Outline of the History of Acupuncture in Europe », *Journal of Chinese Medicine*, n° 29, janvier 1989, p. 28-32
- Hsu E., « Innovations in Acumoxa: Acupuncture Analgesia, Scalp and Ear Acupuncture in the People's Republic of China », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (éd.), Pergamon, 1996, vol. 42, n° 3, p. 421-430
- Hsu E., *The transmission of Chinese medicine*, Cambridge, Cambridge University press, 1999
- Hsu E., *Innovation in Chinese medicine*, Needham Research Institute Studies – 3, Cambridge, University Press, 2001

- Hsu E., « Figuratively Speaking of ‘Danger of Death’ in Chinese Pulse Diagnostics », in *Historical Aspects of Unconventional Medicine*, Jütte R., Eklöf M. et Nelson M. R. (Ed.), Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2001
- Hsu E., « The medicine from China has rapid effects’ : Chinese medicine patients in Tanzania », *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, 2002, vol. 9, n° 3, p. 291-313
- Hsu E., « Participant Experience : Learning to be an Acupuncturist, and Not Becoming One », in *Critical Journeys. The Making of Anthropologists*, De Neve G. et Unnitan-Kumar M. (Ed.), Hampshire (GB) et Burlington (USA), Ashgate, 2006, chap. 9.
- Hsu E., « La médecine chinoise traditionnelle en république populaire de Chine : d’une ‘tradition inventée’ à une ‘modernité alternative’ », in *La pensée en Chine aujourd’hui*, Cheng A. (éd.), Paris, Gallimard, 2007
- Huard P., *Les Cheminements du raisonnement et de la logique en Extrême-Orient*, Saigon, I.D.E.O., 1949
- Huard P., *Science et technique en Eurasie*, Impr. Le-Van-Tan, Saigon, 1950
- Huard P., *Quelques aspects de la doctrine classique de la médecine chinoise*, Paris, Spécia, 1957
- Huard P., *Soins et techniques du corps en Chine, au Japon et en Inde*, Paris, Berg international, 1971
- Huard P., Bigot A., *Les caractéristiques anthropo-biologiques des Indochinois*, Hanoi, 1938
- Huard P., Bossy J., Mazars G., *Les médecines d’Asie*, Paris, Seuil, 1978
- Huard P., Durand M., *La connaissance du Viet-Nam*, Hanoi, Ecole Française d’Extrême Orient, 1954
- Huard P., Durand M., *La science au Vietnam*, Saigon, Impr. Nouvelle d’Extrême-Orient, 1963
- Huard P., Wong M., « Enquête scientifique française et l’exploration du monde exotique au XVII et XVIII siècle », BEFEO, 1964
- Huard P., Wong M., *La Chine de hier et d’aujourd’hui*, Paris, Horizons de France, 1960
- Huard P., Wong M., *La médecine chinoise au cours des siècles*, Paris, Dacosta , 1959
- Huard P., Wong M., *La médecine chinoise*, PUF, Paris, 1964
- Huard P., Wong M., *La médecine des Chinois*, Paris, Hachette, 1967
- Husserl E., *Méditations cartésiennes et Les conférences de Paris*, Paris, PUF, 1994
- Illich I., « Némésis médicale. L’expropriation de la santé », in *Œuvres complètes vol. 1*, Paris, Fayard, 2005
- Ingram M., « Complementary Medicine is booming Worldwide », in *British Medical Journal*, Londres, vol. 313, juillet-décembre 1996, p. 131-133
- Jacquemin J., « George Soulié de Morant, sa vie, son œuvre. », in *Revue Française d’Acupuncture*, n°42, juin 1985, p.9-31

- Jaisson M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, juin 2002, p. 31-35
- Janot C., *Histoire de l'homéopathie française*, Fontenay-aux-Roses, 1936
- Jarricot H., Wong M., *Connaissance et évolution de l'Acupuncture en France*, Lyon Méditerranée Médical, 1972
- Jaspers K., *Il medico nell'età della tecnica, (Der artz im technischen zeitalter, 1986)*, Milan, Raffaello Cortina, 1991
- Johannesen H., Lazar I. (éd.s), *Multiple medical real time, patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*, vol. 4, Oxford, The EASA series, Berghan Books, 2006
- Johnson T. M., Sargent C. F. (éd.s), *Medical anthropology contemporary theory and method*, New York, Wesport (Etats-Unis) et Londres (Royaume-Uni), Praeger, 1990
- Jonas W. B., « Alternative Medicine – Learning from the Past, Examining the Present, Advancing to the Future », *JAMA*, vol. 280, n° 18, novembre 1998, p. 1616-1617
- Jonas W. B., Levin J. S., (éd.s), *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*, Philadelphia, Lippincott Williams e Wilkins, 1999
- Jonas W. B., « Alternative Medicine-Learning from the Past, Examining the Present, Advancing to the Future », *JAMA*, vol. 280, n° 18, 11 novembre 1998, p. 1616-1618
- Jouanna J., *Hippocrate*, Paris, Fayard, 1992
- Journal Officiel de la République Française*, n.c. 11563, 29 décembre 1982
- Jun Y., *From Fringe to Centre Stage : Chinese Medicine in the UK : A Preliminary Study*, Green College, Oxford, Michaelmas, 2003, Part 5 : « Chinese medicine : prospects problems », p. 53-65.
- Jütte R., « Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics », in *Historical Aspects of Unconventional Medicine*, Jütte R., Eklöf M. et Nelson M. R. (Ed.), Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2001, p. 11-26.
- Kakai H., Maskarinec G., Shumay D. M., Tatsumura Y., Tasaki K., « Ethnic differences in choices of health information by cancer patients using complementary and alternative medicine : an exploratory study with correspondence analysis », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (éd.), Pergamon, 2003, vol. 56, p. 851-862
- Kanh A., Rousset D., *La médecine du XXIe siècle, Des gènes et des hommes*, Paris, Bayard, 1996
- Kant E., *Anthropologie du point de vue pragmatique*, traduit de l'allemand et préfacé par Michel Foucault, Paris, Vrin, 2002
- Kaptchuk T. J., *The Web that has no Weaver. Understanding Chinese Medicine*, New York, McGraw Hill, 2000

- Kaptchuk T.J., Eisemberg D. M., « Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States », *Annals of Internal Medicine*, vol. 135, n. 3, 7, 2001, p. 189-195
- Kaufmann J. C., *L'entretien compréhensif*, Nathan Université, 1996
- Keller B., *Les acteurs du système de soins français*, Paris, Ed. Jean-Baptiste Baillière, 2004
- Kelner M., Wellman B., « Health Care and Consumer Choice : Medical and Alternative Therapies », in *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (éd.), Pergamon, 1997, vol. 45, n° 2, p. 203-212
- Kespi J.-M., *L'homme et ses symboles en médecine traditionnelle chinoise*, Paris, Albin Michel, 2002.
- Kespi J.-M., « L'acupuncture, médecine de demain », *Revue française des affaires sociales*, numéro hors série, mais 1986, p. 17-24
- Kiene H., *Medicina complementare & medicina accademica, La controversia scientifica alla fine del XX secolo*, (Komplementärmedizin-Schulmedizin, 1994 et 1996), Palermo, Ipsa, 1997
- Kleinman A., « Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », in Curren C., Stancey M. (éd.s), *Concepts of Health, illness and Disease. A Comparative Perspective*, New York, Berg Publishers, 1986, p. 27-47
- Kleinman A., Das V., Lock M., *Social Suffering*, Berkley, University California Press, 1997
- Kleinman A., « Indigenous systems of healing : questions for professional, popular, and folk care », *Alternatives Medicines*, Contemporary issues in health, medicine, and social policy, McKinlay J. B. (éd.), U. S. 1985, p. 137-164
- Kleinman A., *The illness narratives : Suffering, healing, and the human condition*, New-York, Basic Book, 1988
- Knauff B. M. (éd.), *Critically modern, Alternatives, Alterities, Anthropologies*, Bloomington, Indiana University Press, 2002
- Koehlin M., *La fibromyalgie primaire et les méridiens distincts*, Thèse pour le doctorat d'état en médecine, 28 juin 2002
- Kuhn T. S., *La structure des révolutions scientifiques*, traduit de l'anglais par Meyer L. (titre original : *The structure of scientific revolutions*, 1962), Paris, Flammarion, 1983
- Kuriyama Sh., *The expressiveness of the body and the divergence of Greek and Chinese medicine*, New York, Zone Books, 1999
- Lahire B., *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu, Dettes et critiques*, Paris, La Découverte 2001
- Laignel-Lavastine M. (éd.), *Histoire générale de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Paris, Albin Michel, 1949
- Laignel-Lavastine M., « Préface », in De la Fûye R., *Traité d'acupuncture*, Paris, Librairie le François, 1956, p. 7

- Lallement M., Spurk J. (éd.s), *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, CNRS Editions, 2003
- Lallement M., « Raison ou trahison ? Eléments de réflexion sur les usages de la comparaison en sociologie », in Lallement M., Spurk J., *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, CNRS éditions, 2003
- Lalli P., *L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, Bologne, Clued, 1988
- Lanternari V., « Le 'médecine alternative'. La science médicale occidentale deve oggi confrontarsi e convivere con pratiques médicales diverses », *Prometeo*, septembre 1997, p. 98-107
- Lanza U., *Agopuntura classica*, Turin
- Lanza U., Grall G. (présentation), *Agopuntura moderna e reflexologia*, Turin, 1966
- Lanza U., *Agopuntura moderna in tre lezioni*, Milan, 1967
- Lanza U., Schwarz E. (présentation), *Le manipolazioni e le trazioni vertebrali: vertebroterapia*, Turin, 1969
- Lanza U., Lanza R., *Sport e agopuntura*, 1980
- Lanza U., Lanza R., *La massopuntura mobilizzante in medicina tradizionale cinese*, 1981
- Lanza U., Requena Y., *Agopuntura e psicologia*, Palerme, 1988
- Lanzetti C., *Qualità e modelli di cura, Una verifica sulle riforme in Sanità*, Milan, Salute e Società, Franco Angeli, 2005
- Laplantine F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986, 1992
- Larre C., Rochat de la Vallée E., Schatz J., *Les énergies du corps*, Milan, Sowen, 1977
- Larre C., Rochat de la Vallée E., Schatz J., *Aperçus de médecine chinoise traditionnelle*, Paris, Désclée de Brouwer, 1994 (1^{ère} éd. 1976)
- Larre C., Rochat de la Vallée E., Fascicules édités par l'Institut Ricci : *Plein Ciel. Suwen 1. L'élan de la vie authentique ; Assaisonner les Esprits. Suwen 2, Les grands rythmes de la vie ; Vif, Suwen 3. L'animation sous son double aspect de vitalité et de vivacité ; Par cinq, Suwen 5. Organisation vitale dans la synthèse yin/yang et des cinq Eléments ; Fil, Suwen 8. Les douze grandes fonctions de l'organisme, à l'image de l'Empire ; Cascade, Lingshu 8. Normalité et dérèglement de la psychologie ; Rochat de la Vallée E., Toux, Suwen 38 et autres textes du Neijing ; Fragments de tradition orale, Lingshu 28 ; Pathologies dites BI ; Pathologies dites WEI ; Les points du poumon, explication des noms des points ; Les points du gros intestin, explication des noms ; Les points de l'estomac, explication des noms ; Les points du Maître-Coeur, explication des noms des points ; Les émotions.*
- Larre C., Rochat de la Vallée E., *La vie, la médecine et la Sagesse*, Paris, Cerf, 2005
- Larre C., *Trois racines dans un jardin*, Genève, La Joie de Lire, 2000
- Latour B., *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La Découverte, 1991

- Lawrence L., Weisz G., *Greater than the parts, holism and biomedicine, 1920-1950*, Oxford, Oxford University Press, 1998
- Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1990
- Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995
- Le Faou A. -L., *L'économie de la santé en question*, Paris, Ellipses, 2000
- Le Faou A. -L., *Les systèmes de santé en question. Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*, Paris, Ellipses, Coll. Sciences Humaines en Médecine, 2003
- Le Prestre C., *Les lieux du corps. Étude sur l'acupuncture*, Paris, La Table Ronde, Coll. L'Ordre du Jour, 1971
- Lecerf Y. (éd.), *Ethnométhodologies*, Publications de l'Université Paris 7-Denis Diderot, Paris, 1997
- Lecomte L., *Nouveaux mémoires sur l'état présent de la Chine*, Amsterdam, Henri Desbordes, 1698
- Lelli F., *Medicine non convenzionali, problemi etici ed epistemologici*, Milano, Franco Angeli, 2007
- Leoni F., *Senso e crisi, del corpo, del mondo, del ritmo*, Florence, ETS, 2005
- Leslie Ch., *Asian medical systems, A comparative study*, Londres, University of California Press, 1976
- Levi G., *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989
- Levi G., « On the microhistory », in Buke P., *New Perspectives on Historical Writing*, Oxford, Polity Press, 1992
- Levi-Strauss C., *Anthropologie structurale, deux*, Paris, Plon, 1973
- Liebowitz Knapp B., *Judith Gautier, une intellectuelle française libertaire*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 66-68
- Lindemann M., *Medicine and society in early modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999
- Lock M., Scheper-Hughes N., « A Critical-interpretative Approach in Medical Anthropology : Rituals and Routines of Discipline and Dissent », *Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*, Westport, Praeger Publishers, 1990, p. 47-72
- Lock M.M., « L'homme-machine et l'homme-microcosme : l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux », *Annales. Economies-Sociétés-Civilisations*, n° 5, septembre-octobre 1980, p. 1116-1136
- Lomuscio A., Gatto R., Maiola M., Mezzopane R., Bresciani S., « La terapia con agopuntura tradizionale cinese nella dismenorrea », *Actes du colloque Ricerche di medicina complementare in Lombardia*, Milan, Altagamma, mai 2004, p. 64-68
- Long A. F., Mercer G. et Hughes K., « Developing a tool to measure holistic practice : a missing dimension in outcomes measurement within complementary therapies », p. 26-31

- Long A. F., Mercer G., « Challenges in Researching the Effectiveness of complementary Therapies », *Journal of Contemporary Health*, n° 8, hiver 1999, p. 13-19
- Lupton D., *Medicine as culture, Illness, disease and the body in western societies*, Londres, Thousand Oaks, New Delhi, Sage publications, 1994
- Liotard J. F., *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Paris, Editions de minuit, 1979
- Maciocco G., *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Rome, Il Pensiero Scientifico editore, 2008
- Maciocia G., *I Fondamentali della Medicina Tradizionale Cinese*, Milan, Casa Editrice Ambrosiana, 2000
- Malnic E., *Acupuncture. L'histoire et la pratique d'une médecine ancestrale*, Paris, Éditions du Seuil, 2003.
- Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Milan, Il Mulino, 1999
- Marcovich A., « Naissance et développement de l'acupuncture en France », *Bulletin d'Ethnomédecine*, Paris, N° 35, 3^e-4^e trimestres 1985, p. 87-118
- Marcovich A., *Les représentations du corps et de la maladie chez les médecins acupuncteurs et chez leurs patients*, CNRS, INSERM, MIRE, Paris, 1987
- Marks H., *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990* traduit de l'anglais (Etats-Unis) par Françoise Bouillot (titre original : *The progress of experiment, science and therapeutic reform in the United States 1900-1990*), Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999
- Marson R., « Foreword », in *Essential of Complementary and Alternative Medicine*, Jonas W. B. et Levin J. S. (éd.s), Philadelphia, Lippincott Williams e Wilkins, 1999. p. viii
- Martiny M., *Hippocrate et la médecine*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1965
- Martiny M., « Histoire de l'homéopathie », in *Histoire générale de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Laignel-Lavastine M., (éd.), tome 3, Paris, Albin Michel, 1949
- Martucci C., Rotolo G., *La dietetica Cinese per la conquista di salute, benessere, longevità*, Milan, 1991
- Marzano Parisoli M.M., *Penser le corps*, Paris, PUF, 2002
- Masson-Oursel, P., *La philosophie comparée*, Paris, Alcan, 1923
- Maurice M., « Méthode comparative et analyse sociétale », *Sociologie du travail*, n° 2, 1989, p. 177, 186
- Maurice M., Sellier F., Sylvestre J.-J., *Politiques d'éducation et organisation industrielle en France et en Allemagne. Essai d'analyse sociétale*, Paris, PUF, 1982
- McKinlay J. B. (éd.), *Contemporary Issues in Health, Medicine, and Social Policy. Alternative Medicines*, New-York, Tavistock Publications, 1984
- Mead N., Bower P., « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », in *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (éd.), Pergamon, 2000, vol. 51, p. 1087-1110

- Melucci A. (éd.), *La fine della modernità*, Milan, Angelo Guerini, 1998
- Memmi D., « L'enquêteur enquêté. De la « connaissance par corps » dans l'entretien sociologique », in *Genèses. Sciences sociales et histoire*, Belin, N° 35 « L'Europe vue d'ailleurs », juin 1999, p. 131-145
- Meyer F., « Orient-Occident : un dialogue singulier », *Autrement*, n° 85, décembre 1986, p. 124-133
- Meyer P., Triadou P., *Leçons d'histoire de la pensée médicale, Sciences humaines et sociales en médecine*, Paris, Odile Jacob, 1996
- Miller F. G., Emanuel E. J., Rosenstein D. L., Straus S.E., « Ethical Issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine », in *JAMA*, vol. 291, n° 5, 4 février 2004, p. 599-604
- Ministero della Salute, « Rapporto sulla missione del Ministero della Salute, Prof. Gerolamo Sirchia, presso la Repubblica Popolare Cinese », 28 agosto 2004 - 3 settembre 2004
- Moerman D. E., *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*, Cambridge University Press, 2005.
- Moja E. A., Vegni E., (éd.s), *La visita medica centrata sul paziente*, Psicologia medica, Milan, Raffaello Cortina, 2005
- Monnin I., « Vous êtes mon ultime recours », *Le Nouvel Observateur*, N° 1764, 27 août 1998
- Montanari M. (éd.), *Il mondo in cucina, Storia, identità, scambi*, Bari, Laterza, 2002
- Montgomery S. L., *Science in Translation. Movements of Knowledge through Cultures and Time*, Chicago, The University of Chicago Press, 2000
- Moore H. L., *The future of anthropological knowledge*, Londres - New York, Routledge, 1996
- Morin M., *Parcours de santé, Des malades, des bien portants et de ceux qui les soignent : comment intervenir pour modifier les conduites de santé et de maladie ?*, Paris, Armand Colin, 2004
- Motterlini M., Crupi V., *Decisioni mediche*, Psicologia medica, Milan, Raffaello Cortina, 2005
- Muel-Dreyfus F., « Le fantôme du médecin de famille », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 54, septembre 1984, p. 70-71
- Mussat M., *L'étudiant et l'acupuncture*, Paris, Librairie Le François, 1979
- Nakayama T., *Acupuncture et Médecine chinoise vérifiées au Japon*, (traduit du japonais par T. Sakurazawa et G. Soulié de Morant, préface de G. Soulié de Morant), Paris, éd. Hippocrate, 1934
- Needham J., *Science et civilisation en Chine, Une introduction*, Edition abrégée établie par Ronan C. A., traduit de l'anglais par Obringer F. (titre original : *The shorter science and civilisation in China*, 1978), Paris, Philippe Picquier, 1995
- Nguyen V. N., Bui V. T., Recours-Nguyen C., *Mai jing classique des pouls de Wang Shu He*, Marseille, éditions NVN, 1993

- Nguyen V. N., Dzung T.V., Recours-Nguyen C., *Da cheng, art et pratique de l'acupuncture*, Marseille, éditions NVN, 1982
- Nguyen V. N., Mai V. D., Lanza U., *Théorie et pratique de l'analgésie par acupuncture*, Marseille, Socedim, 1974
- Nguyen V. N., Mai V. D., *Pharmacologie en médecine énergétique orientale*, Marseille, éditions NVN, 1981
- Nguyen V. N., Mai V. D., *Sémiologie et thérapeutique en médecine énergétique orientale*, Marseille, éditions NVN, 1981
- Nguyen V. N., Nguyen P., *Hoang ti nei king so ouen, part 3*, Marseille, éditions NVN, 1988
- Nguyen V. N., Recours-Nguyen C., *Médecine traditionnelle chinoise*, Marseille, éditions NVN, 1984
- Nguyen V. N., Recours-Nguyen C., *Hoang ti nei king so ouen, part 4*, Marseille, éditions NVN, 1991
- Nguyen V. N., Recours-Nguyen C., *Huangdi neijing – Lingshu. Livre IV et V*, Marseille, éditions NVN, 1995
- Nguyen V. N., Tran V. D., Recours-Nguyen C., *Da cheng, art et pratique de l'acupuncture, partie 2*, Marseille, éditions NVN, 1985
- Nguyen V. N., *Hoang ti nei king so ouen, part 1*, Marseille, éditions NVN, 1973
- Nguyen V. N., *Hoang ti nei king so ouen, part 2*, Marseille, éditions NVN, 1975
- Nguyen V.G., Picou E., *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971
- Nguyen V.G., Picou E., *Topographie énergétique en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971
- Nguyen V.N., Tran V. D., Recours-Nguyen C., *Maladies évolutives des 3 yin et 3 yang, selon le Shanghan lun de Zhang Zhong-Jing, pulsologie, nosologie, principes thérapeutiques*, Marseille, édition NVN, 1987
- Niboyet J. E. H., *Essai sur l'Acupuncture Chinoise pratique*, Paris, Walper, 1951
- Niboyet J. E. H., *Compléments d'Acupuncture*, Paris, Walper, 1955
- Niboyet J. E. H., *Le traitement des Algies par l'Acupuncture et certains massages chinois*, Paris, Lafitte, 1959
- Niboyet J. E. H., *La moindre résistance à l'électricité de surfaces punctiformes et de trajets cutanés concordant avec « les points » et « méridiens », bases de l'acupuncture*, Gap, Louis Jean, 1963
- Niboyet J. E. H., *La pratique de la médecine manuelle*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1968
- Niboyet J. E. H., Bourdiol R., Regard P. G., *Traité d'Acupuncture Chinoise*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1970

- Niboyet J. E. H., *Cours d'Acupuncture première année*, Sainte-Ruffine, Maisonneuve, 1977
- Niboyet J. E. H., *Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national*, Paris, Maisonneuve, 1984
- Niboyet J. E. H., *Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national*, Paris, Maisonneuve, 1984
- Norheim A. J., Fønnebo V., « Doctors' Attitude to Acupuncture. A Norwegian Study », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (ed.), Pergamon, 1998, vol. 47, n° 4, p. 519-523
- Obringer F., « Savez-vous tâter le pouls à la mode des Chinois ? L'introduction de la médecine chinoise en France, du XVIIIe au XXe siècle », in *Médecines chinoises*, Paul Unschuld (éd), Montpellier, Indigènes éditions, 2001, p. 120-131
- Oldroyd D., *Storia della filosofia della scienza*, Milan, Il Saggiatore, 1989
- OMS, *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*, WHO/EDM/TRM/99.1.
- Ordre National des Médecins, « Assemblée Générale, Travaux de la Commission Nationale Permanente », 12 juin 1982
- Ordre National des Médecins, Conseil National, *Liste des qualifications, titres et orientations reconnus par le Conseil National*, 20 janvier 1979
- Ouédraogo A. P., « De la secte religieuse à l'utopie philanthropique. Genèse sociale du végétarisme occidental », *Annales - Histoire, Sciences Sociales (HSS)*, 55° Année n° 4, juillet-août 2000, p.825-843
- Panciotti L. (éd.), *Sviluppi scientifici, prospettive religiose, movimenti rivoluzionari in Cina*, Florence, Leo S. Olschki, 1975
- Pandolfi M. (éd.), *Perché il corpo, Utopia, sofferenza, desiderio*, Roma, Meltemi, 1996
- Panico S., « Approccio 'evidenced based medicine' e tutela della salute nella cultura medica occidentale », in *Medicine e multiculturalismo, dilemmi epistemologico ed etici nelle politiche sanitarie*, Bologne, Apeiron, 2000
- Paoluzzi L., *Fitoterapia ed energetica*, Urbin, Aicto, 1997.
- Paradeise C., « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n° 1, 1985
- Parameshvar Gaonkar D., *Public culture*, « Alter / natives modernities », volume 1, Durham, Duke University Press, 1999
- Pasqualotto G., *Il tao della filosofia*, Parme, Pratiche, 1989
- Pasqualotto G., *L'estetica del vuoto*, Venise, Marsilio, 1992
- Payer L., *Medicine & Culture, Notions of Health and Sickness in Britain, the U. S., France and West Germany*, London, Victor Gollancz Ltd, 1990
- Pennau J., *La responsabilité du médecin*, Paris, Dalloz, 2004
- Perriot F, Michel R., Montagner J., *Enquête sur les guérisons parallèles*, Paris, Le pré aux clercs, 2006

- Perriot F., Michel R., Montagner J., *Enquête sur les guérisons parallèles*, Villeneuve-d'Ascq, Le pré aux clercs, 2006
- Peter J. -P. « Le corps du délit », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 3, printemps 1971, p. 71-108
- Pichot A., *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993
- Picou E., « Avertissement au lecteur », in *Pathogénie et pathologie énergétiques en médecine chinoise*, Marseille, École Technique Don Bosco, 1971, p. 16
- Pignarre P., *Ces drôles de médicaments*, Paris, Laboratoires Delagrangue (éd.), Coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 1990
- Pignarre P., *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange, entre science, marché et société*, Paris, Éditions la Découverte, 1997
- Pinell P., Dargelos B., (éd.s), « La spécialisation de la médecine XIXe – XXe siècles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 156-157, Paris, Mars 2005
- Pino A., « Trois répétiteurs indigènes : Ly Hong-fang, Ly Chao-pée et Ting Tun-ling 1869-1870 », in Bergère M.-C., Pino A., *Un siècle d'enseignement du chinois à l'École des langues orientales 1840-1945*, Paris, L'Asiathèque, 1995, p. 276-280
- Pizza G., *Anthropologia medica, Saperi, pratique et politiche del corpo*, Rome, Carocci, 2005
- Poïvet D., « Académisme et marginalisme dans l'histoire de la médecine », *Revue française des affaires sociales*, « Médecines différentes », numéro hors-série, mai 1986, p. 25-32.
- Polkinghorne J. C., *Il mondo dei quanti, La storia di una sfida alle certezze della mecanisa*, traduit de l'anglais par Barile G. (titre original : *The quantum world* , 1984), Milan, Garzanti 1986
- Porkert M., *The Essentials of Chinese Diagnostics*, Zürich, Acta Medicinæ Sinensis, Chineses Medicine Publications Ltd, 1983
- Pouchelle M. C., *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen-âge, Savoir et imaginaire du corps chez Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel*, Paris, Flammarion, 1983
- Pouchelle M. C., *L'hôpital corps et âme, Essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003
- Premuda L., « L'agopuntura tra Veneto e Cina », in *Sviluppi scientifici, prospettive religiose, movimenti rivoluzionari in Cina*, Panciotti L. (éd.), Florence, Leo S. Olschki, 1975, p. 73-81
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, DPCM « Definizione dei livelli essenziali di assistenza » (LEA), 29 novembre 2001, *Gazzetta Ufficiale* n°33, 8 février 2002
- Qu Jiecheng, *Dang zhongyi yushang xiyi. Lishi yu xingsi (When Chinese Medicine Meets Western Medicine. History and Ideas)*, Hongkong, Sanlian shudian, 2004
- Quaglia-Senta A., *L'acupuncture chinoise*, Paris, Maisonneuve, 1969

- Quaglia-Senta A., *Le système sympathique en acupuncture*, Paris, Maisonneuve, 1976
- Quaglia-Senta A., « Minerva riflessoterapeutica », *Minerva medica*, n° 5, 31 janvier 1976, p. 326-328
- Quaranta I. (éd.), *Antropologia medica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006
- Rapport N., Overing J., *Social and cultural anthropology, The Key concepts*, London and New York, Routledge, 2000
- Reale G., *Corpo, anima et salute, Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Milan, Raffaello Cortina, 1999
- Reston J., « Now, about my operation in Peking », *The New York Times*, 26 juillet 1971, p.1
- Revel J. (éd.), *Giochi di scala. La microstoria alla prova dell'esperienza*, Rome, Viella, 2006 ; *Jeux d'échelles. La micro-analyse à la preuve de l'expérience*, Paris, Seuil/Gallimard, 1996
- Rey R., *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du Premier Empire*, Oxford, Voltaire Foundation, 2000
- Rey R., « Hygiène et souci de soi dans la pensée médicale des Lumières », *Communications*, n° 56, 1993, p 25-40
- Ricœur P., *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, Seuil, 2000
- Robard I., *La santé hors la loi. Les hors la loi de la santé*, Suresnes, Les Éditions de l'Ancre, 1994.
- Robard I., *Médecines non-conventionnelles et droit. La nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe*, Paris, Editions du Juris-Classeur, Coll. Litec, 2002.
- Robertson R., *Globalization: Social Theory and Global Culture*, Londres, Sage, 1992.
- Rorty R., *Objectivisme, relativisme et vérité*, traduit de l'anglais (*Philosophical papers*, 1991) Paris, Puf, 1994
- Rossi I. (éd.), *People in culture, a survey of cultural anthropology*, New York, Praeger, 1980
- Rossi I., *Corps et chamanisme*, Paris, Armand Colin, 1997
- Roustan C., *Traité d'acupuncture*, Paris, Masson, 1978
- Russell B. H., *Research methods in anthropology, Qualitative and quantitative approaches*, 3^{ème} éd., Walnut Creek, Altamira Press, 2002
- Sabban F., « Art et culture contre science et technique. Les enjeux culturels et identitaires de la gastronomie chinoise face à l'Occident », *L'Homme*, XXXVI année, n° 137, janvier-mars 1996, p.163-193
- Sabban F., « La cucina cosmopolita dell'imperatore della Cina nel XVI secolo. Un nuovo approccio », in Montanari M. (éd.), *Il mondo in cucina, Storia, identità, scambi*, Bari, Laterza, 2002, p. 87-104

- Sabban F., « Quand la forme transcende l'objet. Histoire des pâtes alimentaires en Chine (III^e siècle av. J.-C. - III^e siècle apr. J.-C) », *Annales - Histoire, Sciences Sociales (HSS)*, 55^e année, n° 4, juillet-août 2000, p. 791-824
- Sagli G., *The reception of Chinese Medical Concepts among Practitioners of Acupuncture in Norway*, Thèse de doctorat, Université de Oslo, janvier 2003
- Sahlins M., « Cosmologies of Capitalism : the Trans-Pacific Sector of 'The World System' », *Culture in Practice. Selected Essays*, Zone Books New York, 2000, chapitre 13, 415-469.
- Sahlins M., *Des îles dans l'histoire, (Islands of history, 1985)*, Paris, Le Seuil, 1989
- Said E., *Orientalism*, New York, Vintage books, 1979
- Saks M., « The alternatives to medicine », in *Challenging Medicine*, Gabe J., Kelleher D., Williams G., Londres, Routledge, 1994
- Saks M., *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, Londres, Sage, 2002
- Saks M., *Profession and the public interest*, Londres, Routledge, 1996
- Saks M., « From Quackery to Complementary Medicine : The shifting boundaries between orthodox and unorthodox medical knowledge », in *Complementary and Alternative Medicines Knowledge in Practice*, Cant S. et Sharma U. (éd.s), Londres - New York, Free Association Books Ltd, 1996, p. 27-43
- Saks M., *Professions and the Public Interest: Professional Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres, Routledge, 1995
- Samuelsen H., Steffen V., « The Relevance of Foucault and Bourdieu for Medical Anthropology : Exploring New Sites », *Anthropology & Medicine*, Carfax Publishing, 1^{er} avril 2004, vol. 11, n° 1, p. 3-10
- Sandoz T., *Histoires Parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*, Paris, Seuil, 2005
- Scheper-Hughes N. et M. Lock M., « The Mindful Body : a Prolegomon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, n° ?, 1987, p. 6-41
- Schipper K., « Ecologie Taoïste : la transformation intérieure », in K. Schipper, *La religion de la Chine*, Paris, Fayard, 2008, p. 161-178
- Schipper K., *Le corps taoïste, Corps physique – corps social*, Paris, Fayard, 1982, 1997
- Schmitz O. (éd.), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours aux soins en Occident*, Paris, Kartala, 2006
- Segalen V., *Essai sur l'exotisme*, Cognac, Bibliothèque artistique et littéraire, 1994, p. 23
- Servan-Schreiber D., *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*, Paris, Robert Laffond, 2003
- Serventi S. Sabban F., *Les pâtes*, Paris, Actes du Sud, 2001

- Sharma U., *Complementary Medicine Today. Practitioners and patients*, Londres, Routledge, 1992
- Sheid V., *Chinese Medicine in Contemporary China*, London, Duke University Press, 2002
- Sheid V. *Current of Tradition in Chinese Medicine*, Seattle, Eastland Press, 2007
- Shusterman R., *Conscience du corps. Pour une soma-esthétique* (titre original *Body Consciousness. A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008, traduit de l'anglais par Nicolas Vieillescazes), Paris, Édition de l'éclat, 2007
- Sigaut F., « Des idée pour observer », *Techniques et culture*, n° 10, juillet-décembre 1987, p. 1-12
- Silverman D., *Interpreting qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*, Londres, Sage Publications, 2006
- Sini C., *Etica della scrittura*, Milan, Il Saggiatore, 1992
- Sini C., *I segni dell'anima, Saggio sull'immagine*, Rome, Laterza, 1989
- Sini C., *Teoria del foglio-mondo, La scrittura filosofica*, Milan, CUEM, 1993
- Sivin N., *Traditional medicine in contemporary China*, University of Michigan, Center of Chinese Studies, 1987
- Smith H.W., *Strategies of Social Research*, St. Louis, University of Missouri, 1991
- Snyderman R., Weil A., « Integrative Medicine: Bring Medicine Back to Its Roots », *Archives of Internal Medicine*, n° 162, p. 159-174
- Società Italiana di Agopuntura, *Libro Bianco sull'Agopuntura e le altre metodiche terapeutiche della tradizione medica estremo-orientale*, Bologne, Società Italiana di Agopuntura, 2000
- Soulié de Morant G., *Anthologie de l'amour chinois. Poèmes de lasciveté parfumée*, Paris, Mercure de France, 1932
- Soulié de Morant G., *Acupuncture (Communications 1929-1951)*, Paris, Trédaniel, 1978
- Soulié de Morant G., *Bijou-de-ceinture*, Paris, Flammarion, 1925
- Soulié de Morant G., *Ce qui ne s'avoue pas, même à Shanghai, ville de plaisir*, Paris, Flammarion, 1927
- Soulié de Morant G., *Divorce anglais*, Paris, Flammarion, 1930
- Soulié de Morant G., *Eléments de grammaire mongole*, Paris, Leroux, 1930
- Soulié de Morant G., *Essai sur la littérature chinoise*, Paris, Mercure de France, 1921
- Soulié de Morant G., *Extraterritorialité et intérêts étrangers en Chine*, Paris, Geuthner, 1925
- Soulié de Morant G., *Histoire de l'art chinois*, Paris, Payot, 1928
- Soulié de Morant G., *Histoire de la Chine, dès l'antiquité jusqu'en 1929*, Paris, Payot, 1929
- Soulié de Morant G., *In the claws of the dragon*, Allen and Unwin, 1920

- Soulié de Morant G., *L'acupuncture chinoise*, Tome I et Tome II, Mercure de France, 1939 et 1941
- Soulié de Morant G., « L'Acupuncture en Chine vingt siècles avant J.C. et la Réflexothérapie Moderne » (en collaboration avec le dr. Ferreyrolles), in *Homéopathie française*, juin 1929
- Soulié de Morant G., *L'Epopée des jésuites français en Chine*, Paris, Grasset, 1928
- Soulié de Morant G., *La musique en Chine*, Paris, Leroux, 1910
- Soulié de Morant G., *La passion de Yang Kwe-Fei favorite impériale, d'après les textes anciens chinois*, Paris, Edition d'art, 1924
- Soulié de Morant G., *La vie de Confucius*, Piazza, Paris, 1929
- Soulié de Morant G., *Le Diagnostic par les pouls radiaux*, Paris, éd. de la Maisnie, 1983
- Soulié de Morant G., *Le florilège des poèmes Song*, Paris, Plon, 1923
- Soulié de Morant G., *Le Palais des cents fleurs*, Paris, Édition d'art, 1922
- Soulié de Morant G., *Le trésor des loyaux Samourais, ou les Quarante-sept Ro-ninns, d'après les anciens textes du Japon*, Paris, Piazza, 1927
- Soulié de Morant G., *Les Contes galants de la Chine*, Paris, Fasquelle, 1921
- Soulié de Morant G., *Les droits conventionnels des étrangers en Chine*, Paris, Sirey, 1916
- Soulié de Morant G., *Les Sciences occultes en Chine*, Paris, Nilsson, 1932
- Soulié de Morant G., *Les 47 rônin : le trésor des loyaux samurai, d'après les anciens textes du Japon*, Paris, Budostore, 1995
- Soulié de Morant G., *Mon cher compagnon*, Fasquelle, 1923
- Soulié de Morant G., *Précis de la vraie acupuncture chinoise*, Paris, Mercure de France, 1934
- Soulié de Morant G., *Saine jeunesse*, Paris, Flammarion, 1931
- Soulié de Morant G., *Sun-Iat-Sen*, Paris, Gallimard, 1931
- Soulié de Morant G., *Théâtre et musique modernes en Chine, avec une étude technique de la musique chinoise et transcriptions pour piano*, Paris, P. Geuthner, 1926
- Soulié de Morant G., *Traité de chiromancie chinoise. Sciences occultes en Chine : la main*, Nilsson, 1932
- Soulié de Morant G., *Trois contes chinois du XVII^e siècle*, Paris, Piazza, 1926
- Soulié de Morant G., *Tseu-H'si, Impératrice des boxeurs*, Paris, Édition d'art, 1911
- Sournia J. C., « *Du corps humain* », Toulouse, Privat – Editions de Santé, 1997
- Sparaco A.P., Barozzi G., Frigoli D., Ottolinghi D., Minelli E., *Ricerche di medicina complementare in Lombardia, Valutazione dei fondamenti scientifici dell'efficacia*, Milan, Altagamma, 2004
- Spencer J. D., *Chinese Roundabout*, Norton & Company, 1992, chap. « Medicine », p. 205-218 et notes p. 369-371.
- Stengers I., *L'invention des sciences modernes*, traduit de l'italien (titre original : *Le politique de la ragione*, 1993), Paris, Flammarion, 1995

- Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Harmattan, 1992
- Strauss A., Corbin J., *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Thousand Oaks, Sage, 1990
- Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France, « Statuts de l'acupuncture en France, présentés à l'appréciation de l'Académie de Médecine de la Faculté de Médecine et des Pouvoirs Publics », janvier 1951
- Tagliagambe S., *L'epistemologia contemporanea*, Roma, Editori Riuniti, 1991
- Ten Rhijne W., *Dissertatio de Arthritide. Mantissa chematica de acupunctura*, Londres, Chiswell, 1683
- Tovey P., « Contingent Legitimacy : U. K. alternative Practitioners and inter-sectoral Acceptance », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (ed.), Pergamon, 2000, vol. 45, n° 7, p. 1129-1133
- Tronquoy P., *Cahiers Français. La santé*, n° 324, Paris, La documentation Française, 2003
- Ung Kan Sam, « Avant-propos », in Chamfrault A., *Traité de médecine Chinoise. Livres sacrés de médecine Chinoise*, tome II, Angoulême, Coquemard, 1957, p.15
- Unschuld P.U., « The social Organization an Ecology of Medical Practice in Taiwan », in Leslie Ch., *Asian medical systems, A comparative study*, Londres, University of California Press, 1976, p. 300-321
- Unschuld P.U., *Medicine in China. A History of Ideas*, University of California Press, 1985
- Unschuld P.U., « On the reception of acupuncture in early 19th century Europe as reflected in the writings of Francesco da Camino », in *Le scienze mediche nel Veneto dell'ottocento, Atti del primo seminario di storia delle scienze e delle tecniche nell'ottocento veneto*, Venise, Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1990, p. 228
- Unschuld P.U., *Chinese medicine*, traduit de l'allemand par Wiseman N. (titre original : *Chinese Medizin*, 1973), Brookline (Massachussets – Etats-Unis), Paradigm Publications, 1998
- Unschuld P.U., *Médecines chinoises*, Montpellier, Edition Indigene, 2001
- Unschuld P.U., interview by Bauer M., in *Acupuncture Today*, vol. 5, n° 7, juillet 2004
- Verhoef M. J., Sutherland L. R., « General Practitioners' Assessment of and Interest in Alternative Medicine in Canada », *Social Science & Medicine*, Macintyre S. (ed.), Pergamon, 1995, vol. 41, n° 4, p. 511-515
- Vickers A., « Recent Advances. Complementary Medicine », *British Medical Journal*, Londres, vol. 321, 16 septembre 2000, p. 683-686
- Vigarello G., « La non-maîtrise dans les modèles anciens et modernes d'entretien de la santé », *Communications*, n° 56, 1993, p. 9-24
- Vigarello G., *Le sain et le malsain, Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 1993
- Vigour C., *La comparaison dans les sciences sociales, Pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte, 2005

- Vigour C., *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2005
- Vincent Ch., « The Safety of Acupuncture », *British Medical Journal*, Londres, vol. 323, 1^{er} septembre 2001, p. 467-468
- Voltaggio F., *La medicina come scienza filosofica*, Roma-Bari, Laterza, 1998
- Weil A., « The Significance of Integrative Medicine for the Future of Medical Education », in *The American Journal of Medicine*, n° 108, vol. I, p. 441-443
- Weil A., *Health and Healing*, Boston, Houghton Mifflin, 1995
- Weisz G., « A Moment of Syntesis : Medical Holism in France between the Wars », in Lawrence L., Weisz G., *Greater than the parts, holism and biomedicine, 1920-1950*, Oxford, Oxford University Press, 1998
- Weisz G., *Divide and conquer, A comparative history of medical specialization*, Oxford, University Press, 2006
- Whiteford L., Lactiva Nixon L., « Comparative Health System: Emerging, Convergences and Globalisation », in *The Handbook of Social Studies in Health Medicine*, Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C., (éd.s), Londres, Thousand Oaks, New Delhi, Sage publications, 2000, p. 440-453.
- WHO *Linee guida di agopuntura e di medicina tradizionale*, traduit de l'anglais Agiman C., Brugnoli A. et Incardina L. (titre original: *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*, WHO/EDM/TRM/99.1 et *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*, WHO/EDM/TRM/2000.1), Novara, Red, 2001
- WHO *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, WHO/EDM/TRM/2002.1
- Whorton J. C., *Nature Cures. The History of Alternative Medicine in America*, Oxford University Press, 2002, in *Nature Cures. The History of Alternative Medicine in America*, Oxford University Press
- Wulff, Pedersen A., Rosenberg, *Invitation à la philosophie de la médecine*, traduit de l'anglais par Masquelet A. C., Montpellier, Sauramps médical, 1993
- Zampini L., Porta A., Montani M., Gatto R., Reschini G., « Studio prospettico randomizzato sul trattamento della cervicalgia con terapia farmacologia versus agopuntura », Actes du colloque *Ricerche di medicina complementare in Lombardia*, Milan, Altagamma, mai 2004
- Zampini L., Porta A., Montani M., Gatto R., Reschini G., « Studio prospettico randomizzato sul trattamento della cervicalgia con terapia farmacologia versus agopuntura », Actes du colloque *Ricerche di medicina complementare in Lombardia*, Milan, Altagamma, mai 2004, p. 128-132
- Zhan M., *Other-Worldly: Chinese medicine through encounters*, Duke University Press, à paraître
- Zollman C., Vickers A., « ABC of Complementary Medicine. Acupuncture », *British Medical Journal*, Londres, vol. 319, 9 octobre 1999, p. 973-976

Zollman C., Vickers A., « ABC of Complementary Medicine. Complementary Medicine and the Patient », *British Medical Journal*, Londres, vol. 319, 4 décembre 1999, p. 1486-1489

Zollman C., Vickers A., « ABC of Complementary Medicine. Users and Practitioners of Complementary Medicine », *British Medical Journal*, Londres, vol. 319, 25 septembre 1999, p. 836-838

LISTE DES ABREVIATIONS :

- AFERA** : Association Française pour l'Etude et la Recherche en Acupuncture
- AIAS** : Associazione Italiana Assistenza agli Spastici
- AMAB** : Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
- AMO** : Association de Médecine Orientale
- ANAES** : Agence Nationale d'Evaluation Scientifique
- ASL** : Agenzia Sanitaria Locale
- ASMA** : Associazione Scuola Mediterranea di Agopuntura
- ASMAF** : Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France
- ASMIC** : Associazione Medica Italo-Cinese
- AVF** : Algie Vasculaire de la Face
- CAM** : Complementary and Alternative Medicines
- CFA** : Collège Français d'Acupuncture
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CNAM** : Caisse National Assurance Maladie
- CNAMA** : Confédération Nationale des Associations des Médecins Acupuncteurs
- CSSA** : Centro Studi sull'Agopuntura
- DIU** : Diplôme Inter Universitaire
- DU** : Diplôme Universitaire
- EBM** : Evidence Based Medicine
- EEA** : Ecole Européenne d'Acupuncture
- EFA** : Ecole Française d'Acupuncture
- F.A.FOR.ME.C.** : Fédération des Acupuncteurs pour une FORMation MEDicale Continue
- FISA** : Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura
- FISTQ** : Federazione Italiana Scuole di Tuina e Qigong
- FNOM** : Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici
- FNOMeC** : Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi
- IATCM** : International Association of Traditional Chinese Medicine
- IATCM**: International Association of Traditional Chinese Medicine
- ICMART** : International Council Medical Acupuncture and Related Techniques
- MEP** : Médecins à Exercice Particulier
- MNC** : Médecines Non Conventionnelles

MTC : Médecine Traditionnelle Chinoise
OEDA : Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
S.I.Ce.T : Società Italiana di Farmacopea Cinese Tradizionale
SA : Société d'Acupuncture
SFA : Société Française d'Acupuncture
SIA (a): Société Internationale d'Acupuncture
SIA (b) : Società Italiana di Agopuntura
SIRAA : Società Italiana di Ricerca in Agopuntura e Auricoloterapia
SNMAF : Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France
U.N.A.FOR.ME.C. : Union Nationale des Associations de FORMation MEDicale
Continue
UFR : Unité de Formation et de Recherche
USL : Unità Sanitaria Locale
WFAS : World Federation of Acupuncture and Moxibution Societies
WUASS : World Union of Acupuncture Scientists and Societies

Table des matières

Sommaire

| | |
|---|---------|
| INTRODUCTION | p. I |
| <i>1. La réflexion sur les médecines non conventionnelles</i> | p. I |
| <i>2. De l'histoire à l'enquête de terrain</i> | p. VII |
| <i>3. La comparaison</i> | p. XII |
| <i>4. Nos sources</i> | p. XVII |
| <i>5. La structure du travail</i> | p. XIX |

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I – L'acupuncture en France (1930-1960)

| | |
|--|-------|
| 1. Les premiers intérêts pour la médecine chinoise | p. 2 |
| 2. La médecine non officielle au début du xx^e siècle | p. 5 |
| 3. George Soulié de Morant, la construction de la figure d'expert en acupuncture | p. 17 |
| <i>3.a. La jeunesse et le départ pour la Chine</i> | p. 17 |
| <i>3.b. La diplomatie et la littérature</i> | p. 19 |
| <i>3.c. L'acupuncture</i> | p. 22 |
| <i>3.d. George Soulié de Morant l'expert en acupuncture</i> | p. 27 |
| <i>3.e. George Soulié de Morant un personnage de son époque</i> | p. 28 |
| <i>3.f. La recherche d'une reconnaissance institutionnelle et l'obtention d'une légitimation sociale</i> | p. 30 |
| <i>3.g. L'héritage de George Soulié de Morant et la recherche d'une reconnaissance scientifique</i> | p. 36 |
| <i>3.h. George Soulié de Morant, de l'amateurisme à l'expertise</i> | p. 40 |
| 4. La naissance des premières sociétés d'acupuncture en France | p. 42 |
| Chronologie des Sociétés d'acupuncture françaises 1945-1965 | |
| 5. Le docteur Roger de la Füyé, militant pour un développement scientifique de l'acupuncture | p. 43 |
| 6. La Société Française d'Acupuncture jusqu'en 1960 | p. 49 |
| <i>6.a. L'enseignement</i> | p. 58 |
| <i>6.b. Les Congrès et la Société Internationale d'Acupuncture</i> | p. 60 |

| | |
|--|--------|
| 7. La naissance du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France et la reconnaissance légale de l'acupuncture | p. 65 |
| 8. La Société d'Acupuncture jusqu'en 1960 | p. 70 |
| 8.a. <i>Le docteur Albert Chamfrault et le début des traductions des textes médicaux chinois</i> | p. 72 |
| 8.b. <i>La contribution du professeur Pierre Huard</i> | p. 84 |
| 8.c. <i>Les essais de vérification de l'acupuncture</i> | p. 85 |
| 8.d. <i>Le docteur Niboyet et l'acupuncture</i> | p. 87 |
| 8.e. <i>Les liens entre l'acupuncture et d'autres disciplines, le cas de l'astrologie</i> | p. 93 |
| 8.f. <i>1955 le tournant de la Société d'Acupuncture</i> | p. 96 |
| 8.g. <i>Les Journées d'Acupuncture et l'enseignement</i> | p. 98 |
| 8.h. <i>Les différentes approches à l'acupuncture au sein de la Société d'Acupuncture</i> | p. 102 |

CHAPITRE II – L'acupuncture en France (de 1960 à nos jours)

| | |
|--|--------|
| 1. La tentative de fusion | p. 110 |
| 2. L'approche « traditionaliste » de l'acupuncture | p. 121 |
| 2.a. <i>L'Association Française d'Acupuncture jusqu'en 1980</i> | p. 121 |
| 2.b. <i>Le Groupe Lacretelle</i> | p. 128 |
| 2.c. <i>L'Association Française d'Acupuncture de 1980 à nos jours</i> | p. 130 |
| 2.d. <i>L'enseignement</i> | p. 140 |
| 3. Vers une reconnaissance formelle et institutionnelle de l'acupuncture | |
| 3.a. <i>Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France</i> | p. 146 |
| 3.b. <i>La position de l'acupuncture au regard de la Sécurité sociale</i> | p. 146 |
| 3.c. <i>Le statut du médecin acupuncteur auprès du Conseil de l'Ordre des médecins</i> | p. 151 |
| 3.d. <i>La Formation Médicale Continue et l'organisation du travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France</i> | p. 156 |
| 3.e. <i>La lutte contre les illégaux, le cas Laville-Mery</i> | p. 158 |
| 3.f. <i>Le Syndicat National des Médecins Acupuncteurs de France après 1980</i> | p. 162 |
| 3.g. <i>Les médecins acupuncteurs confrontés aux praticiens non médecins</i> | p. 163 |
| 3.h. <i>Les oppositions de la Sécurité sociale à la cotation des actes d'acupuncture</i> | p. 166 |
| 3.i. <i>La suppression du secteur à honoraires libres (le secteur II)</i> | p. 169 |
| 3.l. <i>Les dernières années du travail du Syndicat National des Médecins Acupuncteur de France</i> | p. 173 |
| 4. La Société Internationale d'Acupuncture | p. 175 |
| 4.a. <i>Les premiers voyages en Chine</i> | p. 177 |
| 4.b. <i>La période dorée de la Société Internationale d'Acupuncture</i> | p. 183 |
| 5. L'École Européenne d'Acupuncture | p. 197 |

| | |
|--|--------|
| 6. L'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France et les « acupuncteurs modernistes » | p. 207 |
| 6.a. <i>L'acupuncture scientifique</i> | p. 208 |
| 6.b. <i>L'enseignement</i> | p. 221 |
| 7. L'Organisation pour l'Étude et le Développement de l'Acupuncture (OEDA) | p. 225 |
| 8. La reconnaissance institutionnelle de l'acupuncture | |
| 8.a. <i>Un nouveau regard sur les médecines non conventionnelles</i> | p. 229 |
| 8.b. <i>La préparation du Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture</i> | p. 237 |
| 8.c. <i>La naissance du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture</i> | p. 240 |
| 8.d. <i>L'organisation du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture</i> | p. 242 |
| 8.e. <i>De la mise en œuvre du Diplôme Inter Universitaire d'acupuncture jusqu'aux nos jours</i> | p. 249 |
| 9. La Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue | p. 255 |
| 9.a. <i>Le Collège Français d'Acupuncture</i> | p. 262 |
| 10. Nouvelles perspectives de l'acupuncture en France | p. 264 |
| 11. La diffusion de l'acupuncture française dans le monde : le docteur Nguyen Van Nghi | |
| 11.a. <i>Le début de sa carrière de médecin acupuncteur et l'origine de son succès</i> | p. 266 |
| 11.b. <i>L'acupuncture analgésique</i> | p. 275 |
| 11.c. <i>Son image et son investissement dans le domaine international</i> | p. 278 |
| 11.d. <i>L'héritage de Nguyen Van Nghi</i> | p. 288 |

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE III – L'acupuncture et la médecine chinoise en Italie

| | |
|---|--------|
| 1. Les premiers médecins italiens acupuncteurs | p. 294 |
| 1.a. <i>Le docteur Alberto Quaglia-Senta</i> | p. 296 |
| 1.b. <i>Le docteur Ulderico Lanza</i> | p. 299 |
| 1.c. <i>Le docteur Nguyen Van Nghi et ses relations avec l'Italie</i> | p. 304 |
| 2. La Società Italiana d'Agopuntura | p. 307 |
| 2.a. <i>Le pouvoir public et les institutions</i> | p. 310 |
| 2.b. <i>L'activité de recherche de diffusion et d'enquête sur l'acupuncture et les relations avec les autres sociétés</i> | p. 312 |
| 2.c. <i>Le statut de l'acupuncture en Italie et les relations avec l'Ordre des Médecins</i> | p. 315 |
| 2.d. <i>La Società Italiana d'Agopuntura de 1990 à nos jours</i> | p. 321 |

| | |
|--|--------|
| 3. Le Centro studi sull'Agopuntura, école So-wen | p. 324 |
| 3.a. <i>L'enseignement</i> | p. 330 |
| 3.b. <i>L'école So-wen et ses relations avec la Società Italiana di Agopuntura</i> | p. 335 |
| 4. L'école MediCina | |
| 4.a. <i>Et Londres remplace Paris</i> | p. 338 |
| 4.b. <i>La découverte de la médecine chinoise venant de Chine</i> | p. 343 |
| 4.c. <i>Les premières démarches pour la création de l'école MediCina</i> | p. 345 |
| 4.d. <i>L'enseignement</i> | p. 351 |
| 4.e. <i>L'école MediCina de la fin des années 1990 à nos jours</i> | p. 353 |
| 5. L'acupuncture et la médecine chinoise en Émilie-Romagne | p. 356 |
| 5.a. <i>Le Gruppo di Studio Società e Salute et la Fondazione Matteo Ricci</i> .. | p. 356 |
| 5.a.1. <i>Une médecine « socialement utile » et l'intégration entre médecine chinoise et médecine officielle</i> | p. 360 |
| 6. La Federazione Italiana delle Società d'Agopuntura (FISA) | p. 382 |
| 6.a. <i>L'activité de la F.I.S.A.</i> | p. 384 |
| 6.a.1. <i>La réglementation et l'enseignement</i> | p. 384 |
| 6.a.2. <i>L'action de la FISA dans la production d'une réglementation et d'une reconnaissance législatives</i> | p. 386 |
| 6.a.3. <i>La FISA et la FNOMCeO : la reconnaissance de l'acupuncture auprès de l'Ordre des médecins</i> | p. 388 |
| 6.a.4. <i>L'acupuncture dans le système sanitaire national italien</i> | p. 390 |
| 6.a.5. <i>Les autres démarches de la FISA.</i> | p. 391 |
| 7. L'enseignement universitaire de l'acupuncture | p. 394 |

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE IV – Comparaison de la France et de l'Italie

| | |
|--|--------|
| 1. Quelques chiffres pour comparer les acupunctures française et italienne | |
| 1.a. <i>Les médecins acupuncteurs et leurs conditions d'exercice en France</i> | p. 400 |
| 1.b. <i>Les médecins acupuncteurs et leurs conditions d'exercice en Italie</i> | p. 406 |
| 1.c. <i>L'organisation du système de santé italien et l'acupuncture</i> | p. 408 |
| 1.d. <i>France et Italie, les médecins acupuncteurs confrontés aux médecins conventionnels</i> | p. 410 |
| 1.e. <i>France et Italie, les médecins inscrits aux formations d'acupuncture</i> ... | p. 412 |
| 2. Les médecins acupuncteurs français et italiens, qui sont-ils ? | p. 417 |
| 2.a. <i>Les (futurs) médecins acupuncteurs français</i> | p. 419 |
| 2.b. <i>Les (futurs) médecins acupuncteurs italiens</i> | p. 419 |
| 2.c. <i>Question de genre et les acupuncteurs</i> | p. 421 |

| | |
|---|--------|
| 3. La relation entre acupuncture et biomédecine : un rapport sans une définition universelle | p. 426 |
| 3.a. <i>Médecins généralistes, médecins spécialistes ou médecins acupuncteurs ?</i> | p. 427 |
| 3.b. <i>Le statut de l'acupuncture dans le discours des médecins français et italiens</i> | p. 433 |
| 3.c. <i>Science et tradition se confrontent</i> | p. 437 |
| 4. Quel est l'intérêt de la pratique de l'acupuncture pour un médecin français ou italien ? | p. 441 |
| 4.a. <i>Les médecins acupuncteurs français</i> | p. 441 |
| 4.b. <i>Le rejet de la médecine conventionnelle et la contre culture médicale</i> ... | p. 447 |
| 4.c. <i>Une médecine postmoderne</i> | p. 448 |
| 4.d. <i>Une médecine écologique</i> | p. 450 |
| 4.e. <i>L'enjeu de l'exotisme dans le choix d'une stratégie professionnelle</i> | p. 452 |
| 4.f. <i>Les médecins acupuncteurs italiens</i> | p. 453 |
| 4.g. <i>La culture et la pensée chinoise dans le travail des médecins acupuncteurs italiens</i> | p. 459 |
| 4.h. <i>L'intégration de deux médecines</i> | p. 460 |

QUATRIEME PARTIE

| | |
|---|--------|
| CHAPITRE V – Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en France | p. 470 |
| 1. Les Services de traitement de la douleur en France | p. 471 |
| 2. Quel est le rôle de l'acupuncture dans le traitement de la douleur ? Le travail du médecin acupuncteur dans les Centres de hérapie de la douleur, Paris | p. 476 |
| 2.a. <i>Le Centre d'Urgences Céphalées de l'hôpital Lariboisière</i> | p. 477 |
| 2.a.1. <i>L'Hôpital Lariboisière</i> | p. 477 |
| 2.a.2. <i>Le Centre d'Urgences Céphalées</i> | p. 478 |
| 2.b. <i>Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Cochin</i> | p. 483 |
| 2.b.1. <i>L'Hôpital Cochin</i> | p. 483 |
| 2.b.2. <i>Le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur</i> | p. 484 |
| 2.b.3. <i>Le contexte de travail du médecin acupuncteur</i> | p. 490 |
| 2.b.4. <i>La prise en charge du patient</i> | p. 495 |
| 2.c. <i>Conclusion</i> | p. 502 |
| 3. Le travail d'un médecin acupuncteur dans les Centres d'Evaluation et Thérapie de la Douleur, Strasbourg | p. 504 |
| 3.a. <i>Le Centre de la Douleur Pelvienne Chronique et des Troubles Fonctionnelles de la Femme de l'hôpital SIHCUS- CMCO</i> | p. 507 |
| 3.a.1. <i>L'hôpital SIHCUS-CMCO de sa naissance aux projets d'avenir</i> .. | p. 507 |

| | |
|--|--------|
| 3.a.2. <i>Le Centre de la douleur pelvienne chronique et des troubles fonctionnels de la femme</i> | p. 509 |
| 3.a.3. <i>Le travail du Centre : définition de la maladie, les malades, l'équipe, le fonctionnement du centre</i> | p. 509 |
| 3.a.4. <i>L'équipe du centre, le travail dans le discours des praticiens, la valeur de l'acupuncture au sein du centre</i> | p. 512 |
| 3.b. <i>La consultation d'acupuncture au Centre d'Evaluation et de Thérapie de la douleur de l'hôpital de Hautepierre</i> | p. 523 |
| 3.c. <i>Le projet d'expérimentation « Traitement médicamenteux du syndrome douloureux dans la fibromyalgie : de la physiopathologie à la thérapeutique » à l'hôpital Civil</i> | p. 531 |
| 3.d. <i>Conclusion</i> | p. 533 |

CHAPITRE VI – Cas d'étude. L'acupuncture dans les structures publiques de santé en Italie et son enseignement

| | |
|--|--------|
| 1. La médecine chinoise à l'hôpital Luigi Sacco, Milan (Italie) | p. 539 |
| 1.a. <i>L'Hôpital Luigi Sacco, de l'hôpital de province à l'établissement hospitalier: bref historique, structure et organisation</i> | p. 539 |
| 1.b. <i>Deux moments et deux phases de l'introduction en milieu hospitalier des pratiques médicales chinoises</i> | p. 541 |
| 1.b.1. <i>La première phase, les deux services intéressés par la médecine non conventionnelle</i> | p. 542 |
| 1.b.2. <i>Deuxième phase, les projets d'«observation et évaluation de procédures thérapeutiques de médecine complémentaire» approuvés par la Lombardie</i> | p. 544 |
| 1.c. <i>La confrontation entre les deux phases d'apparition de la médecine chinoise à l'Hôpital Luigi Sacco</i> | p. 546 |
| 1.d. <i>Relations, échanges et bricolage entre médecine chinoise et biomédecine</i> | p. 554 |
| 1.d.1. <i>La confrontation entre deux protocoles observationnels</i> | p. 554 |
| 1.d.2. <i>La médecine chinoise à l'intérieur de l'hôpital selon le discours des thérapeutes et des responsables</i> | p. 564 |
| 1.e. <i>Conclusion</i> | p. 570 |
| 2. Cours pratiques ou ambulatoires | p. 572 |
| 2.a. <i>Cours pratique du « Cours de perfectionnement en acupuncture » de l'Université de Milan</i> | p. 573 |

CONCLUSIONS

| | |
|---|--------|
| 1. <i>Les acupuncteurs scientifiques et modernistes et la définition de l'« acupuncture traditionaliste française »</i> | p. 603 |
| 2. <i>La médecine chinoise en Italie et la globalisation</i> | p. 607 |
| 3. <i>La comparaison entre la France et l'Italie</i> | p. 613 |

| | |
|---------------------------------|--------|
| Bibliographie | p. 615 |
| Liste des abréviations | p. 648 |
| Table des matières | p. 650 |

ANNEXES

ANNEXE I

Cartes des co-occurrences et listes des mémoires de fin de diplôme

| | |
|--|-------|
| Cartes des co-occurrences | p. 1 |
| Bibliographie complète mémoires de diplômes AFA | p. 14 |
| Liste des mémoires de fin de diplôme du Diplôme Inter Universitaire d'Acupuncture de Nimes-Montpellier | p. 27 |
| Bibliographie complète mémoires de diplômes de l'Ecole Sopen, Milan Centro studi sull'agopuntura, C.S.S.A. | p. 33 |
| Bibliographie complète mémoires de diplômes Ecole Medicina, Milan | p. 53 |

Résultats de l'enquête par questionnaires menée auprès des médecins inscrits dans les écoles d'acupuncture

| | |
|---|-------|
| <i>Index</i> | p. 2 |
| 1 - Méthodologie de l'enquête | p. 4 |
| 2 - Analyse des réponses – Italie | p. 12 |
| 3 - Analyse des réponses – France | p. 43 |
| 4 - Interprétations des résultats : COMPARAISON entre la France et l'Italie | p. 66 |
| 5 - DEFINITION et DESCRIPTION de la médecine chinoise dans les questionnaires français et italiens | p. 82 |
| 6 - Les médecins types | p. 96 |

ANNEXE II

| | |
|---|--------|
| Entretiens français F1-F32 | p. 2 |
| Entretiens italiens I1-I43 | p. 181 |

DVD