



HAL
open science

Le lent processus d'intégration de la médecine chinoise en France : apports d'une sociologie des groupes professionnels aux policy transfer studies

Fanny Parent

► **To cite this version:**

Fanny Parent. Le lent processus d'intégration de la médecine chinoise en France : apports d'une sociologie des groupes professionnels aux policy transfer studies. *Gouvernement & action publique*, 2019, VOL. 8 (3), pp.59-82. 10.3917/gap.193.0059 . hal-03652362

HAL Id: hal-03652362

<https://hal.science/hal-03652362>

Submitted on 26 Apr 2022

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.

Le lent processus d'intégration de la médecine chinoise en France : apports d'une sociologie des groupes professionnels aux *policy transfer studies*

Fanny PARENT

Résumé :

L'article questionne le rôle des acteurs étatiques et professionnels dans les processus de traductions et de transferts de pratiques et savoirs médicaux – ceux de la médecine chinoise traditionnelle – entre deux pays – la Chine et la France. À l'aide de la sociologie des groupes professionnels appliquée à la question des transferts internationaux, nous montrons que les possibilités d'importation, et les formes et modalités de celle-ci, sont déterminées en grande partie par les jeux d'acteurs du pays importateur. Si l'enquête empirique porte sur la France métropolitaine, nous avons suivi les démarches des professionnels et la manière dont ils mobilisent le transnational et l'international dans leurs luttes juridictionnelles locales.

MOTS-CLÉS : ACUPUNCTURE – CIRCULATION – ÉVALUATION – IMPORTATION – LUTTES JURIDICTIONNELLES – MÉDECINE CHINOISE – TRANSFERT

The slow integration process of Chinese medicine in France: contributions of the sociology of professional groups to policy transfer studies

Abstract:

The article questions the role of state and professional actors in the process of translating and transferring practices and medical knowledge – those of traditional Chinese medicine – between two countries – China and France. Using sociology of professional groups applied to the question of international transfers, we show that import possibilities, as well as their forms and modalities, are largely determined by the struggles of actors in the importing country. If the empirical survey focuses on metropolitan France, we followed professionals' steps and the way they mobilize the transnational and the international in their local jurisdictional conflicts.

KEYWORDS: ACUPUNCTURE – CHINESE MEDICINE – CIRCULATION – EVALUATION – IMPORTATION – JURISDICTIONAL CONFLICTS – TRANSFER

Le lent processus d'intégration de la médecine chinoise en France : un cas de transfert de savoirs et de pratiques largement bilatéral¹

La grande adaptabilité des savoirs et pratiques de la médecine chinoise est liée aux transformations et hybridations qu'ils ont subies tout au long de l'histoire de Chine, en fonction du contexte politique et de leur rapport à l'État chinois (Scheid, 2002). C'est à cette malléabilité de pratiques médicales rassemblées sous le même vocable de « médecine traditionnelle chinoise » (MTC) au cours de leur circulation internationale, qu'est consacré cet article.

Que ce soit Obringer (2001), Scheid (2002), Hsu (2007), ou Taylor (2004), les sinologues montrent bien la pluralité des médecines chinoises, à travers l'espace et le temps. Il faut donc comprendre les conditions et les différents vecteurs de son institutionnalisation rendant possible son exportation. En Chine, la forme actuelle de médecine chinoise traditionnelle découle d'une volonté d'État d'organiser les savoirs et pratiques médicales sous l'influence de la bureaucratisation de la société dès le XIII^e siècle, puis en raison des interactions avec les puissances coloniales à partir de la dynastie des Qing (1644-1911). Les échecs politiques, et notamment la défaite contre les Japonais sous les Qing, sont réinterprétés par le gouvernement chinois au prisme de la « mauvaise santé » de la population chinoise. La médecine traditionnelle est alors rejetée au même titre que l'ensemble des « superstitions ». Entre 1912 et 1949, le gouvernement nationaliste chinois interdit complètement les pratiques de médecine traditionnelle sous prétexte qu'elles sont un frein au développement de la modernité. En réponse, les médecins s'organisent et se fédèrent autour de la défense d'une médecine traditionnelle dite « nationale » (*guoyi* 国医) qu'ils tentent de moderniser afin de la préserver. Cette initiative des professionnels s'institutionnalise en République Populaire de Chine. Le régime Maoïste s'appuie sur ces premières démarches afin de créer une « nouvelle médecine » intégrant le biomédical² et la médecine chinoise traditionnelle (acupuncture, *qi gong*, pharmacopée traditionnelle, diététique et massages) qui trouve une place à côté de la médecine dite « occidentale »³ et de la médecine dite « intégrée » (médecine chinoise et médecine « occidentale ») (Micollier, 2004)⁴. Ainsi, l'introduction en Chine de nouvelles pratiques médicales par les pays colonisateurs a provoqué un « engouement » pour ce qui est appelé « la modernité » et pour les innovations scientifiques. C'est dans la confrontation avec cette « médecine moderne », que la médecine habituellement pratiquée dans ce pays se transforme en pratique « traditionnelle » (Hsu, 2001). L'expression « médecine traditionnelle chinoise » (MTC) date de cette époque, alors que le terme chinois *zhongyi* 中医 se traduit plutôt littéralement par « médecine chinoise »

¹ Je tiens à remercier Patrick Hassenteufel et les lecteurs anonymes de cet article pour leurs critiques stimulantes et constructives.

² Ce terme désigne le tournant que prennent les études médicales entre le XIX^e et le XX^e siècle avec le développement de la physiologie et de quelques branches de la biologie liées à la médecine. La biologie permet alors à la médecine de devenir « scientifique ».

³ Qui désigne alors l'approche anatomique et biomédicale telle qu'elle s'est développée en Europe et aux États-Unis.

⁴ Dans les hôpitaux chinois, les patients peuvent s'orienter vers le service de médecine « occidentale » ou de médecine « traditionnelle ». Ces deux médecines possèdent des cursus de formation indépendants mais des ponts entre les deux sont faits dans le cadre de la médecine « intégrée ».

(Hsu, 2007)⁵. Le gouvernement chinois normalise ainsi la MTC en vue de son exportation et ce jusqu'à la reconnaissance en 2010 de l'acupuncture et de la moxibustion⁶ de la MTC comme patrimoine mondiale de l'UNESCO⁷.

Cette transnationalisation par les acteurs gouvernementaux d'une forme standardisée de médecine nationale, côtoie toutefois une transnationalisation de formes hétérodoxes de pratiques traditionnelles de soin⁸. La médecine chinoise initialement pratiquée en Chine et qui fait l'objet d'un travail de mise aux normes par le gouvernement chinois, échapperait alors à celui-ci, qui ne peut empêcher l'investissement de praticiens (médecins ou non) dans des versions hétérodoxes et non officielles de cette médecine pourtant légitimées en partie par des organisations internationales et non gouvernementales. De médecine ayant vocation à être étatisée, elle deviendrait un ensemble de pratiques dont la configuration va prendre une forme spécifique en fonction du pays importateur et selon les rapports de force locaux. Dans cet article, nous nous demanderons en quoi l'analyse des luttes juridictionnelles des groupes professionnels concernés par la médecine chinoise en France (cf. tableau 1) permet-elle de comprendre les dynamiques de transfert des savoirs et des pratiques thérapeutiques chinoises ?

En science politique (Hassenteufel, 2005) comme en anthropologie comparée (Sakoyan *et al.*, 2011), quelques travaux s'interrogent sur l'articulation des échelles nationales, transnationales et internationales pour penser la circulation de pratiques et de savoirs. En réintégrant le rôle des acteurs et la temporalité dans l'étude de la réception des transferts de politiques publiques (Steinmo *et al.*, 1992), ces écrits éclairent à la fois les processus de convergence (Clavier, 2010, 2013 ; Harrison *et al.*, 2002) l'analyse du changement (Hassenteufel, Maillard, 2013) et la coproduction des objets en circulation en raison de leurs multiples réappropriations (Pordié, 2011). Toutefois, dans ces disciplines, les recherches qui s'intéressent au développement des thérapeutiques alternatives se focalisent sur les usages et les recours aux soins mais plus rarement sur les thérapeutes⁹ et encore moins en replaçant les enjeux professionnels dans les configurations de pouvoir du pays étudié¹⁰. De plus, ces études sont souvent produites par des médecins (Dilhuydy, 2003 ; Schraub, 2007 ; Morandini, 2010), ou dépendent de financements comme ceux des organismes de lutte contre le cancer, ce qui contribue à surinvestir le domaine de la cancérologie, laissant de côté d'autres pans du problème¹¹. Si ces travaux présentent l'intérêt de penser la question du soin et du gouvernement des corps dans le cadre de la globalisation des savoirs thérapeutiques et de l'institutionnalisation de leur prise en charge, ils ne rendent pas suffisamment compte des spécificités de chaque pratique et de la structure des rapports de force entre les groupes professionnels dans chaque pays.

En France, comme dans de nombreux pays dotés d'une longue histoire coloniale, l'intégration des pratiques de la médecine chinoise doit s'interpréter au regard des conditions spécifiques d'exportation et d'importation avec la Chine. En s'inspirant de l'approche de

⁵ Expression que nous privilégions pour rendre compte de l'espace des pratiques de la médecine chinoise en France et des luttes de pouvoir et de définition autour du caractère plus ou moins « traditionnel » ou « moderne » de ces pratiques.

⁶ Technique qui permet de chauffer les points d'acupuncture avec de l'armoise.

⁷ Wang (2013) qui explique les étapes de constitution de l'enseignement et de la standardisation des savoirs en Chine, jusqu'à sa patrimonialisation.

⁸ Par exemple, pendant la période maoïste alors qu'une forme de *qi gong* thérapeutique rattaché à la MTC est promue par le gouvernement chinois, la répression d'autres formes de *qi gong* – celles à visée religieuse ou à visée marchande – entraîne une transnationalisation par des réseaux commerciaux importants et lucratifs (mais non officiels) de « maîtres » qui se recomposent à l'étranger (Micollier, 2004).

⁹ À l'exception du livre dirigé par Pordié et Simon (2013).

¹⁰ À l'exception de Monnais pour la médecine traditionnelle vietnamienne (Monnais, 2002).

¹¹ Comme l'étude de Bégot (2010) financée par l'Inca.

Abbott sur le caractère provisoire et nécessairement toujours renouvelé des configurations de pouvoir dans le maintien des juridictions professionnelles (Abbott, 1988), le présent article vise à rendre compte du processus, ou plutôt des processus, toujours d’actualité, d’intégration des pratiques de la médecine chinoise en France – en tant que pratiques sociales – qui se redéploient et s’unissent, se diversifient et se différencient, dans un système professionnel et un système de santé particulier qui est propre à la métropole française. Abbott définit la juridiction comme une compétence technique réservée, revendiquée et reconnue dans l’espace public, le droit, et sur les lieux de travail, associant ainsi une clientèle, des institutions, et un groupe professionnel (Abbott, 1988)¹².

Tableau n°1 : La médecine chinoise en France : qui déclare pratiquer quoi ?

	Médecins acupuncteurs	Sages-femmes acupuntrices dans leur domaine de compétence	Professionnels de santé (kinésithérapeutes, infirmier(e)s) qui pratiquent la médecine chinoise	Autres praticiens en médecine chinoise ¹³
Acupuncture médicale (pratique réglementée, remboursée par la sécurité sociale et nécessitant une capacité d’État)	X	X		
Acupuncture ou moxibustion traditionnelle ¹⁴	X	X	X	X
MTC (acupuncture ou moxibustion, pharmacopée chinoise, diététique chinoise, massages chinois ¹⁵ , <i>qi gong</i> ¹⁶)	X	X	X	X

¹² L’article se focalise sur les institutions et les groupes professionnels qui constituaient le cœur de l’enquête de terrain même si la clientèle était prise en compte pour mettre en évidence les prises de position des différents acteurs sur le marché de la médecine chinoise en France (Parent, 2017, chapitre 4).

¹³ Parmi ces praticiens nous trouvons des professionnels déjà installés en cabinet (ostéopathes, énergéticiens, esthéticiennes, etc.) qui vont ajouter la pratique de la médecine chinoise à leur prestation, mais aussi des individus en reconversion professionnelle, dont le métier d’origine se trouve en grande majorité dans les professions intermédiaires (métiers de l’informatique, de l’enseignement, du social, etc.) (Parent, 2017, p. 244-245).

¹⁴ L’acupuncteur travaille à l’harmonisation de l’énergie dans les méridiens (réseaux énergétiques) du corps en poncturant (acupuncture) ou en chauffant (moxibustion) certains points d’acupuncture (petites cavités sous la peau).

¹⁵ Les massages *tuina* ou *anmo* (按摩) s’appuient quant à eux à la fois sur l’énergétique et sur des manipulations proches de l’ostéopathie. En France, les médecins et sages-femmes y ont rarement recours, la pratique étant renvoyée à la kinésithérapie.

¹⁶ Le *qi gong* (气功), se traduit littéralement par « le travail de l’énergie », et consiste en des techniques respiratoires visant au contrôle de la pensée et des mouvements corporels afin de travailler les énergies pour les « harmoniser » et entretenir ainsi la « bonne circulation » du *qi* dans le corps. En France, le *qi gong* est fréquemment pratiqué comme activité physique dans le cadre de cours collectifs de *qi gong* et de *tai ji quan* (太极拳), une pratique proche mais plus orientée sur des mouvements d’arts martiaux.

Nous proposons ainsi d'enrichir les approches comparées portant sur les transferts par une étude se focalisant sur un contexte national mais réintégrant les dimensions transnationales et internationales en suivant les professionnels concernés dans leurs démarches de mobilisation autour de la pratique de la médecine chinoise. Plutôt que de l'hybridation de certaines pratiques ou définitions en circulation, la sociologie des groupes professionnels nord-américaine (Abbott, 1988) et française (Demazière, Gadéa, 2009), présente l'intérêt de mettre au cœur de l'analyse les luttes de définition et de délimitation du sujet traité pour rendre compte de l'émergence d'un espace concurrentiel et conflictuel autour des définitions, des contenus de l'activité et de la délimitation du problème traité¹⁷. Nous procéderons donc par séquences (Abbott, 1995) et en observant les luttes juridictionnelles à plusieurs échelles et sur le temps long. Centrer l'analyse sur les professionnels et la manière dont ils définissent et délimitent leur activité permet, d'une part, de réintégrer le rôle des acteurs locaux qui peuvent être amenés à s'internationaliser ou à s'intégrer dans des réseaux transnationaux pour faire avancer leur cause. D'autre part, cela montre comment une pratique, la médecine chinoise, se transforme dans la circulation internationale au gré des rapports de force nationaux, des jeux entre acteurs hétérodoxes et orthodoxes, publics et privés, mais aussi comment ces logiques circulatoires participent, elles aussi, à la production des objets.

Nous rendrons compte de ces jeux d'acteurs en analysant, dans un premier temps, les processus de circulation et d'appropriation de la médecine chinoise par des groupes professionnels mouvants qui redéfinissent au fil du temps leurs frontières et leurs domaines d'intervention. Puis, dans un second temps, nous montrerons que malgré la standardisation des procédures d'évaluation des pratiques et des produits médicaux, le transfert des pratiques de la médecine chinoise en France et leur régulation dépend, ici aussi, largement du contexte national et des luttes juridictionnelles entre les professionnels.

Encadré n°1 : Terrain et méthodologie de l'enquête

Si l'histoire de la réception de l'acupuncture a été documentée par plusieurs thèses sur lesquelles nous nous appuyons dans cet article (Guilloux, 2006 ; Candelise, 2008a), elles ne rendent pas suffisamment compte de la structuration d'associations et d'organismes fédératifs de praticiens n'ayant pas de titre médical en France, dont notre enquête révèle pourtant la présence depuis les années 1960 (Parent, 2017). Notre enquête menée de 2011 à 2017 repose sur un corpus constitué d'une ethnographie des pratiques professionnelles de l'acupuncture et de la médecine chinoise réalisée par des observations directes et participantes (plus de 400 heures) et d'entretiens (66). L'analyse s'appuie sur quelques-uns de ces entretiens réalisés avec les professionnels pour illustrer les luttes juridictionnelles à partir des trajectoires des acteurs. Un travail sur archives complète les données que nous avons pu recueillir sur l'histoire de la réception de l'acupuncture. Nous avons ainsi réalisé une analyse de contenu de rapports d'organismes internationaux, d'articles de revues médicales et des bulletins internes des associations professionnelles et syndicats de professionnels de la médecine chinoise. Nous mobilisons également des archives privées conservées à l'Académie de médecine¹⁸ et des archives numériques du ministère de la Santé.

¹⁷ L'introduction de *Professionnalisation(s) et État* fait le point sur l'apport du croisement entre sociologie des groupes professionnels et science politique dans l'analyse des phénomènes de professionnalisation et des relations de pouvoir (Bajard *et al.*, 2018).

¹⁸ Celles du fonds Hugues Gounelle de Pontanel (1903-2001), médecin spécialiste de l'hygiène et de la nutrition médicale, vice-président de l'Académie de médecine à partir de 1982.

Luttes juridictionnelles et légitimations de la médecine chinoise en France

L'enjeu de la délimitation d'une juridiction par des médecins (généralistes pour la plupart) autour de la pratique de l'acupuncture est de définir un « territoire d'intervention spécifique » (Ollivier, 2012) pour permettre aux médecins acupuncteurs d'exister au sein de leur groupe d'appartenance : la profession médicale. C'est ce rapport à la profession médicale, à la fois en terme de groupe social légitimé et comme mode de régulation – que nous pouvons qualifier, selon l'acception weberienne reprise par Paradeise (1988), de « marché fermé » – qui permet de comprendre pourquoi l'histoire de l'introduction de la médecine chinoise en France s'est construite sans les « non-médecins » et même contre eux. Dans un premier temps nous montrerons que l'organisation des importateurs médicaux français est liée à la structure du champ médical et notamment à la faible légitimité du segment professionnel des médecins généralistes. Cela contribue au cloisonnement de la pratique de l'acupuncture et l'éloigne des modifications que connaît son corpus de savoirs en Chine. Dans un second temps, nous exposerons la reconfiguration des jeux d'acteurs de la médecine chinoise en France en lien avec les processus de visibilisation et de légitimation de pratiques dispensées en dehors du champ médical ou à ses frontières par des praticiens non titulaires du doctorat de médecine français.

L'émergence du compromis institutionnel autour de l'acupuncture médicale (1970-1990)

Les premiers écrits sur la médecine chinoise importés en France sont l'œuvre de missionnaires jésuites et de quelques médecins de la Compagnie hollandaise des Indes orientales. La conception du corps qu'ils découvrent en Chine fait écho à la médecine des humeurs qui prédomine au XVI^e siècle en France. En revanche, pendant le XVIII^e, alors que l'anatomie s'impose comme élément central du corpus de connaissances médicales, la médecine chinoise semble en retard dans sa perception du fonctionnement du corps humain, elle ne retient donc pas l'attention des médecins français (Obringer, 2001). Des conditions plus favorables s'installent dans les années 1930 (Candelise, 2008a). Des médecins homéopathes et thermalistes s'intéressent alors aux textes médicaux importés de Chine par un diplomate français, Georges Soulié de Morant (1878-1955)¹⁹ et mettent en pratique les données qu'ils y trouvent sur l'acupuncture, dans le cadre de consultations dans des hôpitaux parisiens. Mais la délimitation du territoire d'intervention des médecins sur l'acupuncture ne prend la forme de luttes juridictionnelles qu'à partir de 1945 et du cloisonnement du marché médical français (Pinell, 2009). La démarche des médecins acupuncteurs s'appuie alors sur une interprétation juridique extensive du texte de loi sur l'« exercice illégal de la médecine » et nécessite le déploiement de luttes dans l'arène juridique et dans le champ médical pour renforcer ce pré carré. La première étape dans ce cloisonnement de l'exercice de l'acupuncture est marquée par le procès de Soulié de Morant par un de ses élèves, Roger de la Fuyé (1890-1961), docteur en médecine et homéopathe. Ce dernier l'attaque en justice en 1945 par le biais du syndicat de médecins acupuncteurs qu'il vient de créer. Ensuite, les liens

¹⁹ Lorsqu'il a publié cet ouvrage il s'appelait George Soulié de Morant. Dans notre démonstration, nous utilisons l'orthographe de son prénom la plus récente (Candelise, 2008b). La biographie de ce diplomate et notamment le rôle qu'il a pu jouer dans la transmission de savoirs et de pratiques de l'acupuncture en France est soumise à une controverse qui participe aux luttes juridictionnelles puisqu'en 2012 le médecin acupuncteur Johan Nguyen (2012) publie un ouvrage sur le diplomate où il dénonce le « charlatanisme » de la pratique de Georges Soulié de Morant et les incohérences de son parcours.

avec les acteurs non médicaux sont peu à peu effacés et l'acupuncture exercée en France s'autonomise un peu plus des textes rapportés de Chine par Soulié de Morant.

En offrant, dès 1947, un remboursement de l'acte d'acupuncture, le ministère de la Santé français semble avoir été sensible à l'argument des médecins acupuncteurs sur la nécessité de protéger l'acupuncture de la pratique des « charlatans ». Toutefois, l'exercice reste marginalisé dans le champ médical. En dehors d'une courte période où le montant de la cotation de l'acte d'acupuncture dépassait le montant de la consultation au cabinet du médecin généraliste²⁰, le remboursement d'une séance chez un médecin acupuncteur est inférieur à celui chez un généraliste ou un spécialiste. De plus, les railleries des collègues sont fréquentes et les médecins acupuncteurs peinent à se faire représenter dans les instances officielles et à pérenniser leurs formations universitaires, d'autant plus que la plupart de ces médecins sont des généralistes déjà en proie à un long processus d'autonomisation pour faire reconnaître la médecine générale comme véritable spécialité (Bloy, Schweyer, 2010).

Au fur et à mesure des expérimentations cliniques réalisées par les médecins français et de l'introduction de nouvelles sources – qu'elles soient importées de Chine par des médecins ou sinologues, ou d'autres pays d'Asie – des théories d'acupuncture concurrentes émergent. L'opposition entre les partisans de la « tradition »²¹ et les défenseurs de la « modernité »²² est souvent mise en avant pour expliquer ces ruptures et scissions dans la construction d'associations professionnelles représentant les intérêts des médecins acupuncteurs dans les années 1960 (Guilloux, 2008). Notre enquête ethnographique fait néanmoins apparaître que l'opposition traditionalistes/modernistes ne suffit pas à classer les pratiques et démarches des médecins ou praticiens de l'acupuncture, tous pouvant en quelque sorte se revendiquer d'une dimension « moderniste » ou « traditionaliste » en fonction des espaces où ils évoluent (champ académique, champ médical, marché des services). Pour l'illustrer, observons la situation des années 1960-1970 à partir de la trajectoire d'un médecin acupuncteur contemporain mais ayant des positions de pouvoir dans l'organisation médicale de l'acupuncture et qui a commencé à l'exercer dans les années 1970²³. Ce cas nous permet de prendre la mesure de la critique interne au champ médical développée par des médecins acupuncteurs importateurs. Il montre aussi que malgré les conflits théoriques qui opposent ce segment professionnel, les médecins acupuncteurs ont un intérêt à s'unir pour défendre l'exercice d'une forme d'acupuncture qui pourrait être acceptée dans le champ médical.

Comme ses confrères, François Ribat (docteur en médecine)²⁴, qui a soixante-trois ans lors de notre rencontre, évoque la « vocation » comme raison de son orientation vers des études de médecine. Élevé par sa mère (femme au foyer), il présente son père (agent d'assurance) comme « un ancien de la France libre, très marqué par le gaullisme ». Quand François entre en médecine, il connaît déjà la médecine chinoise qu'il dit avoir découvert en troisième, au lycée, en échangeant des lectures avec des camarades de classe sur le Tibet, puis en tombant « par hasard » sur un petit livre d'acupuncture. Les orientations qu'il prendra ensuite dans son parcours scolaire seront influencées par cet intérêt pour les lectures littéraires et philosophiques d'Asie, au point de choisir de suivre en parallèle de sa formation biomédicale un cursus en médecine chinoise dans plusieurs écoles privées en France. Ce

²⁰ En 1982 la première séance d'acupuncture a pour cotation K7, soit un montant supérieur à la cotation du C « consultation au cabinet » (Guilloux, 2006, p. 439).

²¹ Qui exploitent les textes traditionnels en cherchant les meilleures traductions et interprétations de ces écrits dans une forme de réinvention de la tradition (Candelise, 2008b, p. 85).

²² L'objectif est alors d'intégrer les connaissances biomédicales avec les textes anciens sur l'acupuncture, et cela passe principalement par l'expérimentation clinique.

²³ Il a soutenu sa thèse de médecine en 1980.

²⁴ L'enquête est anonymisée.

double cursus alimente chez lui une critique de l'institution médicale, notamment sur la manière d'appréhender le patient et de poser un diagnostic. Ces deux aspects sont au contraire valorisés dans les observations de séances d'acupuncture qu'il a pu faire. Plus tard, il reproduira cette position critique de l'institution et de ses représentants au sein des organismes professionnels de médecins acupuncteurs où il intervient, oscillant entre des postes de très haut rang et des démissions, des mises à l'écart, voire des conflits ouverts avec plusieurs structures représentatives de son segment professionnel. Néanmoins, dans les deux cas, cela reste un discours critique « de l'intérieur » et François Ribat n'aura de cesse de rappeler son appartenance à la profession médicale. Comme lui, pour la plupart des médecins acupuncteurs de France, l'opposition au discours dominant s'illustre plutôt par des petits actes de résistance comme, par exemple, le refus de mettre une plaque mentionnant son utilisation de l'acupuncture : « [...] en fait je voulais pas qu'il y ait des gens qui viennent en disant "tiens un acupuncteur, on va voir quelle tête il a, quelle tête ça a l'acupuncture" »²⁵.

Une critique « extérieure » à l'institution médicale²⁶ se déploie toutefois autour des années 1970 alors que le gouvernement chinois poursuit son institutionnalisation de la MTC pour favoriser son exportation (voir *infra*). À cette époque, la minorité des médecins acupuncteurs ne se reconnaissant pas dans les organismes de représentation de leur segment professionnel – que ce soit en raison du refus de ces derniers de voir des « non-médecins » pratiquer ou bien parce qu'ils estiment les enseignements universitaires de l'acupuncture qui se structurent à cette époque au sein des facultés de médecine trop « biomédicalisés » et éloignés de la théorie médicale chinoise – se regroupent en association avec d'autres membres des professions de santé utilisant une ou plusieurs branches de la médecine chinoise traditionnelle. Au début des années 1980, les praticiens et professionnels de santé formés à l'acupuncture à l'étranger ou dans des écoles privées se réunissent au sein du Syndicat des Acupuncteurs Traditionnels (SAT) afin de faire reconnaître par les pouvoirs publics l'existence d'une pratique de l'acupuncture qu'ils revendiquent comme étant plus « traditionnelle » et qui ne serait pas réservée aux docteurs en médecine. Face à cette concurrence, François Ribat et ses confrères critiquent la dimension mercantile que prend ce marché en construction piloté par les acteurs gouvernementaux chinois. Pour eux, la version standardisée de la médecine chinoise diffusée par ces écoles se serait éloignée de la tradition et des textes anciens (Candelise, 2008b). En 1993, par une action en justice, ils obtiennent la dissolution du SAT²⁷.

Cette victoire des médecins acupuncteurs dans l'arène juridique n'est pas liée à la reconnaissance de la version de la théorie médicale chinoise qu'ils défendent, mais elle est le résultat du compromis institutionnel (Robelet, 1999)²⁸ établi entre ce segment de la profession médicale, les institutions légitimes du champ médical (Ordre des médecins, Académie) et le ministère de la Santé dans les années 1980. À cette époque, Edmond Hervé (ministre de la Santé de mai à juin 1981) promet aux représentants de lancer une commission d'enquête sur l'organisation d'un enseignement universitaire (Candelise, 2008a, p. 233). Cela « [...] concernait la prospection des problèmes posés par toutes les formes de médecine non enseignées dans les facultés de médecine et connues le plus souvent sous le nom de

²⁵ Entretien avec François Ribat le 08/05/2012.

²⁶ Nous entendons par « institution médicale » l'ensemble des institutions représentatives de l'élite de la profession médicale (Pinell, 2005).

²⁷ Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 6 octobre 1993, 90-13.453.

²⁸ Robelet parle de « compromis institutionnel » pour expliquer la manière dont les rhétoriques professionnelles se traduisent dans les politiques publiques.

“médecines naturelles” ou de “médecines douces” »²⁹. En 1985, Georgina Dufoix, alors ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, met en place une « Fondation pour l'évaluation des thérapeutiques alternatives » (1985-1987) (Candelise, 2008a, p. 232). Le document intitulé *Évaluer les médecines différentes. Un défi ?*³⁰ est remis au ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et publié à la Documentation française en 1986 (Guilloux, 2006, p. 492). Il débouche en 1987 sur la création du diplôme interuniversitaire d'acupuncture (DIU) réservé aux docteurs en médecine et, en 1991, sur la constitution d'une commission pour étudier les modalités de reconnaissance de l'exercice³¹. Il faut souligner que l'une des conclusions du rapport consistait à proposer l'intégration des techniques sans les théories qui les entourent : face à l'impossibilité de mesurer les effets du système médical traditionnel chinois dans son ensemble, les protocoles cliniques d'évaluation portent sur une technique, l'acupuncture, dans le cadre d'une seule pathologie à la fois³². Cette quête de reconnaissance du caractère médical de la pratique conduit à la consécration d'une figure du médecin acupuncteur en tension entre la revendication de la spécificité de sa pratique quotidienne – l'acupuncture et la théorie médicale chinoise – et ses intérêts professionnels de médecin (libéral et généraliste majoritairement). Pour reprendre notre exemple, lorsqu'il évoque sa pratique au quotidien, François Ribat ne parle pas uniquement d'acupuncture mais bien de « médecine chinoise » et se réfère à la MTC, telle qu'elle a été institutionnalisée en Chine depuis les années 1940, puis standardisée pour favoriser son exportation dans les années 1970 (voir *infra*). En effet, les pratiques de la plupart des médecins acupuncteurs de France ne se résument pas à l'exercice de l'acupuncture – certains donnent de la pharmacopée chinoise, d'autres proposent des exercices de *qi gong*, de la diététique chinoise, des massages *tuina* – et, quand c'est le cas, ils rattachent majoritairement cette pratique à son cadre de référence chinois – notamment en ce qui concerne l'étiologie des maladies et le diagnostic.

En définitive, le compromis institutionnel formé entre les administrations de santé, les instances de contrôle mises en place par la profession médicale et les médecins acupuncteurs s'illustre par un confinement des pratiques : reconnaissance qui ne porte que sur l'acupuncture, principalement en seconde intention, enseignement uniquement dans le cadre de la formation continue (DIU), faible remboursement de l'acte (Parent, 2017)³³. Cette position a des conséquences négatives sur le recrutement des nouveaux entrants et est à la source d'un débat interne au segment professionnel portant sur l'ouverture³⁴ (aux professionnels de santé, voire aux « non-médecins ») et l'élargissement de la juridiction (à la médecine chinoise). Voyons maintenant comment se positionnent les exportateurs de la médecine chinoise et les importateurs non médicaux dans ces luttes juridictionnelles.

²⁹ Extrait d'un projet de rapport concernant l'enseignement de l'acupuncture et de l'homéopathie dans les facultés de médecine, réalisé par la faculté de Lyon ; archives de la Bibliothèque de l'Académie nationale de Médecine, fonds Gounelle de Pontanel, GdP 1.2.

³⁰ Groupe de réflexion « Médecines différentes » (1986).

³¹ Arrêté du 26 décembre 1991 portant nomination à la commission chargée d'étudier les modalités de reconnaissance de l'exercice et de l'enseignement de l'acupuncture.

³² Alors que la médecine chinoise traditionnelle propose d'étudier le corps dans sa globalité et l'état général de la personne.

³³ Voir l'encadré n°2.

³⁴ La reconnaissance de la pratique des sages-femmes dans leur domaine de compétence et la création d'un diplôme d'acupuncture obstétricale en 2008 est un premier pas vers cette ouverture.

Les processus de légitimation des pratiques de la médecine chinoise aux frontières du champ médical français (à partir des années 1990)

La Confédération Française de Médecine Traditionnelle Chinoise (CFMTC), se forme au début des années 2000 et regroupe trois fédérations de praticiens³⁵, ainsi que la section française de la Fédération pan-européenne des spécialistes de médecine traditionnelle chinoise (PEFCTCM). Cette dernière, créée en 2002, est peu active au sein de la CFMTC malgré son intégration à la confédération en 2005. Elle rassemble des professionnels d'origine chinoise qui soutiennent l'action de la CFMTC sans participer à son travail militant. Les membres de cette fédération ont une influence normative sur les autres membres de la CFMTC, que ce soit à travers leurs interventions pendant les congrès professionnels, la diffusion d'ouvrages et de traductions, ou encore leurs enseignements dans des instituts privés qui accueillent, en Chine ou en France, de futurs praticiens d'origine française. Les praticiens qui se forment dans ces écoles suivent des enseignements en grande partie standardisés par les professionnels et le gouvernement chinois. Ce lien avec les interlocuteurs d'origine chinoise est d'ailleurs défendu et revendiqué. Toutefois, cette influence reste limitée car les membres actifs de la CFMTC doivent avant tout se positionner dans les luttes juridictionnelles françaises, oscillant entre la quête de reconnaissance par le ministère de la Santé et la protection de ses adhérents afin d'éviter les procès pour exercice illégal de la médecine. Leur stratégie de légitimation prend des formes différentes en fonction des espaces qu'ils investissent sur la scène nationale, européenne et internationale.

À l'échelle nationale, l'enjeu est de se positionner face aux médecins acupuncteurs. La défense d'une pratique « traditionnelle » qui s'opposerait à l'exercice biomédical « moderne » du médecin, permet aux praticiens de se protéger des attaques pour exercice illégal de la médecine. En parallèle, leur stratégie de reconnaissance s'adresse directement aux gestionnaires de l'État en démontrant leur rôle préventif et donc économiquement viable. Sur le premier aspect, par exemple, en 2011, les organisateurs du congrès annuel de la CFMTC avaient invité un praticien d'origine chinoise membre de la PEFCTCM à présenter la nouvelle « nomenclature normative de médecine traditionnelle chinoise », qui recense l'ensemble des expressions et termes fondamentaux de la médecine chinoise dans les deux langues, français et chinois³⁶. Suite à cette présentation, l'utilisation de l'expression « médecine traditionnelle chinoise » au profit de « médecine chinoise » a été discutée entre les praticiens. Alors que les professionnels de la PEFCTCM défendaient l'utilisation du terme *zhongyi* 中医 (traduit par « médecine chinoise »), les membres de la CFMTC ont souhaité conserver leur revendication d'un statut de « praticien en médecine traditionnelle chinoise », une expression qui les positionne plus explicitement dans le prolongement d'une médecine diffusée par le gouvernement chinois et qui serait incomparable avec l'acupuncture exercée par les médecins acupuncteurs français.

Sur le second aspect, c'est-à-dire la mobilisation de l'argument économique auprès des pouvoirs publics, la CFMTC a présenté en 2013 un « Référentiel Professionnel, manuel Qualité », qui expose les critères d'agrément du « praticien en médecine traditionnelle

³⁵ L'Union Française des Professionnels de Médecine Traditionnelle Chinoise (UFPMTC, créée en 1997), la Fédération Nationale de Médecine Traditionnelle Chinoise (FNMTTC, créée en 1998), et le Syndicat Indépendant des Acupuncteurs Traditionnels et des Thérapeutes en Énergétique Chinoise (SIATTEC, créé en 1987 sous la forme d'une association professionnelle). Ces trois structures sont majoritairement composées de praticiens non titulaires du diplôme de docteur en médecine.

³⁶ Cette nomenclature est mise à jour tous les cinq ans et est également discutée avec des médecins acupuncteurs.

chinoise ». L'orientation générale du manuel, qui suit les recommandations ISO 9001³⁷, est résolument économique et s'aligne sur les normes gestionnaires qui se diffusent dans les agences sanitaires. Le *Manuel* vise à convaincre le ministère de la Santé des gains possibles en termes de « politique de maîtrise des dépenses de santé »³⁸. Pour cela, le principal argument avancé est celui de l'absence de demande de remboursement par la Sécurité sociale. Pour encadrer les formations, le *Manuel qualité* s'appuie à la fois sur un idéal de régulation selon le modèle québécois et sur les transformations de la régulation des pratiques professionnelles autour du nouveau management public qui touchent plusieurs pays européens³⁹. La CFMTC transpose et adapte ainsi plusieurs instruments d'évaluation – comme le polygramme de la compétence clinique de l'acupuncteur – mis en place par l'Ordre des acupuncteurs du Québec (créé en 1995). Ce dernier est pris comme modèle car il est composé de professionnels de la médecine chinoise de toutes origines professionnelles qui encadrent et contrôlent les pratiques et les formations des « non médecins » mais aussi des médecins⁴⁰. Le référentiel professionnel s'inspire aussi des choix de régulation opérés par d'autres pays européens comme la Suisse ou l'Allemagne. Sur ce dernier point, les praticiens peuvent s'appuyer sur les conclusions du Centre d'Analyse Stratégique, organisme rattaché au cabinet du Premier ministre, dont les membres ont proposé en 2012 une note portant sur l'« engouement pour les médecines non conventionnelles »⁴¹. Un système de labellisation des écoles et de qualification des praticiens sur le modèle de ce qui se fait dans d'autres pays d'Europe y est évoqué comme choix de régulation possible pour ces pratiques. Depuis les années 1990, les instances européennes se sont d'ailleurs positionnées sur le sujet en pointant la nécessité d'une reconnaissance des pratiques « non-conventionnelles »⁴² et plus particulièrement l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture. L'acupuncture étant considérée comme un acte médical en France, les acteurs gouvernementaux français (et plus particulièrement le ministère de la Santé) ne semblent pas vouloir prendre part à ce débat, cantonnant ainsi les pratiques de la médecine chinoise à l'exercice de l'acupuncture médicale. Les échanges sur les instruments de régulation des pratiques et des enseignements de la médecine chinoise se font donc à l'échelle des professionnels. Pour cela, les membres de la CFMTC se sont rapprochés de l'*European Traditional Chinese Medicine Association* (ETCMA), organisme membre de l'*European Federation of Complementary and Alternative Medicine*, qui est un rassemblement de praticiens constitué en groupe de pression actif à Bruxelles. Le but de cette fédération est de valoriser la place de la MTC en Europe, d'homogénéiser ses enseignements, mais aussi de défendre les démarches de reconnaissance et de réglementation des praticiens dans les différents pays d'Europe.

Sur la scène internationale, la distribution des rapports de force ne suit pas les mêmes normes professionnelles. Des regroupements avec des praticiens « non médecins » d'autres pays permettent aux « praticiens en médecine traditionnelle chinoise » de France de gagner en visibilité dans des instances où les médecins acupuncteurs français ont conquis une position stratégique dans la définition des normes professionnelles, notamment grâce à l'action de la Société Internationale d'Acupuncture (Candelise, 2008a, p. 180-197). Pour

³⁷ Mises en place pour les entreprises (Cochoy *et al.*, 1998).

³⁸ CFMTC, *Référentiel Professionnel Manuel Qualité*, V1.1, 2012, 176 pages, p. 9.

³⁹ La littérature sur le sujet est abondante, mais nous en trouvons une bonne synthèse, ainsi que des pistes de travail intéressantes qui ont guidé ce travail dans le dossier thématique n°53 de la revue *Sociologie du travail* (Bezes *et al.*, 2011).

⁴⁰ CFMTC, *Référentiel Professionnel Manuel Qualité*, *op.cit.*, p. 33, p. 65, et p. 74-75.

⁴¹ Voir la note du centre d'analyse stratégique de M. Reynaudi, « Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? », octobre 2012.

⁴² Parlement européen, *Le statut des médecines non conventionnelles*, 1997 ; Conseil de l'Europe, *Une approche européenne des médecines non conventionnelles*, 1999.

comprendre ce qui se joue à cette échelle, gardons en tête le fait que les initiatives du gouvernement chinois pour encadrer la MTC suivent plusieurs orientations : il s'agit de standardiser les pratiques et le corpus de connaissance, de se positionner dans les organisations internationales comme le principal interlocuteur légitime, et de maintenir une influence commerciale (pharmacopée chinoise, fournitures de matériel d'acupuncture). Sur ce dernier point, l'enjeu pour les acteurs gouvernementaux chinois d'une reconnaissance plus large de la MTC en France est d'ouvrir le marché de la vente de plantes de la pharmacopée chinoise. À cette fin, en 2007, un protocole de coopération sino-français sur la médecine chinoise est signé. La coalition d'acteurs impliqués du côté français est principalement composée d'acteurs marchands réunis autour du projet de Philippe Douste-Blazy (ministre des Affaires étrangères) d'accroître les échanges entre les industries chimiques et pharmaceutiques des deux pays. En revanche, du côté chinois, le principal signataire est le ministre de la Santé, Gao Qiang. Le comité de pilotage du projet est coprésidé par François Guinot, un industriel qui a dirigé plusieurs industries chimiques et qui est alors président honoraire de l'Académie des technologies. C'est Wang Guoqiang, vice-ministre de la Commission nationale pour la santé et le planning familial, directeur de la *State Administration of Traditional Chinese Medicine*, qui assure la coordination en Chine. Le fait qu'aucun représentant du ministère de la Santé français ne soit présent illustre le caractère commercial de cette initiative de coopération bilatérale. En France, la marchandisation des pratiques de soin peut s'appuyer sur un ensemble de transformations qui touchent le secteur de la santé et notamment le développement des politiques publiques de prévention axées sur les comportements prévoyants en matière de santé (Parent, 2017, p. 138-211). Ce discours sur la prévention en matière de santé est véhiculé par un certain nombre d'organisations internationales au cœur desquelles se trouve l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2002, cet organisme lance un rapport intitulé : « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 »⁴³. Ce dernier souligne le rôle de régulateur que doivent tenir les acteurs gouvernementaux dans la diffusion de la médecine traditionnelle. Les propositions de l'OMS, si elles ne se traduisent pas par la mise en place d'institutions spécifiques en France, participent à la légitimation auprès des pouvoirs publics français des démarches des sociétés savantes d'acupuncture. Or, l'influence des acteurs gouvernementaux chinois auprès de l'OMS sur le sujet de la médecine chinoise est importante. *The World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies* (WFAS) est une organisation académique créée en 1987 par des médecins d'origine chinoise et activement soutenue ensuite par le gouvernement chinois. En 1998, elle est déclarée comme ONG et reconnue par l'OMS auprès de laquelle elle joue un rôle consultatif. Aujourd'hui basée à Pékin, la WFAS est composée de 146 sociétés membres, provenant de 50 pays, son objectif est de promouvoir la coopération entre les groupes de praticiens en acupuncture et moxibustion par des échanges académiques, par le développement des sciences médicales de l'acupuncture et de la moxibustion et leur insertion dans les systèmes de santé. La WFAS sert également de référence pour le Conseil européen, notamment en 1990 lorsque ce dernier souhaite harmoniser les programmes d'enseignement en acupuncture et moxibustion (Candelise, 2008a, p. 286-287). Or, en 2016, le co-directeur de la WFAS est un médecin acupuncteur français, alors que la présence de la CFMTC dans cet espace de discussion est beaucoup plus récente et s'appuie sur les liens avec les réseaux professionnels chinois, notamment ceux de la PEFCTCM. Ces croisements entre les médecins acupuncteurs et les autres praticiens en médecine chinoise à l'international montrent à la fois le poids qu'ont pu prendre les médecins français dans la circulation internationale d'une forme d'acupuncture hybride, mais cela témoigne aussi de l'importance

⁴³ Organisation Mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Bibliothèque de l'OMS, 2002, 74 pages.

du contexte et de l'échelle d'analyse, dans l'étude des concurrences et alliances entre les professionnels.

Encadré n°2 : Quelques éléments de cadrage socio-économique du marché de la médecine chinoise en France

Si nous ajoutons aux « acupuncteurs » les « médecins à la fois homéopathes et acupuncteurs », nous obtenons un total de 5 066 médecins exerçant l'acupuncture en France en 2011⁴⁴. En 2016, les séances d'acupuncture enregistrées sous le code QZRB001 (base de remboursement 18 euros) représentent 0,99 % des actes techniques médicaux de la CCAM remboursés chaque année par l'ensemble des régimes d'assurance maladie en France entière⁴⁵. Le montant total remboursé pour ce même code ne représente que 0,33 % du montant global de remboursement de l'ensemble des actes techniques médicaux. Tous les médecins acupuncteurs rencontrés sont en ascension sociale par rapport à leurs parents issus des catégories intermédiaires de la population. Ils évoquent tous un rapport non passionné à leurs études médicales et, pour beaucoup, un attrait pour la littérature et le théâtre.

Du côté des praticiens qui exercent sans titre médical, le syndicat des médecins acupuncteurs français estime qu'ils seraient entre 4 000 et 6 000 à exercer en 2011⁴⁶. Les organisations catégorielles qui regroupent des praticiens « non médecins » estiment quant à elles, le nombre de praticiens qualifiés⁴⁷, entre 2 500 et 3 000 ce qui, contrairement à ce qu'avancent les médecins acupuncteurs, ne les placeraient pas forcément dans un rapport de force numérique. Malgré la diversité de cette population, la sociographie de ces acteurs permet toutefois de trouver certaines caractéristiques communes qui les situent plutôt du côté des catégories socioprofessionnelles intermédiaires et supérieures de la population, et du côté du pôle culturel (Parent, 2017, chapitre 2).

Le marché de production du matériel de soin (aiguilles et autres instruments de médecine chinoise) est un « marché de niches »⁴⁸ où quelques grosses entreprises chinoises concentrent de plus en plus la production des aiguilles d'acupuncture en absorbant les petites entreprises. En France, une seule entreprise de conception et de distribution vient concurrencer les produits importés de Chine. Implantée à Lyon SEDATELEC, réalise en 2012 un chiffre d'affaires de 2 329 100€ et exporte environ 75 % de sa production en Europe et dans le monde.

La Chine connaît également une forte augmentation de la production de médicaments traditionnels au sein de son industrie pharmaceutique (ces derniers

⁴⁴ Sicart, 2011 ; p. 15. Plus récemment – depuis la reconnaissance du diplôme d'acupuncture obstétricale de 2014 –, les sages-femmes peuvent exercer dans leur domaine de compétence mais aucune statistique ne permet à ce jour un recensement exhaustif de cet exercice qui ne donne pas lieu à une cotation spécifique. À titre indicatif l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs (AFSFA) présente un annuaire en ligne qui recense, en 2016, 158 sages-femmes qui pratiquent l'acupuncture. Au 1^{er} janvier 2017, elles sont 356 inscrites dans les diplômes universitaires d'acupuncture de France.

⁴⁵ Données brutes disponibles sur le portail ameli.fr, rubrique « statistiques et publications ».

⁴⁶ Ce chiffre prend en compte tous les praticiens qui ne sont pas membres des professions médicales françaises.

⁴⁷ C'est-à-dire ayant passé un des diplômes proposés par les fédérations de praticiens.

⁴⁸ Entretien avec Michel Lanvin, directeur d'une entreprise de vente par correspondance d'aiguilles et de produits d'acupuncture, le 14/02/2013.

représentent 38,5 % du marché pharmaceutique en Chine en 2014, soit une hausse de 15 % par an depuis 2001)⁴⁹. En France, la pharmacopée chinoise est toutefois peu utilisée par les médecins acupuncteurs qui préfèrent en général lui substituer un traitement en homéopathie ou en phytothérapie française, notamment en raison du manque d'informations sur la provenance et l'encadrement des plantes, « la traçabilité du produit », et par l'absence de réglementation en France. Le nouveau Code de la santé publique (alinéa 5) fixe les contours du monopole pharmaceutique. Ainsi, toutes les plantes qui ne sont pas concernées sont considérées comme des « compléments alimentaires ». Les réticences des professionnels, à la fois juridiques et éthiques semblent aussi concerner les industriels français qui voient dans le commerce de la pharmacopée une prise de risque trop grande. En revanche, les praticiens en médecine chinoise sans titre médical, moins contrôlés que les médecins dans leur pratique, renvoient souvent leur clientèle vers les principales entreprises qui fournissent la pharmacopée en France et qui sont basées en Andorre et au Luxembourg.

En partant de l'analyse des processus de légitimation des importateurs médicaux français et des difficultés que ces derniers ont pu rencontrer, notamment face à l'émergence d'une catégorie d'acteurs non diplômés de médecine en France qui revendiquent la pratique de la médecine chinoise, nous avons non seulement montré le poids des enjeux professionnels nationaux dans les processus d'intégration de savoirs thérapeutiques chinois, mais aussi les effets de l'influence commerciale et normative des acteurs gouvernementaux et professionnels chinois sur la scène internationale. Nous avons également mis en évidence la manière dont les acteurs « non médicaux » puisent dans les outils de régulation européens et internationaux pour asseoir leurs démarches de légitimation et encadrer leur exercice professionnel. Ainsi, loin d'avoir une traduction unique d'une médecine traditionnelle importée de Chine, celle-ci revêt une grammaire différente en fonction des acteurs qui s'en saisissent et de leur appartenance professionnelle. Mais nous pouvons nous interroger sur le poids de ces luttes juridictionnelles dans un contexte de biomédicalisation et d'imposition des standards de la médecine des preuves⁵⁰ comme dispositif d'évaluation transnational (Marks, 1999).

La médecine chinoise face à la médecine des preuves

Dans les années 2000, le président Hu Jintao présente un nouveau plan d'action où la médecine des preuves est au centre de la stratégie d'encadrement et de diffusion de la MTC. Ce processus de biomédicalisation entamé en Chine dès les années 1960 s'illustre par un recours croissant aux essais cliniques portant sur les effets de remèdes de la pharmacopée chinoise ou de séances d'acupuncture pour une affection donnée (Micollier, 2011, p. 42). Avec l'imposition de l'*Evidence Based Medicine* (ou médecine des preuves) dans les procédures d'évaluation des pratiques de santé conventionnelles et non conventionnelles à l'échelle internationale, le transfert de pratiques et de produits de santé répondant à des

⁴⁹ Voir le site de l'ambassade de France en Chine et notamment l'article sur « La réforme du système de santé en Chine » [<http://www.ambafrance-cn.org/La-reforme-du-systeme-de-sante-en-Chine>] (consulté le 05/05/2016).

⁵⁰ La médecine des preuves est un système de mesure qui s'appuie sur la construction scientifique de la preuve, sur un modèle biomathématique pour quantifier les phénomènes observés et sur le contrôle des résultats par un écart significatif et mesurable entre le groupe ayant reçu le traitement et le groupe « test ».

normes transnationales de scientificité peut paraître facilité. Toutefois, nous montrerons dans cette partie que l'évaluation des pratiques d'acupuncture et de médecine chinoise selon l'*Evidence Based Medicine* est elle aussi en proie aux jeux d'acteurs locaux et aux rapports de force internes et externes au champ médical français (Bergeron, Castel, 2015).

Les initiatives des organisations de médecins acupuncteurs pour relégitimer leur position dans le champ médical avec la médecine des preuves

Deux fenêtres d'opportunité pour le développement des évaluations en acupuncture et en médecine chinoise peuvent être dégagées, mais elles ne sont pas toujours en faveur des médecins acupuncteurs (dont on rappelle qu'ils sont majoritairement généralistes et libéraux). Premièrement, les réformes hospitalières donnent un cadre nouveau pour l'introduction des thérapeutiques non orthodoxes, notamment avec le développement de programmes de soins de support, l'introduction de « protocoles de coopération entre professionnels de santé » – dans le cadre de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » HPST 2009 – et la souplesse du financement dans les hôpitaux permettant de ne pas rémunérer à l'acte. Deuxièmement, certains domaines sont plus favorables que d'autres à l'introduction de pratiques non conventionnelles, faute de traitements conventionnels efficaces ou parce qu'ils apportent des solutions intéressantes pour limiter les effets secondaires des médicaments. C'est le cas par exemple en oncologie. Des financements conséquents peuvent alors se présenter mais ils ne sont pas forcément accessibles aux médecins généralistes acupuncteurs en raison de leur exercice en libéral et du caractère pluridisciplinaire des recherches financées. Par exemple, un financement dans le cadre d'un appel d'offre de l'Institut National du Cancer a été décroché par un praticien en médecine chinoise d'origine française formé dans les universités chinoises, possédant un doctorat français en histoire mais pas en médecine. L'objectif était de mesurer la place de la médecine chinoise dans l'offre et la demande de soins en France et plus particulièrement en oncologie. Ce financement a suscité de vives réactions de la part du segment professionnel des médecins acupuncteurs de France, qui s'est indigné de voir un financement public se déplacer vers un praticien « non médecin ». Ce basculement de la question de l'acupuncture vers les sciences humaines et sociales explique en partie l'importance qu'accordent aujourd'hui les organisations catégorielles de médecins acupuncteurs à l'évaluation scientifique médicale de l'acupuncture en vue de son maintien dans le champ médical.

Dans ce contexte concurrentiel, les essais cliniques se sont donc progressivement imposés comme un registre incontournable de légitimation de l'ensemble des organisations professionnelles de médecins acupuncteurs auprès des écologies étatique et professionnelle (Abbott, 2005). Preuve à l'appui, ces organismes tentent de valider, par une démarche dominante et légitime au sein du champ médical, la démarche scientifique, l'efficacité de l'acupuncture dans certaines affections. Au sein des associations professionnelles, certains médecins acupuncteurs (dont Fabien Laborde⁵¹ que nous présenterons plus loin) se chargent du regroupement d'études et de la mise en place de bases de données, mais aussi de la question de l'évaluation des pratiques médicales en acupuncture à travers des commissions consacrées à la conduite de protocoles de recherches européens, de critères d'expérimentations en acupuncture, ou encore à des réflexions sur le placebo. Par exemple,

⁵¹ Anonymisé.

une commission a été créée au sein de la FAFORMEC⁵² et vise à « auto-former » ses membres à l'analyse critique d'articles scientifiques sur l'acupuncture, tout en mettant en place une veille bibliographique sur la littérature internationale. L'apport de la preuve scientifique est ainsi une démarche jugée nécessaire ne serait-ce que pour communiquer avec les membres du champ médical. Le premier essai contrôlé randomisé sur l'acupuncture a été publié en 1973 (Nguyen, Goret, 2002). Jusqu'aux années 2000, un tiers des essais identifiés par les organisations professionnelles de médecins acupuncteurs français viennent de Chine – la plupart du temps ils sont publiés dans des revues chinoises – (Nguyen, Goret, 2002), ce qui constitue une raison supplémentaire pour les médecins acupuncteurs de s'engager dans ces évaluations afin de participer aux luttes définitionnelles qui se déploient à une échelle transnationale. Néanmoins, les médecins acupuncteurs soulignent les limites de cette méthode en raison de ses incohérences avec la théorie médicale chinoise traditionnelle (notamment la prise en charge globale des corps) et donc en raison de leurs pratiques réelles de travail qui, nous l'avons vu, ne se limitent ni aux protocoles éprouvés par les essais cliniques, ni à un usage symptomatique et standardisé de l'acte d'acupuncture pour les affections reconnues⁵³.

Afin de convaincre les organismes officiels comme la Haute Autorité de Santé et l'Académie de médecine, les associations professionnelles de médecins acupuncteurs mènent une réflexion, parfois concurrente, sur les critères d'évaluation et le rapprochement des deux systèmes médicaux. Selon ces médecins acupuncteurs, évaluer l'acupuncture par la médecine des preuves nécessite de penser les contradictions de la démarche d'évaluation en elle-même. Le débat porte sur le travail des normes à mettre en place pour atteindre un niveau de contrôle et donc de preuve équivalent à celui des essais médicamenteux. Selon Fabien Laborde⁵⁴, médecin acupuncteur, le principal problème de ces études cliniques vient de la mesure de l'effet placebo. Par exemple, les médecins acupuncteurs ont développé, avec l'aide des fabricants d'aiguilles, un petit tuteur⁵⁵ avec une membrane solide qui empêche l'aiguille de piquer au moment de la poncture. Ainsi, un groupe de patients peut recevoir les soins en acupuncture – le personnel soignant pique les patients à l'aide du petit tuteur et l'aiguille transperce la membrane souple pour s'insérer dans la peau –, et l'autre groupe « test » reçoit le même soin – les mêmes gestes – mais l'aiguille reste dans le tuteur. Si cette solution permet de contrôler l'évaluation de l'efficacité, elle présente plusieurs limites qui concernent, d'une part, l'effet placebo et, d'autre part, le financement de ces recherches. L'effet placebo correspond aux modifications mesurables sur les membres du groupe « test » alors même qu'aucune substance médicamenteuse ou qu'aucun acte spécifique n'a été effectué. Mais il existe une controverse au sein de la communauté scientifique portant sur cet effet placebo : pour certains chercheurs, le placebo a un effet thérapeutique qui peut être prouvé et mesuré⁵⁶. Ainsi, selon Fabien Laborde, la différence avec l'effet placebo constaté pour certains médicaments est fondée sur la difficulté renforcée à démontrer l'écart de résultat avec le groupe « test ». Pour lui, ce problème pourrait être résolu par des études de plus grande

⁵² Fédération des Acupuncteurs pour leur FORMation Médicale Continue. Il s'agit d'un regroupement d'associations de formations en acupuncture.

⁵³ La liste de ces affections est donnée dans la description de l'acte QZR001 de la nomenclature CCAM : « Indication : traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte : nausées et vomissements en alternative thérapeutique, antalgique en association à d'autres traitements, syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale, aide au sevrage alcoolique et tabagique ».

⁵⁴ Fabien coordonne un diplôme inter-universitaire d'acupuncture. Il vient d'une famille d'imprimeurs de père en fils mais il a rompu avec la tradition familiale pour être médecin. Il découvre l'acupuncture lors de son service militaire au Maroc où il rencontre un médecin généraliste acupuncteur (entretien du 28/10/2011).

⁵⁵ Petit tube en plastique dans lequel se trouve l'aiguille. Certains praticiens en acupuncture utilisent ce tuteur pour poncturer afin de rendre plus facile et rapide l'insertion de l'aiguille.

⁵⁶ Vital Durand (2010) fait un état des lieux de cette controverse.

ampleur et l'enjeu central serait donc plutôt lié au coût de leur mise en place et à l'accès aux espaces cliniques légitimes. En effet, peu de financements permettent aujourd'hui en France de mettre en place ce type d'étude de grande ampleur ce qui explique que les essais soient principalement effectués en Chine où les budgets alloués sont importants. C'est notamment pour pallier ce manque que le Centre intégré de médecine traditionnelle chinoise (CIMTC) a été créé au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) mais les médecins acupuncteurs de France sont peu représentés dans ce projet porté par des acteurs de la médecine conventionnelle en France et des professionnels de la MTC d'origine chinoise.

L'évaluation de la MTC dans les espaces cliniques légitimes : le cas du processus bilatéral de création du Centre intégré de médecine traditionnelle chinoise de l'AP-HP

Dès le milieu des années 1980 s'ouvrent, à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), des espaces de négociation entre des économistes, des gestionnaires et des scientifiques (Belorgey, 2010). Ces réformes créent les conditions financières permettant de mettre en place des procédures d'évaluation autour d'instruments gestionnaires. C'est dans ce cadre qu'est créé, dès la fin des années 1990, le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). L'AP-HP rejoint, en 2010, le comité de pilotage du protocole de coopération sino-français de 2007 sur la MTC et inscrit la problématique des médecines non conventionnelles dans son plan stratégique de 2010-2014. L'enveloppe financière débloquée par cet accord bilatéral offre une opportunité économique pour développer la recherche clinique dans le domaine de la MTC. Un appel à projet interne à l'AP-HP et dédié aux médecines non conventionnelles est lancé en 2012 (sur le fonds du PHRC). Cette démarche met en lumière la présence de pratiques non conventionnelles remboursées à l'hôpital, obligeant le ministère de la Santé à se saisir de la question. Les membres du bureau « Qualité des pratiques et recherches biomédicales » invitent la direction de l'AP-HP à rendre des comptes sur les pratiques existantes. Un comité est constitué et rédige un rapport « non exhaustif » qui permet de dégager les principales techniques non conventionnelles déjà utilisées par le personnel hospitalier et dont il faudrait évaluer l'efficacité : les traitements psychocorporels (hypnose, relaxation, toucher thérapeutique), les traitements physiques manuels (ostéopathie), les traitements issus de la MTC (acupuncture)⁵⁷.

Dans ce contexte, le Centre intégré de médecine traditionnelle chinoise (CIMTC) est créé en 2013 et a pour principal but d'évaluer des pratiques cliniques rattachées aux différentes composantes de la MTC. Porté par des médecins néphrologues réputés, ce projet s'appuie sur le soutien d'une élite médicale (notamment des professeurs praticiens hospitaliers) et sur l'expertise de praticiens d'origine chinoise. Ainsi, Gao Dang⁵⁸, médecin de médecine chinoise en Chine, a été recruté comme ingénieur de recherche sur le projet de création du CIMTC. Ses deux parents étaient salariés agricoles mais son grand-père et son oncle pratiquaient la médecine conventionnelle. Il suit un cursus de formation à la MTC en Chine et devient médecin de MTC après huit années d'études, les cinq premières dans un cursus d'acupuncture et *tuina*, et les trois suivantes en médecine générale en pharmacopée chinoise⁵⁹. Il bénéficie ensuite d'un financement pour un échange avec la France et est repéré par des chercheurs de l'INSERM qui lui proposent de faire une thèse de sciences en biologie

⁵⁷ Rapport Fagon, Viens-Bitker Catherine (2012).

⁵⁸ Anonymisé.

⁵⁹ En Chine, la faculté de MTC est divisée en trois cursus : la faculté de médecine clinique de médecine chinoise, la faculté de clinique en acupuncture et massages et la faculté de pharmacie. Les première et deuxième années sont en commun pour l'apprentissage des diagnostics, de la théorie et des principales pharmacopées.

moléculaire et cellulaire à Paris 5. Il est en post-doctorat lorsqu'on l'invite à participer au projet de l'AP-HP.

Le centre s'appuie sur l'expertise des membres de la PEFCTCM dont Gao Dang est proche, pour proposer des formations à la recherche en MTC et une expertise méthodologique sur les essais cliniques à disposition des membres de l'AP-HP souhaitant mettre en place des protocoles d'évaluation. Ainsi, en dehors des médecins acupuncteurs, dont l'apport de la preuve constitue un enjeu catégoriel, la question de l'ajustement des techniques d'évaluation scientifiques à la spécificité de l'acupuncture interroge des membres des professions médicales qui ne pratiquent pas la médecine chinoise :

« C'est très compliqué l'évaluation. La manière d'évaluer pénalise la médecine chinoise donc peut-être qu'on se plantera. Au niveau de l'évaluation on a des difficultés méthodologiques, car déjà à la base on n'est pas sur le même paradigme, en Chine on pense santé, ici on pense maladie. Le paradigme n'est pas le même. Comment avec des approches différentes on peut trouver quelque chose qui leur conviennent à Nankin⁶⁰ ? Ça c'est ce qu'on fait, ce n'est pas évident »⁶¹.

L'évaluation scientifique soulève donc des difficultés similaires à celles que nous avons soulignées dans les démarches des médecins acupuncteurs, mais il est intéressant de noter ici le renversement de perspective : la question n'est plus de trouver des manières de se rattacher aux standards européens mais de savoir comment s'adapter aux critères d'évaluation chinois. Ainsi, la démarche de légitimation et l'apport de la preuve ne se construisent pas de la même manière entre les organismes professionnels de médecins acupuncteurs qui mettent en place des essais cliniques pour montrer l'efficacité de l'acupuncture dans certaines affections, et les démarches de praticiens hospitaliers non spécialisés en acupuncture, qui cherchent à répondre à des exigences scientifiques qui transcenderaient les standards des deux médecines afin d'en créer de nouveaux, plus adaptés, mais tout aussi exigeants scientifiquement, pour atteindre le niveau de preuve le plus élevé.

Un autre aspect à souligner ici, c'est que les préoccupations du centre ne portent pas uniquement sur l'acupuncture mais sur la MTC. Ses membres proposent, dès sa mise en place, de réaliser des essais cliniques dans le domaine du *shiatsu*⁶² et du *qi gong*, ainsi que sur une plante de la pharmacopée chinoise. Une pharmacienne de l'AP-HP d'origine chinoise est chargée, pour l'étude pharmacologique sur la plante chinoise, de mettre en relation les néphrologues de l'AP-HP avec des « groupes d'étude de la pharmacopée » du CHU de Nankin, du CHU de Canton, et du CHU de Shanghai⁶³. La recherche porte sur un produit déjà

⁶⁰ Le partenariat mis en place dans le cadre du protocole de coopération avec la Chine fait intervenir un hôpital de Nankin, une ville proche de Shanghai.

⁶¹ Entretien du 27/03/2013 avec Sophie Lefevre (anonymisée), 40 ans, de parents instituteurs. Elle est praticienne hospitalière au service néphrologie à l'AP-HP et ne pratique pas la médecine chinoise. Elle s'y intéresse toutefois pour soulager ses patients, c'est pourquoi elle a fait intervenir plusieurs fois un praticien de *shiatsu* dans son service et a voulu s'investir dans le projet de création du CIMTC.

⁶² Alors que les organisations professionnelles et les démarches de reconnaissance des praticiens de *shiatsu* sont indépendantes de celles des praticiens en médecine chinoise, celui-ci apparaît dans la mise en place du CIMTC en raison de son rattachement au corpus de connaissance de la médecine chinoise, mais surtout à cause de l'intervention d'un praticien dans le service de néphrologie qui encadre le projet.

⁶³ C'est d'ailleurs, à notre connaissance, la première fois que la France participe à un essai clinique en médecine chinoise portant sur une plante et non sur un acte d'acupuncture. Cette exception est possible uniquement dans le cadre spécifique de cet accord de coopération. Ainsi, les protocoles de recherche se déroulent en Chine à défaut d'avoir les autorisations pour les réaliser en France.

commercialisé en Chine depuis quinze ans, qui permet d'avoir des résultats intéressants dans le domaine de la néphrologie. Ce choix est contraint par les critères d'évaluation français en pharmacologie, puisque ces derniers nécessitent une première sélection de la plante afin de pouvoir ensuite la tester dans le cadre d'essais cliniques. Or, cette étape est impossible à mettre en place avec une prescription de pharmacopée en médecine chinoise traditionnelle : comment extraire des formules de la plante que l'on souhaite étudier alors que dans sa prescription le médecin réalise une sélection précise d'un ensemble de substances qu'il assemble pour faire un remède adapté à chaque patient ? En revanche, en partant d'une plante sélectionnée pour ses caractéristiques précises, celle-ci peut être évaluée et contrôlée – notamment par le contrôle des lieux d'approvisionnement – avec pour objectif de « la mettre en circuit pharmaceutique sécurisé »⁶⁴.

Que ce soit pour les pratiques d'acupuncture ou pour l'évaluation de plantes de la médecine chinoise, l'apport de la preuve scientifique donne lieu à un travail autour de la construction des normes scientifiques applicables aux spécificités du raisonnement traditionnel chinois tout en correspondant aux attentes de l'évaluation gestionnaire et scientifique. En effet, la ligne politique défendue par le plan stratégique consiste à systématiser l'évaluation des répercussions économiques des actes dispensés dans les hôpitaux. C'est le cas par exemple pour l'essai clinique en acupuncture portant sur les douleurs lombaires et pelviennes des femmes enceintes (projet « Grossesse et Acupuncture : étude Médico Économique – GAME » de 2012) où l'équipe de l'AP-HP engagée sur le projet a réalisé un examen approfondi des coûts et des avantages en termes d'économies de santé publique, en prenant notamment en compte les arrêts de travail.

Le cas du CIMTC met donc en évidence comment se créent, au sein d'une institution hospitalo-universitaire prestigieuse, les conditions d'une reconnaissance plus large que le compromis institutionnel déjà mis en place autour de l'acupuncture. Mais cette reconnaissance reste ici aussi limitée. Si la création de ce centre a permis de mettre en place des coopérations scientifiques entre le centre hospitalier et des hôpitaux chinois, le plan stratégique 2015-2019 ne reconduit pas la priorité donnée à l'évaluation des médecines non conventionnelles. Nos entretiens auprès de membres du CIMTC en 2014 montrent que l'intérêt exprimé par l'administration des hôpitaux à l'ouverture du centre a été freiné par des négociations internes à l'AP-HP entre plusieurs syndicats professionnels voyant d'un mauvais œil le départ d'une partie des fonds de la recherche pour « cautionner » des pratiques qu'ils jugent illégitimes. Ainsi, lorsque nous retournons interroger des membres du CIMTC à l'AP-HP en 2014, soit un an après nos premiers entretiens, les acteurs qui nous reçoivent sont plus méfiants à notre égard. En effet, une de nos interlocutrices refuse l'enregistrement de l'entretien en raison de la tournure politique qu'a pris le dossier. Selon elle, le projet du CIMTC avait été impulsé par des personnalités puissantes et impliquées personnellement, mais la volonté politique se serait écroulée avec le remplacement à la direction générale de l'AP-HP de Mireille Faugère, une économiste,⁶⁵ par Martin Hirsch⁶⁶, neurobiologiste. Cette transformation des équilibres internes perturbe la réception de la cause « médecine chinoise »

⁶⁴ Entretien avec Sarah Liang (anonymisé), pharmacienne à l'AP-HP, le 24/11/2014 (non enregistré à la demande de l'enquêtrice). L'agence du médicament apparaît donc en filigrane de ces démarches sans pour autant qu'une réflexion coordonnée ne soit engagée au sein de la structure.

⁶⁵ Diplômée d'HEC elle a passé trente ans à la direction de la SNCF (en tant que directrice de gare, puis directrice générale). À son arrivée à la direction de l'AP-HP, celle-ci était entourée du professeur Jean-Yves Fagon, directeur de la politique médicale, qui avait impulsé et co-dirigé la rédaction du rapport sur les médecines complémentaires.

⁶⁶ M. Hirsch a notamment été haut-commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté dans le gouvernement Fillon. À l'AP-HP il a été directeur de la pharmacie centrale. Il est également président d'Emmaüs France.

au sein des hôpitaux publics. Cela montre que les avancées de l'institutionnalisation de la médecine chinoise en France sont le fait de démarches individuelles et ponctuelles, plus que d'une réelle inscription pérenne à l'agenda gouvernemental.

Plutôt que l'étude de l'hybridation du corpus de connaissances en lui-même, nous nous sommes intéressés dans cet article à la manière dont circulent des instruments et des pratiques, d'un pays à l'autre, et les effets que cela peut avoir sur le cadre de la pratique, sa représentation et sa légitimation à l'échelle nationale. La médecine chinoise importée en France est le fruit d'un processus de professionnalisation et d'institutionnalisation en Chine pour proposer une forme standardisée et exportable de pratiques et de connaissances soumises, depuis les années 2000, aux enjeux de l'évaluation par la médecine des preuves. Mais les initiatives du gouvernement chinois pour normaliser la MTC et l'identifier à la Chine ne permettent pas de résumer l'ensemble des jeux d'acteurs existants : les possibilités d'importation, et les formes et modalités de celles-ci sont déterminées en grande partie par les jeux d'acteurs du pays importateur.

Cet article démontre que malgré l'influence normative (par la production d'essais contrôlés randomisés (ECR), la mise en place d'une nomenclature des termes chinois, etc.) et commerciale (par les partenariats commerciaux, les exportations de produits, etc.) des professionnels et des acteurs gouvernementaux chinois sur la traduction de la médecine chinoise en France, les organisations professionnelles françaises se répartissent et s'organisent bien autour d'enjeux nationaux (titre de docteur en médecine, accès aux espaces cliniques légitimes). La focale mise sur les luttes juridictionnelles place au cœur de l'analyse les enjeux de définition et de retraduction par différents segments professionnels en concurrence, restituant les enjeux professionnels et scientifiques de l'introduction de pratiques médicales importées en France. Cette approche a rendu possible le dépassement de l'analyse binaire entre une intégration biomédicale et « moderniste » qui serait le fruit des médecins acupuncteurs d'origine française d'un côté, et, d'un autre côté, une intégration littéraire et « traditionaliste » en dehors du champ médical, par des acteurs « non médicaux » ou d'origine chinoise. Aussi, se côtoient dans le milieu médical français une forme biomédicalisée d'acupuncture, une réinvention de l'acupuncture traditionnelle, et des pratiques plus proches de la médecine chinoise traditionnelle telle qu'elle est pratiquée en Chine. Cette dernière est également réappropriée par des praticiens issus d'origines professionnelles variées, beaucoup plus prompts à respecter les normes et les standards internationaux de la MTC largement influencés par le gouvernement chinois. Enfin, une dernière catégorie d'acteurs – les médecins hospitaliers – tente d'adapter les procédures d'évaluation les plus légitimes de l'*Evidence based-medicine* aux produits et pratiques proposés par la médecine chinoise. Ce cadre d'analyse a ainsi permis de montrer que la distribution des rapports de force à l'échelle nationale ne s'efface pas lorsqu'il s'agit d'importer des techniques ou doctrines médicales « autres », mais s'impose au contraire avec force dans la délimitation des formes et contours de la pratique et de ses praticiens.

Le cas de l'étude de l'intégration de la médecine chinoise en France permet donc de montrer comment s'incarnent, dans des trajectoires individuelles, les dynamiques de luttes professionnelles en France, démontrant l'intérêt de combiner la sociologie des groupes professionnels à d'autres approches sociologiques pour traiter des *policy transfer studies* (Dumoulin, Saurugger, 2010).

Fanny PARENT

Bibliographie

ABBOTT, A. (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago (Ill.), The University of Chicago Press.

ABBOTT, A. (1995), « Sequence Analysis: New Methods for Old Ideas », *Annual Review of Sociology*, 21, p. 93-113.

ABBOTT, A. (2005), « Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Profession », *Sociological Theory*, 23 (3), p. 245-274.

BAJARD, F., CRUNEL, B., FRAU, C., NICOLAS, F., PARENT, F. (dir.) (2018), *Professionnalisation(s) et État. Une sociologie politique des professions*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

BÉGOT, A.-C. (2010), *Médecines parallèles et cancer. Une étude sociologique*, Paris, L'Harmattan.

BELORGEY, N. (2010), *L'Hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.

BERGERON, H., CASTEL, P. (2015), « Normalité, normalisation et normation », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 4, p. 7-16.

BEZES, P., DEMAZIÈRE, D., LE BIANIC, T., PARADEISE, C., NORMAND, R., BENAMOUZIG, D., PIERRU, F., EVETTS, J. (2011), « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53 (3), p. 293-348.

BLOY, G., SCHWEYER, F.-X. (dir.) (2010), *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.

BOUSSARD V., DEMAZIÈRE, D., MILBURN, P. (dir.) (2010), *L'Injonction au professionnalisme*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

CANDELISE, L. (2008a), *La médecine chinoise dans la pratique médicale en France et en Italie, de 1930 à nos jours : représentations, réception, tentatives d'intégration*, Thèse de doctorat en histoire et civilisations, École des Hautes Études en Sciences Sociales / Università degli studi di Milano-Bicocca.

CANDELISE, L. (2008b), « Construction, acculturation et diffusion de l'«acupuncture traditionaliste française» au XX^e siècle », *Documents pour l'histoire des techniques*, 16, p. 76-88.

CANDELISE L. (2013), « Patrimonialisation des savoirs médicaux : vers une reconfiguration des ressources thérapeutiques », *Anthropologie & Santé*, 6.

CLAVIER, C. (2010), « Bottom-up Policy Convergence. A Sociology of the Reception of Policy Transfer in Public Health Policies in Europe », *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12 (5), p. 451-466.

CLAVIER, C. (2013), « Les causes locales de la convergence. La réception des transferts transnationaux en santé publique », *Gouvernement et action publique*, 3 (3), p. 395-413.

- COCHOY, F., GAREL, J.-P., (DE) TERSSAC, G. (1998), « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, 39 (4), p. 673-699.
- DEMAZIÈRE, D., GADÉA, C. (2009), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, la Découverte.
- DEZALAY, Y., GARTH, B.G. (eds) (2002), *Global Prescription: The Production, Exportation, and Importation of a New Legal Orthodoxy*, Ann Arbor (Mich.), The University of Michigan Press.
- DILHUYDY, J.-M. (2003), « L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni refuser », *Bulletin Cancer*, 90 (7), p. 623-628.
- DUMOULIN, L., SAURUGGER, S. (2010), « Les policy transfer studies : analyse critique et perspectives », *Critique internationale*, 48, p. 9-24.
- FAGON J.-Y. VIENS-BITKER C. (2012), *Médecine complémentaires à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*, AP-HP, Paris, Rapport du Comité d'Orientation en matière de Médecines Complémentaires.
- GROUPE DE RÉFLEXION « MÉDECINES DIFFÉRENTES » (1986), *Évaluer les médecines différentes : un défi ?*, Rapport au ministre des Affaires sociales et de la solidarité nationale et au secrétaire d'État chargé de la Santé, Paris, La Documentation française.
- GUILLOUX, R. (2006), *De l'exotique au politique : la réception de l'acupuncture Extrême-Orientale dans les systèmes de santé français (XVII^e-XX^e siècles)*, Thèse de doctorat en science politique, Université Lumière Lyon 2.
- GUILLOUX, R. (2008), « Médecine traditionnelle chinoise, médecine moderne occidentale : genèse d'un conflit (1810-1970) », dans DUFOURT, D., MICHEL, J. (dir.), *La vie politique de la science*, Lyon, L'interdisciplinaire, 2008, p. 99-111.
- HARRISON, S., MORAN, M., WOOD, B. (2002). « Policy Emergence and Policy Convergence: The Case of "Scientific-Bureaucratic Medicine" in the United States and United Kingdom », *The British Journal of Politics and International Relations*, 4 (1), p. 1-24.
- HASSENTEUFEL, P. (2005), « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale : les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 55 (1), p. 113-132.
- HASSENTEUFEL, P., MAILLARD, J. (DE) (2013). « Convergence, transferts et traduction : Les apports de la comparaison transnationale », *Gouvernement et action publique*, 3, (3), p. 377-393.
- HSU, E. (2001), *Innovation in Chinese Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HSU, E. (2007), « La médecine chinoise traditionnelle en République populaire de Chine : d'une "tradition inventée" à une "modernité alternative" », dans CHENG, A. (dir.), *La Pensée en Chine aujourd'hui*, Paris, Gallimard, p. 214-238.
- MARKS, H. (1999), *La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques : 1900-1990*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- MICOLLIER, É. (2004), « Le qigong chinois », *Journal des anthropologues*, 98-99, p. 107-146.

- MICOLLIER, É. (2011), « Un savoir thérapeutique hybride et mobile », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 (1), p. 41-70.
- MONNAIS, L. (2002), « Paradoxes d'une médicalisation coloniale. La professionnalisation du "médecin indochinois" au XX^e siècle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, p. 36-43.
- MORANDINI, C. (2010), *La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie*, Thèse d'exercice en médecine, Université Grenoble 1.
- NGUYEN, J. (2012), *La Réception de l'acupuncture en France. Une biographie revisitée de George Soulié de Morant (1878-1955)*, Paris, L'Harmattan.
- NGUYEN, J., GORET, O. (2003). « Les essais contrôlés randomisés (ECR) en acupuncture » [http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Evaluation-de-l-acupuncture/emc2.pdf].
- OBRINGER, F. (2001), « Savez-vous tâter le pouls à la mode des Chinois ? L'introduction de la médecine chinoise en France », dans UNSCHULD P. U. (dir.), *Médecines chinoises*, Montpellier, Éditions Indigènes, p. 120-131.
- OLLIVIER, C. (2012), « Division du travail et concurrences sur le marché de l'architecture d'intérieur », *Revue française de sociologie*, 53 (2), p. 225-258.
- PALMER, D. A. (2005), *La Fièvre du qigong : guérison, religion et politique en Chine, 1949-1999*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- PARADEISE, C. (1988), « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et Sociétés*, 20 (2), p. 9-21.
- PARENT, F. (2014), « "Seuls les médecins se piquent d'acupuncture" ? », *Terrains & travaux*, 2 (25), p. 21-38.
- PARENT, F. (2017), *Gouverner le bien être. Travail des normes et mobilisations autour des pratiques professionnelles de la médecine chinoise en France*, Thèse de doctorat en science politique, Sciences-Po Toulouse.
- PINELL, P. (2005), « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1-2 (156-157), p. 4-36.
- PINELL, P. (2009), « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50 (2), p. 315-349.
- PORDIÉ, L. (2011), « Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5 (1), p. 3-12.
- PORDIÉ, L., SIMON, E. (dir.) (2013), *Les nouveaux guérisseurs : biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- ROBELET, M. (1999), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, 12 (46), p. 71-97.
- SAKOYAN J., MUSSO, S., MULOT, S. (2011), « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie & santé*, 3, <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/819> [consulté le 15 mars 2018].
- SCHEID, V. (2002), *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*, Durham, Duke University Press.

SCHRAUB, S. (2007), *Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962-2006*, Thèse d'exercice en médecine, Université Marc Bloch.

SICART D. (2011), Document de travail « Les médecins au 1^{er} janvier 2011 », *Statistiques nationales de la DRESS*, n° 157, p. 15.

STEINMO, S., THELEN, K., LONGSTRETH, F. (eds.) (1992), *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.

TAYLOR, K. (2004), « Divergent Interests and Cultivated Misunderstandings: The Influence of the West on Modern Chinese Medicine », *Social History of Medicine*, 17 (1), p. 93-111.

VITAL DURAND, D. (2010), « Peut-on parler scientifiquement du placebo ? », dans DUMET, N., ROUSSET, H. (dir.), *Soigner ou guérir ?* Toulouse, Érès, p. 9-111.

WANG L. (2013), *La Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel. Son application en droits français et chinois*, Paris, L'Harmattan.

