

Table des matières

I. INTRODUCTION	3
II. MATERIEL & METHODE	5
A. METHODE	5
1. <i>Type d'étude</i>	5
2. <i>Création du guide d'entretien</i>	6
a. Contenu du guide d'entretien	6
b. Test du guide d'entretien	7
c. Evolution du guide d'entretien	7
3. <i>Constitution de l'échantillon de population à interroger</i>	7
a. Sélection et recrutement	7
b. Critères d'inclusion	9
c. Critères d'exclusion	9
4. <i>Recueil des données et journal de bord</i>	9
5. <i>Réalisation des entretiens</i>	10
6. <i>Retranscription et analyse des entretiens</i>	10
7. <i>Aspects éthiques et réglementaires</i>	11
a. Réglementation	11
b. Conflit d'intérêts	11
c. Archivage des données	11
B. MATERIEL	12
III. RESULTATS.....	12
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE ET DES ENTRETIENS	12
1. <i>Description de l'échantillon de population étudiée</i>	12
2. <i>Description des entretiens</i>	14
B. ANALYSE DE CONTENU	15
1. <i>Définitions</i>	15
a. La pratique des coupeurs de feu	15
(1) Absence de définition universelle	15
(2) La capacité à « couper le feu »	15
(3) Les compétences attendues d'un coupeur de feu	16
(4) Profession et rapport à l'argent	17
(5) L'intervention du coupeur de feu en pratique	17
a) <i>Description par des propos rapportés</i>	17
b) <i>La temporalité</i>	17
c) <i>Le lieu d'intervention</i>	18
d) <i>L'action physique du coupeur de feu</i>	18
b. Les effets secondaires en radiothérapie	19
2. <i>Point de vue des médecins sur le rapport triangulaire : médecin – patient – coupeur de feu</i>	20
a. Point de vue des médecins sur le rapport : médecin – coupeur de feu	20
(1) Contexte de la rencontre	20
(2) Carnet d'adresses du médecin	21
(3) Pseudo-médicalisation de la pratique	21
b. Point de vue des médecins sur le rapport : médecin – patient	22
(1) Le sujet des coupeurs de feu en consultation	22
a) <i>Approche du sujet par les patients</i>	22
b) <i>Approche du sujet par le médecin ou l'équipe médicale</i>	23
(2) Les différentes postures adoptées par les médecins	24
a) <i>Refus franc et mépris</i>	24
b) <i>Indifférence</i>	25
c) <i>Ecoute bienveillante</i>	25
d) <i>Paternalisme</i>	26

e)	<i>Acceptation</i>	27
f)	<i>Le cas particulier des médecins-coupeurs de feu</i>	28
(3)	Impact de la discussion au sujet des coupeurs de feu.....	29
3.	<i>Ressenti des médecins sur la contribution de cette « thérapeutique »</i>	29
a.	Indications et bénéfices attendus.....	29
b.	Les motifs de recours aux coupeurs de feu.....	31
(1)	Les représentations populaires de la radiothérapie et les traditions.....	31
(2)	Des profils de patients spécifiques.....	31
(3)	Un phénomène « à la mode ».....	32
(4)	Optimiser ses chances de guérison.....	33
(5)	Le besoin d'une approche différente.....	33
(6)	Les déficiences de la médecine conventionnelle.....	33
c.	Les risques éventuels du recours aux coupeurs de feu.....	35
(1)	Le déni de tout risque.....	35
(2)	L'absence de transparence et la manipulation.....	36
(3)	Le risque financier.....	36
(4)	Le risque d'interférence avec la médecine conventionnelle.....	37
4.	<i>La nécessité d'un cadre et de recherches scientifiques</i>	38
a.	Encadrement de la pratique des coupeurs de feu.....	38
(1)	Normer la pratique.....	38
(2)	Répertorier les coupeurs de feu.....	39
(3)	Créer du lien avec les médecins.....	39
(4)	Intégrer les coupeurs de feu au parcours de soins en radiothérapie.....	39
b.	Nécessité de recherches scientifiques.....	40
(1)	La demande des médecins face à une littérature scientifique pauvre.....	40
(2)	L'avis des médecins éloigné de l'EBM : déductions à partir d'observations cliniques.....	40
(3)	L'obligation de moyens.....	41
c.	Facteurs limitant la réalisation d'études.....	42
IV.	DISCUSSION	43
A.	DISCUSSION DE LA METHODE.....	43
1.	<i>Equipe de recherche et de réflexion</i>	43
a.	Caractéristiques personnelles.....	43
b.	Relations avec les participants.....	43
2.	<i>Conception de l'étude</i>	44
a.	Cadre théorique.....	44
b.	Sélection des participants.....	45
c.	Contexte.....	46
d.	Recueil des données.....	46
3.	<i>Analyse et Résultats</i>	47
B.	DISCUSSION DES RESULTATS : ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE.....	47
V.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
VI.	ANNEXES	61
VII.	LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	65
VIII.	SERMENT D'HIPPOCRATE	

I. INTRODUCTION

La médecine conventionnelle actuelle se base sur les preuves scientifiques, c'est *l'Evidence Based Medicine (EBM)*. Malgré l'absence de preuves de leur efficacité, les « coupeurs de feu » sont sollicités en contexte de radiothérapie. Ces derniers sont supposés soulager la douleur due aux brûlures et améliorer la cicatrisation. Les « coupeurs de feu » portent différents noms : « barreaux de feu », « leveurs de maux », « panseurs de secrets » (1), (2). Parmi ces termes équivalents, le terme de « coupeur de feu » a été choisi pour ce travail de recherche et sera le seul terme utilisé pour les désigner.

En amont de ce travail de recherche, un état de l'art de la pratique des coupeurs de feu dans le soin, a été mené en juillet 2019. Dans un premier temps, de nombreux centres de traitement des brûlés ont été contactés, et ils apparaissaient être beaucoup moins confrontés à la question des coupeurs de feu que ce qui était attendu par l'investigatrice, pour différentes raisons (notamment le contexte aigu d'urgence autour du grand brûlé avec mesures réanimatoires précoces, qui ne laisse pas la place à l'intervention d'un coupeur de feu). Dans un deuxième temps, 31 centres de radiothérapie répartis sur le territoire français ont été contactés par téléphone (Toulouse, Marseille, Lyon, Aix-en-Provence, Nice, Bordeaux, Lille, Nantes, Rennes, Strasbourg, Paris, Annecy, Grenoble, Avignon, Toulon, Plérin...). Les centres des grandes métropoles ont été contactés, ainsi que ceux des plus petites villes adjacentes, afin d'avoir une idée globale des pratiques. La sollicitation des coupeurs de feu en contexte de radiothérapie s'est ainsi avérée : sur les 31 centres de radiothérapie contactés, 15 confiaient avoir des contacts de coupeurs de feu, et cela concernait les villes de toutes tailles. Sur les 15 centres ayant des contacts de coupeurs de feu, 10 rapportaient avoir une liste essentiellement tenue par les secrétaires médicales, élaborée *via* les retours des patients. L'étude s'est donc focalisée sur le contexte de la radiothérapie.

La deuxième étape de l'état des connaissances sur cette pratique, a consisté à interroger les bases de données reconnues (exemple : PubMed), permettant de trouver des mots-clés. En effet, il n'existe pas de terme unique pour désigner cette

pratique dans la littérature internationale, les termes MeSH ainsi retrouvés étaient : « burn healers » « biofield healers » « distant healers » « healing touch » « therapeutic touch ».

Peu d'études explorent précisément l'intervention des coupeurs de feu dans le soin en France. Notre recherche bibliographique a cependant mis en évidence deux travaux traitant de ce sujet. Nicolas Perret s'est intéressé à la place des coupeurs de feu dans la prise en charge des brûlures, hors radiothérapie (2). Cette étude était centrée sur le département de la Haute-Savoie, interrogeant des patients et des coupeurs de feu, ainsi que des soignants de services d'urgences et des médecins généralistes. Ce travail concluait que le recours aux coupeurs de feu était une pratique populaire encore bien vivante en 2007 dans ce département, dont les patients étaient fortement satisfaits. La collaboration entre médecine universitaire et thérapeutiques non conventionnelles était importante. L'intérêt de l'institutionnalisation de la pratique des coupeurs de feu était discuté, et cette étude explorait les déterminants de la relation humaine thérapeutique.

Dix ans plus tard, une équipe de recherche de l'Institut de Cancérologie de la Loire-Lucien Neuwirth a réalisé une étude rétrospective traitant le recours aux coupeurs de feu en contexte de radiothérapie (3). Ce travail révélait que la majorité des patients traités par radiothérapie consultait un coupeur de feu. L'impact de cette pratique était bénéfique sur la tolérance subjective des patients, sans que des preuves objectives de cette amélioration n'aient pu être rapportées.

En effet, malgré le progrès des soins de support, les traitements anti-cancéreux restent associés à des niveaux importants d'effets secondaires, limitant la qualité de vie des patients (4). Ainsi, parallèlement au développement de l'*Evidence-Based Medicine*, les patients atteints de cancer utilisent de plus en plus les Médecines Complémentaires et Alternatives (3,5). Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA), terme retenu par l'OMS, sont définies comme regroupant « des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle (médecine occidentale, médecine allopathique) » (6–8). La pratique des coupeurs de feu, utilisée en contexte de soin, fait donc partie des MCA. Plus précisément, selon le NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), les

coupeurs de feu sont classés dans une sous-catégorie de thérapies énergétiques, appelées les thérapies du « biofield » (9). Ce sont des thérapies non invasives dans lesquelles le praticien travaille avec le « biofield » du patient (c'est-à-dire avec un champ d'énergie qui entourerait tous les systèmes vivants) pour stimuler sa réponse de guérison (10).

En contexte de radiothérapie, les patients utilisent fréquemment les MCA, mais n'en parlent pas nécessairement à leur médecin (11). En effet, la posture adoptée par le médecin au sujet des MCA influence la communication avec le patient (12), et l'information qu'il délivre au patient joue un rôle dans le recours de ce dernier aux MCA (13,14).

L'objectif de cette étude est de recueillir les points de vue et retours d'expérience des médecins, afin d'expliquer le recours à la pratique des coupeurs de feu de nos jours après radiothérapie, à l'heure de l'*Evidence Based Medicine*.

II. MATERIEL & METHODE

A. METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative, menée *via* des entretiens individuels semi-dirigés.

Cette étude se base sur le concept méthodologique qualitatif de phénoménologie, concept permettant de comprendre l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure », et ainsi de s'intéresser au décalage pouvant exister entre référentiels et pratiques médicales.

2. CREATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

a. Contenu du guide d'entretien

Un guide d'entretien (en annexe N°1) a été élaboré en guise de support au déroulement des entrevues. Ce guide se déroulait en trois temps :

Premièrement, le sujet de l'étude était introduit et les modalités pratiques de l'entretien expliquées.

Deuxièmement, un court questionnaire quantitatif était posé, afin de caractériser l'échantillon de la population interrogée. La personne était caractérisée par sa spécialité médicale (médecin généraliste ou onco-radiothérapeute), son sexe, sa tranche d'âge, sa structure et ville d'exercice, et sa capacité personnelle éventuelle à « couper le feu ». Cette dernière question sur la capacité personnelle à « couper le feu » était systématiquement posée en début d'entretien, afin de ne pas ignorer une forme de conflit d'intérêt entre la personne interrogée et le sujet de l'étude.

Un tableau récapitulatif des principales caractéristiques des médecins participants à ce travail a été intégré dans la partie « Résultats » (Tableau 1).

Enfin, la troisième partie du guide se composait d'une trame de questions ouvertes, basées sur différents thèmes, lesquels ont été choisis d'après les données de la littérature. Quatre thèmes ont été retenus pour l'élaboration du guide d'entretien : la définition et représentation de ce qu'est un coupeur de feu, les enjeux de l'approche de cette question en consultation, les motifs du recours à un coupeur de feu, et le vécu personnel du médecin à ce sujet ainsi que les axes d'amélioration envisagés. Dans un premier temps, les compétences attendues chez un coupeur de feu étaient abordées, ainsi que les connaissances du médecin sur les modalités de l'intervention en pratique. Dans un deuxième temps, l'approche de cette question en consultation étaient discutée, car au vu de la littérature il était important d'évoquer l'aspect relationnel et l'influence de cette question sur le rapport médecin-malade. Puis les motifs du recours à cette pratique étaient explorés, ainsi que son rapport avec la médecine conventionnelle. Dans un dernier temps les médecins interrogés

pouvaient exprimer leur vécu et leur ressenti personnel vis-à-vis de l'impact de cette pratique, et ainsi proposer des axes d'amélioration concernant le recours aux coupeurs de feu après radiothérapie.

b. Test du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé préalablement auprès d'un médecin répondant aux critères d'inclusion de l'étude, afin de garantir au mieux sa pertinence et l'intelligibilité des questions posées. Cet entretien test n'a pas été retranscrit ni inclus dans les résultats de l'étude.

c. Evolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien était identique pour chaque personne interrogée et n'a pas évolué au cours de l'étude. Cependant, certaines questions supplémentaires spécifiques ont été posées aux médecins déclarant avoir une capacité à « couper le feu », en plus de la trame de questions identique aux autres participants. Deux interrogations sont apparues :

- *Comment êtes-vous devenu coupeur de feu ?*
- *Comment associez ou séparez-vous vos deux activités ?*

L'ordre des questions était souple, l'investigatrice s'adaptant aux thématiques spontanément évoquées par la personne interrogée, afin de privilégier la fluidité et la spontanéité de l'entretien.

3. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON DE POPULATION A INTERROGER

a. Sélection et recrutement

Le choix de la population à étudier s'est porté sur les médecins généralistes et les oncologues-radiothérapeutes, ayant déjà évoqué la question des coupeurs de feu

en contexte de radiothérapie avec leurs patients. En effet, les praticiens de ces deux spécialités étaient les plus susceptibles d'être confrontés à cette problématique : les médecins généralistes, en première ligne des soins primaires et coordonnateurs de la prise en charge autour du patient ; et les onco-radiothérapeutes, spécialistes de la prise en charge par radiothérapie.

S'agissant du recrutement de la population, l'échantillon a été élaboré en « recherche de variation maximale ». C'est-à-dire que le but était de faire émerger les divergences d'opinions et de vécu au sein de la population cible au sujet de la question de recherche, et non à être représentatif de la population générale (15). Le recrutement a essentiellement été fait par « effet boule-de-neige » (16). Si cette méthode a fonctionné pour les médecins généralistes, elle n'a pas été concluante pour les onco-radiothérapeutes. Les médecins généralistes ont donc été sélectionnés à partir de personnes qui ont indiqué d'autres personnes susceptibles de rentrer dans les critères d'inclusion de l'étude (3 personnes), ainsi que via un réseau social (2 personnes). Concernant les onco-radiothérapeutes, les personnes indiquées par les interviewés n'ont pas répondu ou n'étaient pas intéressées pour participer à l'étude. Ainsi, les onco-radiothérapeutes ont été sélectionnés en rappelant les centres de radiothérapie joints lors de l'exploration préalable (5 personnes), en favorisant néanmoins la variation maximale des caractéristiques de ces derniers.

Les caractéristiques choisies pour la « recherche de variation maximale » de l'échantillon de population étaient :

- Le sexe : féminin ou masculin
- La tranche d'âge : inférieure ou supérieure à 45 ans. Cette limite a été choisie car elle correspond au milieu de carrière pour un médecin, traduisant ainsi grossièrement les années d'expérience professionnelle.
- La structure d'exercice : pour les médecins généralistes, le critère choisi était le nombre d'habitants de la ville d'exercice inférieur ou supérieur à 50 000 habitants, qui correspond d'après l'INSEE à la limite définie entre une ville petite à moyenne et une grande ville (17) ; pour les onco-radiothérapeutes, le critère choisi était l'exercice en centre hospitalo-universitaire ou en centre hospitalier plus périphérique.

- Le département géographique d'exercice

La première prise de contact était faite par téléphone, par mail, ou via les réseaux sociaux, en vue de proposer la participation à l'étude et de vérifier la présence des critères d'inclusion. Après accord pour participation, une fiche d'information et de consentement était envoyée par mail (en annexe N°2) précisant l'intérêt de l'étude, le déroulé de celle-ci, l'utilisation des données verbales, l'anonymisation des entretiens et les droits des interviewés.

Au total, l'échantillon de population initial était composé de 12 médecins aux caractéristiques variées et répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

b. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants à l'étude étaient d'être médecin généraliste ou onco-radiothérapeute et d'avoir déjà évoqué en consultation avec ses patients la pratique des coupeurs de feu en contexte de radiothérapie.

c. Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion était le fait de ne pas maîtriser la langue française, ce qui aurait pu être un obstacle à la bonne compréhension des questions.

4. RECUEIL DES DONNEES ET JOURNAL DE BORD

Les entretiens ont été effectués de janvier à avril 2021. Le premier entretien était l'entretien test susmentionné. Le recueil des données s'est arrêté lorsque deux entretiens successifs n'amenaient plus d'informations complémentaires, c'est-à-dire lorsque la saturation des données a été atteinte au 8^e entretien, pour un total de 10 entretiens effectués.

Par ailleurs, l'investigatrice tenait un journal de bord tout au long de l'étude sur lequel elle prenait des notes au cours des entretiens, notamment sur les thèmes abordés et les éventuelles questions de relance. L'objectif était de laisser l'interviewé aller jusqu'au bout de son raisonnement sans interruption et le faire développer des points précis dans un second temps. A la fin de chaque entretien elle notait ses impressions générales.

5. REALISATION DES ENTRETIENS

L'investigatrice qui a mené les entretiens était Manon MIRABEL, médecin généraliste remplaçante. L'investigatrice était la même pour chaque entretien. Durant les entretiens, elle adoptait une attitude d'écoute active (16) et notait les éventuelles données non verbales lorsque c'était possible. Au vu du contexte de l'épidémie de SARS-COV 2 et des différentes mesures sanitaires et restrictions de transport qui en ont découlé, la majorité des entretiens s'est déroulée par téléphone pour assurer la sécurité de tous. Un entretien a pu être réalisé par visioconférence, et un autre en présentiel (où les conditions de sécurités sanitaires étaient respectées).

Les médecins ont été interrogés sans ordre prédéfini, selon les contraintes et disponibilités de l'enquêtrice et des participants.

6. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été retranscrits et analysés au fur et à mesure, dans l'ordre du recueil des données. La retranscription de chaque entretien a été faite mot à mot sous la forme d'un français parlé avec respect de la ponctuation et des tics verbaux, dans un fichier Word anonymisé et notifié « entretien n°X ».

Chaque verbatim a été analysé manuellement par l'enquêtrice, en trois temps :

- En premier lieu, une lecture flottante de type intuitive permettait de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien ;

- Dans un deuxième temps, une lecture plus attentive de chaque entretien laissait place au découpage du verbatim en unités de sens « décontextualisées », et ainsi à la réalisation d'une première thématisation ;
- Enfin, une troisième lecture permettait de classer chaque unités de sens dans les différents thèmes et sous-thèmes mis en évidence au cours des différents entretiens.

Chaque entretien à été relu à plusieurs reprises au cours de l'étude, afin d'avoir une analyse la plus exhaustive possible. Aucun logiciel de codage n'a été utilisé.

7. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

a. Réglementation

L'étude a été conduite selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (18). Ce projet de recherche s'effectuant hors loi Jardé (19), aucune demande au Comité de Protection des Personnes n'a été nécessaire. Les formalités réglementaires en matière de recherche en santé ont été consultées, notamment sur le site de la CNIL (20). Aucune déclaration à la CNIL n'a été faite car aucune donnée nominative n'a été conservée.

b. Conflit d'intérêts

L'auteur de ce travail déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

c. Archivage des données

Aucune donnée nominative ou brute ne sera conservée à l'issue de ce travail par l'auteur.

Tous les fichiers audios ont été détruits dès leur retranscription anonymisée.

B. MATERIEL

Les entretiens ont été enregistrés sur le dictaphone de l'investigatrice après accord des participants. Ils ont été anonymisés et retranscrits sur le logiciel Microsoft® Word, sauvegardés dans un dossier sécurisé par mot de passe, sur un ordinateur détenu par l'investigatrice.

Le logiciel Zotero® a été utilisé pour organiser les références bibliographiques.

III. RESULTATS

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE ET DES ENTRETIENS

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE POPULATION ETUDIEE

L'échantillon se composait de dix médecins, cinq médecins généralistes et cinq onco-radiothérapeutes. Ils étaient âgés de 30 à 66 ans, répartis de la manière suivante : deux médecins généralistes et deux onco-radiothérapeutes étaient âgés de moins de 45 ans, et trois médecins généralistes et trois onco-radiothérapeutes étaient âgés de plus de 45 ans. L'âge médian des participants était de 49.5 ans, et l'âge moyen était de 48 ans. Concernant la structure d'exercice des onco-radiothérapeutes, trois exerçaient en Centres Hospitalo-Universitaires (villes > 150 000 habitants) et deux en Centres Hospitaliers plus périphériques (villes < 65 000 habitants). Concernant la structure d'exercice des médecins généralistes, deux exerçaient dans une ville de plus de 50 000 habitants (grandes villes), et trois exerçaient dans une ville de moins de 50 000 habitants (un dans un village comptant moins de 2000 habitants, et deux dans des petites villes). Les départements géographiques d'exercice de tous les médecins interrogés étaient différents, sauf pour deux médecins généralistes. Il y avait au total 9 départements : Isère (38), Hautes-Alpes (05), Bouches-du-Rhône (13), Vaucluse (84), Aveyron (12), Tarn (81),

Haute-Garonne (31), Calvados (14) et Hauts-de-Seine (92). Sur l'ensemble des médecins interrogés, il y avait six femmes et quatre hommes, soit respectivement 60% de femmes et 40% d'hommes.

Il est important de noter que l'inclusion dans l'étude d'un médecin généraliste déclarant avoir personnellement la capacité de « couper le feu » a déséquilibré la répartition initiale en termes de sexe et de département d'exercice. Cependant, l'enquêtrice a jugé que l'intérêt d'interroger une personne à la fois médecin et coupeur de feu dépassait cette considération méthodologique, signalée ici en toute transparence. Ainsi, dans l'échantillon de population initialement constitué avant le début des entretiens, seul ce médecin avait déclaré avoir la capacité de « couper le feu ». Au fur et à mesure des entretiens, la question systématique « *êtes-vous vous-même coupeur de feu ?* » en début d'entretien à tous les participants a permis de mettre en lumière un autre médecin qui a confié avoir cette capacité. En somme, deux médecins interrogés dans cette étude confiaient avoir la capacité à « couper le feu ».

Tableau 1 : Principales caractéristiques des participants

Médecin	Spécialité médicale	Sexe	Tranche d'âge	Structure d'exercice	Département d'exercice
E1	Onco-RT	F	> 45 ans	CHU	Département 1
E2	MG	F	> 45 ans	Nbe hab > 50 000	Département 2
E3	Onco-RT	H	> 45 ans	CH plus périphérique	Département 3
E4	Onco-RT	H	> 45 ans	CHU	Département 4
E5	Onco-RT	H	< 45 ans	CHU	Département 5
E6	MG	F	< 45 ans	Nbe hab > 50 000	Département 6
E7	MG	F	< 45 ans	Nbe hab < 50 000	Département 7
E8	MG	F	> 45 ans	Nbe hab < 50 000	Département 8
E9	MG	H	> 45 ans	Nbe hab < 50 000	Département 8
E10	Onco-RT	F	< 45 ans	CH plus périphérique	Département 9

2. DESCRIPTION DES ENTRETIENS

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes. La durée médiane était de 22 minutes et 30 secondes.

B. ANALYSE DE CONTENU

1. DEFINITIONS

a. La pratique des coupeurs de feu

(1) Absence de définition universelle

De manière générale, il ne ressort pas des entretiens une définition unique de la pratique des coupeurs de feu. Néanmoins, elle est largement décrite comme une pratique permettant d'arrêter la douleur liée à une brûlure, notamment en cours de radiothérapie. Aussi, il n'y a pas de communauté et de formation reconnues menant à cette pratique « *Y'a pas d'évaluation, y'a pas de diplôme (E3)* », « *il n'y a pas une certification (E8)* ». Certains médecins la classent ainsi comme « *thérapeutique un peu naturelle (E4)* » appartenant à « *une autre médecine (E2)* ».

En l'absence de consensus, il existe une terminologie variée pour désigner les personnes capables de « couper le feu » : « *barreurs de feu (E8)* » « *magnétiseurs (E3)* » « *guérisseur (E7)* » « *marabouts (E9)* ». Certains médecins nuancent : « *magiciens peut-être pas (E2)* » « *il faut pas tout confondre, je pense (E9)* ». D'autres considèrent que ces termes sont équivalents « *c'est pareil hein ! (E4)* ». Dans tous les cas, l'appellation est subjective « *je le vois un peu comme ça (E4)* » voire affective « *guérisseur ça me plaît pas du tout (E4)* » « *j'aime pas trop les appeler « coupeurs de feu » (E4)* ».

(2) La capacité à « couper le feu »

La capacité à « couper le feu » reposerait sur « *une sorte de de fluide [...] une sorte de de de d'énergie au niveau des mains (E6)* », ou sur « *une formule ... une recette de cuisine (E9)* ».

Cette capacité serait innée « *c'est pas un talent qu'on qu'on qu'on fructifie [...] c'est pas une technique qu'on acquiert, c'est un don qu'on a ou qu'on a pas (E3)* » ou au contraire acquise, par transmission familiale, ou bien par apprentissage méthodique. En effet, ce don peut provenir de la famille proche ou éloignée, ce

sont « *des gens qui euh qui tiennent ça de leur père ou de leur mère ou de leur grand-père [...] et qui perpétuent la tradition familiale (E4)* », ou bien ce peut être une « *une technique (E8)* » apprise via un « *mode d'emploi (E9)* ».

Dans tous les cas, cette capacité apparaît être un sujet « *assez confidentiel (E3)* », on parle d'ailleurs de « *donner le secret (E9)* ». Il existe l'idée qu'« *un bon coupeur de feu [...] est très discret, il le dit pas (E9)* ».

(3) Les compétences attendues d'un coupeur de feu

Compte tenu de l'absence de formation reconnue, il n'existe pas de cahier des charges des compétences d'un coupeur de feu. Néanmoins, deux qualifications attendues se dégagent : des compétences humaines et des compétences techniques.

Parmi les compétences humaines, la « *capacité à communiquer et à avoir une certaine empathie, une écoute (E3)* » est au premier plan. Certains médecins avancent la notion d'une « *bonne personne (E1)* », qui serait « *fiable (E1)* », « *honnête (E1)* », quelqu'un de « *sérieux (E5)* » et « *disponible (E7)* ». Au contraire, le coupeur de feu pourrait ne pas avoir du tout ces qualités-là et être « *mystérieux, et un peu mutique, un peu sphynx [...] avec un regard très très intense, un peu gourou comme ça, qui n'exprime rien du tout (E3)* » donnant l'image d'« *un être d'exception qui manifestement a des pouvoirs particuliers que peu de personnes ont (E3)* ».

Sur le plan technique, l'absence de substrat théorique officiel rend l'évaluation de leur compétence technique subjective. Il n'est ainsi possible de se baser que sur les compétences que les coupeurs de feu « *prétendent (E5)* » avoir. Par conséquent, certains médecins considèrent qu'il n'est possible d'apprécier les compétences techniques d'un coupeur de feu que sur ses résultats « *un vrai coupeur de feu, euh bon c'est des gens qu'ont des... [rire crispé] qu'ont des résultats on va dire hein, euh probants, notamment ben chez les grands 'fin chez les brûlés (E9)* ».

(4) Profession et rapport à l'argent

Les médecins interrogés verbalisent largement qu'il ne s'agit pas d'un métier à proprement parler. En effet, le mot « métier » désigne d'après le dictionnaire Le Robert (21) une activité dont on peut tirer des moyens d'existence, ou une occupation permanente. Or, dans les entretiens il ressort que ça n'est « *pas quelque chose qu'on vend (E7)* ». Il s'agirait plutôt d'une pratique « *bénévole (E1)* », faite par quelqu'un de « *désintéressé (E3)* », « *les vrais coupeurs de feu ils fin ils demandent rien (E9)* ». Néanmoins, si cette pratique n'engendre généralement pas de rémunération, certains coupeurs de feu peuvent percevoir un dédommagement financier « *quelques fois font payer une petite somme plutôt symbolique (E4)* ».

En d'autres termes, il s'agirait d'une activité annexe, en plus de leur métier habituel « *c'est des gens euh qui peuvent effectivement avoir une vie tout à fait normale par ailleurs (E2)* ». Un praticien hospitalier donne l'exemple d'une « *dame de la cuisine qui est coupeuse de feu [...] elle vient ... à la fin de ses horaires de travail (E7)* ».

(5) L'intervention du coupeur de feu en pratique

a) Description par des propos rapportés

Du fait de l'absence de référentiel officiel, les aspects pratiques de l'intervention du coupeur de feu sont souvent décrits par transmission orale : « *des patients m'ont dit (E3)* », « *les retours que j'ai pu en avoir (E2)* », « *de ce que j'entends (E10)* ». De plus, beaucoup de médecins interrogés n'ont jamais été témoins de l'intervention d'un coupeur de feu « *je l'imagine hein j'en ai jamais vu faire (E2)* », « *moi j'ai vu que l'entretien [...] quand elle se présente quoi. J'ai pas vraiment vu le reste de la séance (E7)* ».

b) La temporalité

Le coupeur de feu peut intervenir à différents temps de la prise en charge en radiothérapie : de manière préventive c'est-à-dire « *avant même d'avoir le moindre symptôme (E1)* », ou lorsque « *la radiodermite commence à apparaître (E1)* » en

cours de radiothérapie, ou parfois de manière systématique pendant absolument tout le traitement.

Aussi, le rythme d'intervention est très variable : « *des fois c'est tous les jours, des fois c'est... une fois par semaine (E5)* », parfois ponctuellement « *une ou deux séances (E1)* ». Quand le coupeur de feu intervient à chaque séance, il doit « *être au courant de de l'heure euh de passage (E3)* » ou le patient l'appelle sitôt sa séance terminée. Il existe une notion « *d'effet immédiat (E5)* ».

c) Le lieu d'intervention

Le lieu d'intervention est lui aussi variable. Dans certains cas, les patients se rendent au « *cabinet - je sais pas si on appelle ça un cabinet - du coupeur de feu (E4)* », d'autres fois « *il y a des coupeurs de feu qui se déplacent, qui viennent à domicile (E4)* ». Certains interviennent même dans le milieu médical « *en chambre, dans l'hôpital (E7)* ». Un praticien hospitalier précise ainsi qu'une fois, on lui a « *demandé de prêter un bureau (E4)* ». Autrement dit, le cadre ne semble pas avoir d'importance pour leur intervention, cela peut être « *au milieu des champs, ou euh ben il vient au travail ou...« il il passera ce soir si vous voulez » (E9)* ».

d) L'action physique du coupeur de feu

Si expliquer l'action physique de ce phénomène n'est pas aisé, les médecins interrogés ont tout de même évoqué quelques pistes de réflexion. Le moyen d'action du coupeur de feu pourrait être de « *se débarrasser du surplus d'énergie (E3)* », en diminuant les ondes électromagnétiques. Il pourrait aussi mettre en jeu son propre magnétisme en fonctionnant « *comme une antenne (E8)* », en travaillant sur le « *champ mental (E8)* » du patient. Une autre piste est qu'il intervienne sur les différents niveaux de conscience du patient « *est-ce que c'est sur le le subconscient ? [...] comme quand on fait de l'hypnose ? (E9)* ».

Dans tous les cas, le mécanisme d'action est « *variable d'un coupeur de feu à l'autre (E5)* ». En effet, certains pratiquent leur activité à distance en utilisant différents intermédiaires « *par téléphone (E10)* », et / ou « *avec une photo (E5)* » ; d'autres la pratiquent en face à face « *par contact voilà physique verbal direct (E10)* ». Toutefois, que ce soit à distance ou à proximité, l'apposition des mains semble avoir un rôle central : « *une imposition des mains lorsque c'est en direct. Et*

une imposition des mains à distance aussi, sur l'image que l'on a (E8) ». Ajouté à cela, il existe « tout un rituel (E8) » : il peut s'agir d'« une prière (E3) », « des gestes, des croix (E9) » sur la zone douloureuse, parfois le « souffle (E8) » rentre aussi en jeu.

Par exemple, les deux médecins-coupeurs de feu interrogés ont deux techniques différentes : l'un utilise « *une espèce de prière [...] on se le répète, fin pas à haute voix hein je veux dire dans la tête (E9)* », l'autre décrit une intention sur laquelle il faut se focaliser « *je me concentre sur le nom le prénom et la date de naissance [...] je ferme les yeux comme si je voulais que la brûlure s'en aille en fait, c'est une intention (E8)* ».

b. Les effets secondaires en radiothérapie

L'intérêt de recourir à un coupeur de feu pour les patients serait de « *couper, alors ce qu'ils appellent eux « le feu » (E10)* », conséquence « *des rayons qui vont générer des brûlures [...] et du feu (E10)* ».

Cependant, des médecins interrogés au cours de l'étude mentionnent qu'il existe « *certaines choses contre-intuitives (E3)* » en radiothérapie, dont il faut tenir compte lorsque l'on s'intéresse aux effets secondaires de cette dernière. En effet, l'apparition de ce que le patient appelle « *la brûlure (E1)* », souvent traduite cliniquement par une radiodermite, est influencée par plusieurs éléments de son phénotype. « *Par exemple il est démontré qu'il y a une relation inverse entre euh la sensibilité de la peau au soleil, et la sensibilité aux radiations ionisantes [...] C'est-à-dire que les personnes qui ont la peau mate, a fortiori qui ont la peau noire, ont plus de réaction que les personnes qui ont la peau blanche (E3)* ». Il existe donc un lien direct entre le phototype du patient et sa prédisposition à développer une radiodermite. Prenons également l'exemple du cancer du sein, « *des dames qu'on irradie sur le sein qui ont des, des poitrines un peu volumineuses, on sait qu'elles risquent d'avoir beaucoup plus de réaction importante qu'une qu'une dame qui a une toute petite poitrine (E4)* ». La morphologie globale du patient est donc importante à prendre en compte, avec une influence notable de l'obésité sur l'apparition de la radiodermite. La toxicité de la radiothérapie apparaît donc être « *liée plutôt à la morphologie du patient (E10)* », si l'on se base sur des protocoles

thérapeutiques égaux par ailleurs. De plus, si l'on s'intéresse aux effets secondaires de la radiothérapie, il est nécessaire de prendre en compte l'évolution de cette dernière en termes de techniques et de doses d'irradiation. En ce sens, un participant précise que l'on ne devrait plus parler de « radiodermites » mais de « radioépidermites » car *« les vraies radiodermites qu'on voyait il y a cinquante ans avec des des des trous dans la peau, des des des des lésions ulcérautes... ça, ça n'existe plus (E4) »*, grâce aux évolutions techniques. D'autres interviewés ajoutent que le dépistage de la radio toxicité a lui aussi progressé avec une évaluation hebdomadaire obligatoire des patients en cours de radiothérapie, afin de dépister précocement les effets secondaires.

Enfin, la « brûlure » n'apparaît pas être la seule, ni nécessairement la principale plainte des patients en cours de radiothérapie. L'irradiation du sein est donnée pour exemple : *« y'a souvent de l'oedème, donc euh l'oedème mammaire il est il est assez inconfortable (E10) »*. Les femmes peuvent aussi avoir des douleurs qui ne sont pas à type de brûlure, *« typiquement les patientes me disent toutes la même chose, c'est des coups d'épingles (E10) »*. Il peut aussi y avoir plus rarement *« des douleurs euh sur des fissures ou des fractures costales juste derrière le sein il y a des côtes qui sont incluses dans le champ d'irradiation qui peuvent se fissurer spontanément (E10) »*. Il existe donc d'autres types de douleurs possibles que celle de la « brûlure » en cours de radiothérapie.

2. POINT DE VUE DES MEDECINS SUR LE RAPPORT TRIANGULAIRE :

MEDECIN – PATIENT – COUPEUR DE FEU

a. Point de vue des médecins sur le rapport : médecin – coupeur de feu

(1) Contexte de la rencontre

La rencontre médecin – coupeur de feu est impulsée, soit par le patient, soit par le coupeur de feu, soit par le médecin lui-même. Les praticiens interrogés verbalisent que les patients sont très souvent à l'initiative de la rencontre « *c'était les patients [...] qui a chaque fois ont initié euh cette rencontre [...] qui me les ont présentés (E3)* », éventuellement même dans le cadre de la consultation médicale. Parfois ce sont les coupeurs de feu qui viennent directement se faire connaître des médecins « *il y en a deux qui sont venus se présenter qui ont laissé leur carte à l'accueil (E4)* ». D'autres fois les médecins sollicitent eux-mêmes le coupeur de feu lorsqu'il y en a un dans la structure d'exercice « *pour les radiothérapies on l'utilise (E7)* ».

(2) Carnet d'adresses du médecin

Plusieurs cas de figures sont possibles concernant les interactions entre médecin et coupeur de feu. Certains médecins n'ont aucun contact de coupeur de feu en leur possession « *j'ai pas de noms (E2)* », ou ne connaissent que vaguement leur identité « *j'ai deux noms je crois, mais euh je les ai jamais rencontrés (E6)* » « *je sais qu'ils existent mais je [...] je saurais pas comment les contacter (E7)* ». D'autres ont une connaissance unique, vers qui ils adressent tous leurs patients. Il peut s'agir d'une personne connue dans la région « *une dame, qui voyait 80% des personnes [...] On orientait facilement vers cette dame (E5)* » ou d'une personne dans l'entourage du médecin « *j'ai un voisin en face de moi qui coupe le feu [...] j'ai une amie [...] qui est coupeur de feu aussi (E8)* ».

(3) Pseudo-médicalisation de la pratique

Au cours des entretiens, des termes médicaux sont utilisés par les interviewés pour décrire la pratique des coupeurs de feu, tantôt désignée comme une « *thérapeutique (E4)* » ou un « *traitement (E3)* », tantôt comme un « *soin (E7)* ». Ainsi, les coupeurs de feu sont décrits par certains médecins comme des personnes que l'on peut « *consulter (E2)* » comme l'on pourrait consulter un confrère, et vers qui on peut « *adresser [...] envoyer des patients (E3)* ».

b. Point de vue des médecins sur le rapport : médecin – patient

(1) Le sujet des coupeurs de feu en consultation

a) Approche du sujet par les patients

Quand ce sont les malades ou leurs accompagnants qui sont demandeurs, « *une majorité vont déjà euh en parler à la consultation d'annonce, c'est-à-dire avant même d'avoir débuté la radiothérapie (E10)* ». La précocité de cette question dans la prise en soin démontre la préoccupation initiale importante de certains patients à ce sujet. Si les patients ne l'abordent pas systématiquement, il s'agit néanmoins d'un sujet populaire dont ils peuvent entendre parler par leur entourage « *par leurs familles ou par des voisines (E4)* ». Le bouche-à-oreille est un vecteur important « *l'info circule (E10)* », « *on sait « tiens un tel ah ben lui il coupe le feu, lui il barre le machin le ceci le cela », donc voilà ça se sait quoi (E9)* ».

Par conséquent, cela peut générer des questionnements chez les patients « *très souvent [...] elles me demandent mon avis (E4)* ». Parfois plus qu'un simple avis, certains médecins interrogés perçoivent à travers la demande des patients, une forme de recherche de validation de leur démarche et d'autorisation « *Quand je leur dis que moi je ne suis pas contre, qu'elles peuvent le faire, que je trouve ça très bien, c'est vrai effectivement qu'elles sont plus en conf... plus, plus détendues (E4)* ». D'autres patients paraissent plus sceptiques, et abordent le sujet en faisant part de leurs doutes « *Ça arrive quand même qu'il y ait quelqu'un qui soulève un peu la question de « comment ça fonctionne ? Est-ce que c'est bien ? » (E10)* » ou « *« mais docteur, est-ce que c'est pas incompatible ? » (E10)* ».

A l'inverse de ces patients qui abordent spontanément le sujet, d'autres ne mentionnent pas cet aspect de leur prise en soin au médecin. Pour expliquer cela, une éventualité évoquée par les praticiens interrogés est que le patient se sente honteux d'avoir sollicité de telles pratiques, comme s'il avait commis une infidélité envers la médecine « *Les gens ont le sentiment que les médecins sont contre ces pratiques là (E9)* ». En effet, les sensibilités de chaque médecin sont différentes, et les patients peuvent appréhender de « *savoir sur qui ils vont tomber (E4)* ». Dans

la continuité de cette idée, certains médecins envisagent l'importance pour le patient de ne pas perdre l'estime de son médecin « *au début début, j'avais des patients qui me disaient « docteur j'espère que vous allez pas mal le prendre mais on est allés voir le magnétiseur » (E8) »*. Certains constatent que les patients l'avancent à demi-mot « *c'est vraiment juste la la dernière petite question avant de partir [...] elles prennent un peu le courage (E4) »*. Enfin, lorsque les malades ne le « *confient (E2) »* pas initialement, ils l'évoquent parfois à posteriori lorsque « *la démarche a déjà été faite (E2) »* : « *J'ai un petit secret, je vous l'ai pas dit (E3) »*. Finalement, la notion de secret détenu par le coupeur de feu, est aussi retrouvée dans les facteurs limitant l'abord du sujet par le patient « *les gens sont pas très loquaces hein sur ça (E10) »*.

b) Approche du sujet par le médecin ou l'équipe médicale

Lorsque le patient n'est pas demandeur, c'est parfois le médecin ou plus largement l'équipe médicale et paramédicale qui évoque le sujet des coupeurs de feu « *ça peut être le radiothérapeute lui-même, médecin ; mais ça peut être aussi euh les manip' [...] les infirmiers (E9) »*. Un praticien hospitalier explique ainsi que dans son service le coupeur de feu est sollicité « *quand quelqu'un de l'équipe se dit « ah tiens là ça serait intéressant » (E7) »*. De plus, il apparaît que les secrétaires médicales des centres de radiothérapie jouent un rôle important dans la diffusion des contacts de coupeurs de feu « *nos secrétaires tiennent à jour un carnet avec pas mal de coupeurs de feu (E5) »*. Ce constat avait également été fait lors de l'exploration préalable à l'étude.

Si certains médecins évoquent « *systématiquement (E8) »* le recours à un coupeur de feu en cours de radiothérapie, d'autres adaptent leurs discours au cas par cas, dans une démarche centrée sur le patient. Ils tiennent compte des lésions physiques « *j'attends un peu de voir comment se passe la... la la radiothérapie, et voir si la patiente présente les les réactions ou non (E4) »*, mais également de la personnalité du patient « *ça dépend la personne que j'ai en face (E9) »*, « *si je sens que la patiente est euh est susceptible de d'avoir l'esprit ouvert (E4) »*. En effet, le médecin a besoin de se sentir en confiance avec son patient avant d'évoquer le sujet des coupeurs de feu « *Au fur et à mesure où je rencontre les patients, où où il y a des liens qui se tissent bon là je commence à en parler (E4) »*. De fait, les professionnels de santé sont tenus de proposer des soins ayant fait scientifiquement

(et donc objectivement) leurs preuves. En l'absence de recommandation médicale consensuelle au sujet des coupeurs de feu, ils prennent donc le risque de se trouver en porte-à-faux. Egalement, loin des exigences scientifiques, le médecin peut avoir une représentation familière des coupeurs de feu, et parfois même positive car il en a fait l'expérience personnellement « *j'ai aussi une collègue de travail qui m'a elle-même barrée (E8)* », « *je connaissais cette pratique avant d'être médecin. Je viens de la campagne c'est pour ça en fait (E9)* » « *c'est des croyances fortes, très très ancrées dans la région, euh y compris dans la population médicale (E10)* ».

Par conséquent, il existe un conflit intérieur chez les médecins, opposant leur représentation personnelle des coupeurs de feu et leur exercice médical basé sur les preuves (EBM).

(2) Les différentes postures adoptées par les médecins

Les postures médicales adoptées face à la question du recours à un coupeur de feu en contexte de radiothérapie sont diverses. Allant du **refus franc**, voire du mépris de cette pratique ; à une **indifférence nette** caractérisée par un évitement de la question ; en passant par une **écoute bienveillante**. Une attitude plus **paternaliste** est aussi évoquée. Enfin, certains médecins, reprochant la tendance actuelle à vouloir tout comprendre et tout expliquer, préfèrent **accepter** cette pratique sans réserve. La posture singulière des médecins-coupeurs de feu est traitée séparément.

a) Refus franc et mépris

Certains praticiens refusent d'admettre les coupeurs de feu dans la prise en soin des patients et adoptent alors une posture manichéenne « *on force le patient à choisir : « Vous êtes avec moi ou vous êtes pas avec moi » (E6)* », avec parfois même une touche de sarcasme chez des médecins « *qui traitent ça un peu par le mépris, par la moquerie (E4)* ». En effet, le recours à cette pratique peut engendrer une sorte d'offense à l'ego du médecin « *Sans se moquer de lui réellement, on va déjà le voir un peu parti, on va déjà se dire dans sa tête « bon ben c'est un mec un peu barré qui va pas qui préfère voir des des charlatans à moi » (E6)* ». Le risque de cette démarche exclusive est qu'« *en faisant choisir le patient, on gagne pas [rire], la*

médecine gagne pas ! (E6) ». En effet, « le patient n'ayant lui-même aucune connaissance médicale va aller vers la personne qui l'accueille, va aller vers la personne qui l'écoute (E6) ». La posture ouverte du coupeur de feu peut ainsi paraître plus attrayante aux yeux des patients que la posture fermée du médecin « et c'est là où ça devient dangereux (E6) ».

b) Indifférence

S'il est exclu pour certains médecins d'admettre cette pratique, d'autres adoptent une posture froide, sans avis. Ils évitent alors le sujet « *la seule chose que je dis aux patients qui me posent la question c'est que je ne dis pas grand-chose (E3) », « j'élude un peu la question (E3) »*. Etant donné la pauvreté des preuves sur cette pratique, débattre sur ce sujet avec le patient leur semble vain, surtout lorsque ce dernier est convaincu des bénéfices que cela peut lui apporter « *Les rares fois où j'ai essayé d'avoir un argumentaire euh basé sur la sur sur la science, je me suis assez rapidement rendu compte que ça ne servait strictement à rien (E5) »*. De ce fait, certains médecins ne se sentent simplement pas concernés par cette question « *j'pars du principe [...] que notre travail c'est de de transmettre ce qui est de l'ordre de de l'Evidence Based Medicine. Donc ça n'est pas de mon ressort, je pense, de de d'aborder cette question-là (E10) »*. Ils peuvent même évincer le sujet en totalité « *il y a beaucoup de confrères en cancérologie qui s'intéressent à leurs traitements et rien d'autre autour (E4) », « parmi mes associés il y en a bien la moitié qui, qui se préoccupe pas de ça (E4) »*.

c) Ecoute bienveillante

Dans le respect des croyances de chacun, et surtout dans le but de maintenir une relation médecin-patient de qualité, certains thérapeutes adoptent une autre posture : celle de l'écoute bienveillante. Cette posture est basée sur l'échange avec le patient, et l'absence de parti pris. Dans cette optique, aborder le sujet des coupeurs de feu se fait naturellement « *si la question arrive sur la table, bien évidemment je prends le temps d'en discuter avec le patient (E10) », « je préfère avoir encore une un patient une patiente qui me dise, voilà qui elle va voir, ce ce ce qui est fait, plutôt que de de couper (E5) »*. Cette attitude favorise la création d'un espace de discussion où le patient peut exposer ses vulnérabilités et exprimer ses doutes « *quand [...] ils voient que vous ouvrez [insiste sur « ouvrez »] un petit peu la*

porte de la discussion en disant « beh on sait pas trop »... « ah ben oui docteur, c'est vrai finalement quand vous le dites, moi aussi je me pose des questions » (E10) ». Sans ouvrir le débat, le but est de mettre l'accent sur les incertitudes qui existent autour de cette pratique « ça peut marcher comme ça peut ne pas marcher (E7) ». L'objectif est de laisser « libre choix aux patients (E9) », sans directive concrète de la part du médecin « j'incite pas les patients à aller voir des coupeurs de feu. Après les patients qui manifestent leur leur volonté [insiste sur le mot « volonté »] d'aller voir un coupeur de feu par contre je je je je n'émets aucune opposition (E5) ».

L'absence de parti pris est assumée comme elle le serait face à une croyance religieuse ou culturelle « je respecterais ça presque comme une croyance religieuse, d'ailleurs j'irais pas euh dire « mais comment c'est possible que vous croyez... » (E10) ».

Ainsi, sans avancer d'avis tranché sur la question, mais face à une pratique dont la balance bénéfice/risque est inconnue, de nombreux médecins s'alignent sur le principe de précaution et délivrent aux patients des recommandations générales « il faut faire attention (E8) » « La seule chose que je leur je je leur dit, c'est d'être juste méfiants (E5) ». Finalement, la problématique n'apparaît pas être de savoir si oui ou non le recours à un coupeur de feu sera favorable au patient, mais plutôt de recevoir le patient dans son entièreté, et de consolider la relation de confiance.

d) Paternalisme

Comme énoncé dans le serment d'Hippocrate, une des missions du médecin est de protéger ses patients « je respecterai toutes les personnes [...] j'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées » (22). De ce fait, face aux risques non connus de la pratique des coupeurs de feu, certains médecins adoptent une attitude paternaliste, exerçant ainsi un contrôle, une sorte de domination sous couvert de protection.

Ces praticiens se positionneraient en acteurs centraux dans la prise en soin. Tout passe par le médecin, et s'il juge bon de faire appel à un coupeur de feu, il « l'utilise (E7) ». Certains fixent ainsi leurs conditions quant au recours à un coupeur de feu « vous continuez à suivre vos traitements [...] allez-y mais vous restez quand

même, vous continuez la prise en charge plus traditionnelle (E2) ». Notons l'emploi de formulations impératives, qui sous-tendent plus qu'un conseil, une forme d'ordre.

Certains se placent même en expérimentateur, comme ce médecin lui-même coupeur de feu qui évoque l'attitude qu'il adopterait s'il orientait son patient vers un autre coupeur de feu *« j'irais rencontrer le barreur de feu que j... vers qui j'adresse le patient, et euh je demanderais à avoir une séance en étant barrée sans avoir sans en avoir besoin (E8) ».*

e) Acceptation

A l'opposé des praticiens proscrivant le recours aux coupeurs de feu, certains médecins se disent *« très ouverts là-dessus (E4) »,* et à l'aise avec ce sujet qu'ils considèrent *« très très simple à aborder (E6) ».*

Dans cette optique, différentes raisons d'accepter les coupeurs de feu dans le milieu médical sont avancées :

Tout d'abord, certains pensent que l'absence de preuves scientifiques ne devrait pas être un facteur limitant *« il ne faut pas être dogmatique (E3) », « on peut pas tout raisonner et tout comprendre dans le détail (E2) ».* La comparaison est faite avec d'autres thérapeutiques non scientifiquement validées et pourtant largement utilisées : *« quand on voit euh le pouvoir de l'homéopathie qui a jamais fait preuve dans quoi que ce soit, ça serait dommage de s'en priver quoi (E10) », « ne serait-ce que si y'a un effet placebo et que ça leur apporte quelque chose, moi je veux dire c'est tant mieux ! (E5) ».*

De plus, conscients que la médecine conventionnelle présente certaines limites, l'obligation de moyen amène ces médecins à s'ouvrir à toute pratique qui pourrait soulager le patient *« mon propos c'est que vous vous sentiez mieux, et voilà je suis ouverte à toute option, comme vous, pour que vous alliez mieux » (E6) »* *« quand le symptôme est là et qu'il faut le soulager, et que la médecine traditionnelle elle soulage pas... on est bien contents de voir si quelqu'un peut faire mieux ! (E1) ».*

Enfin, certains médecins sont convaincus et *« vont conseiller directement les patients d'aller voir ces coupeurs de feu (E5) »,* affirmant que *« ce qu'on sait c'est que ça fonctionne (E8) »* et que *« dans les faits [insiste sur « faits »] il se passe quelque chose (E7) ».*

f) Le cas particulier des médecins-coupeurs de feu

Les deux médecins généralistes coupeurs de feu interrogés dans cette étude témoignent de difficultés à se positionner dans leur activité mixte « *C'est délicat quand même hein, c'est frontalier (E8)* ». Un hiérarchise d'ailleurs spontanément « *je me considère plus médecin que que coupeur de feu quand même (E9)* ». L'ambivalence entre subjectivité et connaissances objectives est forte chez ces médecins, d'autant plus parce qu'ils ignorent les mécanismes qui sous-tendent leur intervention « *je ne suis pas capable de décrire ce que je fait (E8)* », ou doutent de leur efficacité « *en étant cartésien je veux dire [...] j'ai quand même pas une grande confiance peut-être dans mes capacités [insiste sur « capacités »] à ça [...] je me suis jamais euh impressionné moi-même je veux dire (E9)* ».

Aussi, l'appréhension du jugement par leurs pairs est omniprésente « *je trouvais que ça faisait que ça pouvait ne... mal être interprété ou ... [prend une inspiration] ou pas faire sérieux quoi (E9)* » « *par rapport à l'exercice de notre profession, voilà ça peut être interprété réutili... 'fin vous savez dans quel monde on vit aujourd'hui (E8)* ». A ce propos, à la question « êtes-vous vous-même coupeur de feu ? » systématiquement posée en début d'entretien, un médecin s'est étonné « *oula surtout pas non ! Ah y'a des médecins qui se disent coupeur de feu ? (E10)* ». Cette idée semble donc invraisemblable pour certains. De ce fait, les médecins ayant les deux activités sont inquiets de voir leur crédibilité menacée. Un d'entre eux projette ainsi d'être plus à l'aise pour « couper le feu » quand il n'exercera plus la médecine « *je m'investirai peut-être un peu plus là-dedans quoi ! Quand je dis je m'investirai, je j'aurai moins honte voilà de de de le proposer, plutôt (E9)* ».

L'aspect médico-légal est aussi une source d'interrogation. Les deux médecins coupeurs de feu de cette étude pratiquent la majorité du temps en dehors de leur cabinet afin de limiter les ambiguïtés « *je veux pas mélanger les deux choses en pleine activité (E9)* » « *pour pas qu'il y ait de confusion de genres (E8)* ». L'aspect financier pose aussi question lorsqu'il leur arrive de couper le feu au cabinet alors que ça n'était pas prévu, à l'occasion d'une consultation classique « *c'est vrai que ils viennent au cabinet tac' je fais une consult', euh il me disent « ah ben tiens la la radiothérapie » (E9)* ». Toute la difficulté pour le médecin est de se faire légitimement

rémunérer pour son expertise médicale, sans se faire payer pour avoir « coupé le feu ». Cependant, la manœuvre du coupeur de feu est visible aux yeux du patient, tandis que l'expertise et la réflexion du médecin ne le sont pas, pouvant entraîner une confusion.

Ainsi, certains cachent cette activité annexe à leurs patients, et un médecin confie que pour éviter toute méprise il a déjà essayé de « couper le feu » à des patients sans le leur dire « *A la limite euh, je le fais discrètement (E9)* ».

(3) Impact de la discussion au sujet des coupeurs de feu

Parmi les médecins interrogés, plusieurs estiment que le fait d'aborder ce sujet en consultation a une influence positive sur leur lien avec le patient « *les gens s'ouvrent après par la parole quoi [...] ils vont exprimer les choses plus librement (E8)* »

D'autres évoquent une influence possiblement négative « *si je n'avais pas un discours un tout petit peu adapté aux convictions locales, euh je pourrais par contre modifier négativement (E10)* »

Enfin, certains n'y attribuent aucun impact « *j'ai pas l'impression que ça change tellement euh les relations (E3)* ».

3. RESSENTI DES MEDECINS SUR LA CONTRIBUTION DE CETTE

« THERAPEUTIQUE »

a. Indications et bénéfices attendus

Dans cette étude, certains participants envisagent que les coupeurs de feu permettent, au même titre qu'un « *soin de support (E1)* », l'« *accompagnement des personnes en cours de traitement pour un cancer (E5)* ». Elle est caractérisée

comme « *une démarche plus globale (E2)* » visant le « *confort (E2)* » et le « *bien-être (E2)* ». L'indication des coupeurs de feu est « *surtout en radiothérapie (E4)* » mais peut aussi permettre de « *mieux tolérer la chimio (E4)* ».

Dans le cadre oncologique, la plainte algique est un motif fréquent de recours aux coupeurs de feu. En effet, ils peuvent être sollicités sur les « *douleurs de brûlure (E1)* » ou les « *douleurs neuropathiques (E7)* » souvent réfractaires et persistantes. Sur le plan cutanée, cette pratique est aussi utilisée pour aider à la cicatrisation, sur des « *plaies ou des lésions post radiques (E2)* » comme la classique « *radiodermite (E1)* », ou encore sur des plaies chroniques comme on trouve dans « *les cancers du sein avec des nodules de perméation (E7)* ».

En dehors du cadre oncologique, les médecins interrogés évoquent également l'intérêt des coupeurs de feu pour « *tout ce qui est ulcères – surtout les ulcères artériels parce que y'a cette sensation douloureuse (E7)* », pour « *enlever l'eczéma (E8)* » ou encore sur les « *douleurs neuropathiques du zona (E9)* ».

Par ailleurs, un impact sur la souffrance psychique des patients est évoqué, via leur adhésion à cette pratique. En effet, « *les patients croyants [insiste sur « croyants »] à ces à ces thérapies ont vraiment la sensation que ça marche (E5)* ». Ce serait au moins « *un baume au cœur qui est apposé (E3)* ».

Enfin, un bénéfice collatéral possible, est que les coupeurs de feu aient un rôle d'alerte s'ils venaient à constater des particularités. Quand bien même ils n'ont souvent aucune formation médicale, « *des fois ils ont du bon sens, ils ont quelques connaissances qui vont être autres (E6)* ». Un médecin donne l'exemple d'un coupeur de feu ayant dit à une patiente « *« tiens tu devrais aller faire une mammo quand même » et paf on tombe sur une lésion. Alors qu'elle était venue consulter pour je sais pas le gros doigt de pied, j'exagère, mais voilà un tout autre motif (E10)* ». Qu'il s'agisse d'« *un pressentiment (E10)* » ou d'un simple conseil éclairé, il est envisagé que le coupeur de feu ait un rôle de prévention ou de dépistage auprès des patients.

b. Les motifs de recours aux coupeurs de feu

Il existe probablement autant de raisons de se rendre chez un coupeur de feu que de patients différents. Néanmoins, six raisons expliquant le recours aux coupeurs de feu ont été identifiées dans cette étude.

(1) Les représentations populaires de la radiothérapie et les traditions

La pratique des coupeurs de feu est ancestrale, et leur sollicitation de nos jours peut être en partie expliquée par la perpétuation de la tradition « *ça fait peut-être partie euh des coutumes [...] ou certaines habitudes (E9)* ». Ainsi, les personnes ayant été témoins de cette pratique dans leur enfance y adhéreraient particulièrement.

Aussi, c'est un sujet populaire « *dès que quelqu'un va faire de la radiothérapie on lui dit « si tu as des brûlures il faut faire ci, il faut faire ça » (E4)* ». La brûlure est la crainte principale dans l'imaginaire collectif face à la radiothérapie « *c'est le grand mot « est ce que ça va brûler ? » (E4)* ». Il apparaît que les croyances populaires autour de la radiothérapie sont très ancrées « *la radiothérapie a très mauvaise presse (E4)* ».

(2) Des profils de patients spécifiques

Certains profils de patients ayant plus facilement recours aux coupeurs de feu sont identifiés par les médecins interrogés. En effet, certaines comorbidités se distinguent « *la plupart des personnes qui font appel à des coupeurs de feu c'est dans le cadre... c'est des dames qui sont traitées pour un cancer du sein (E4)* ». L'appréhension liée à certains phototypes est aussi évoquée « *les personnes qui ont l'habitude [...] au soleil de devenir rouge écrevisse et assez rapidement de peler [...] ce sont celles qui ont tendance à aller euh plus facilement chez le coupeur de feu [...] peut-être (E3)* ». Un autre élément important qui influence, selon les praticiens, le recours aux coupeurs de feu est l'identité régionale du patient. D'une part, ce serait

une pratique plutôt rurale, les patients qui y ont recours « *viennent de la campagne (E9)* ». D'autre part, certains médecins évoquent « *une culture locale (E8)* », qui serait hétérogène sur le territoire « *j'étais externe à (région parisienne) et j'en n'avais jamais entendu parler pendant mon externat, et j'ai fait mon internat à (nord-est de la France) jamais personne ne m'en a parlé là-bas non plus [...] ici dans le sud-ouest, c'est impressionnant (E10)* ». Un médecin en plaisante « *c'est pas le parisien qui va aller voir le coupeur de feu hein ! [...] je pense que dans, 'fin euh dans les grandes villes, tout ça ça s'est perdu (E9)* ». Notons que dans l'exploration préalable à cette étude, il existait aussi des listes de coupeurs de feu dans les centres de radiothérapie des grandes villes, dont Paris.

(3) Un phénomène « à la mode »

L'aire médicale actuelle est aux soins de support ainsi qu'aux médecines complémentaires et alternatives. Plusieurs médecins interrogés constatent que le recours aux coupeurs de feu est une pratique courante parmi leur patientèle « *c'est quelque chose qui est beaucoup plus à la mode (E3)* ». D'autres trouvent au contraire que « *c'est pas fréquent (E2)* » et que « *de nos jours ça se perd un peu (E9)* ».

En outre, ce phénomène fait partie d'une modification globale des pratiques : « *les patientes aiment bien mettre des huiles essentielles [...] alors qu'avant [souffle] personne ne parlait d'huiles essentielles (E4)* », « *on parle de l'homéopathie, phytothérapie, et cetera, donc pourquoi pas hein ? (E10)* ». Ainsi, les usages évoluent, « *pendant longtemps [...] ça restait à côté (E4)* » alors que dans certaines structures « *aujourd'hui on a des listes de barreaux de feu aux urgences (E8)* ».

Cependant, la question peut se poser de savoir si le recours aux coupeurs de feu augmente réellement ou si les patients le verbalisent simplement plus auprès de leur médecin. Le constat est fait que « *les gens en parlent beaucoup plus facilement (E4)* », et que le phénomène s'auto-entretient « *comme on en parle de plus en plus, il y a une demande (E3)* ».

(4) Optimiser ses chances de guérison

Des médecins interrogés supposent que face à la maladie, les patients cherchent à mettre toutes les chances de leur côté et à améliorer leur prise en soin « *ce sont des patients qui en fait sont prêts à tout (E6)* ». Le recours aux coupeurs de feu se ferait donc dans l'idée de ne pas passer à côté d'une option thérapeutique éventuelle « *cette petite chose qui sera la cerise sur le gâteau pour vraiment être sûr de ne pas passer à côté d'une option (E3)* ». Ainsi, cela permettrait aux patients de « *rester maîtres de ce qui leur arrive (E3)* », d'être acteurs de leur prise en soin. Le constat est fait que même si tous les patients ne sont pas convaincus de l'efficacité des coupeurs de feu, ils ont souvent « *envie d'essayer (E7)* », de « *voir si ça, ça les soulage (E1)* ». La possibilité de faire le choix d'aller voir un coupeur de feu pourrait améliorer le vécu de la radiothérapie par les patients car « *ils se sentent prémunis contre des réactions très fortes (E4)* ».

(5) Le besoin d'une approche différente

En oncologie, les soins sont souvent lourds, tant sur le plan physique (effets secondaires, rendez-vous itératifs) que sur le plan psychique (vécu de la maladie et des soins). Dans cette étude, quelques praticiens soulignent que les coupeurs de feu permettent d'avoir une autre lecture de la maladie, de la voir à travers un spectre différent de celui de la médecine classique. « *Tout rationaliser n'est pas forcément suffisant pour les patients [...] ce côté un peu magie, un peu inexplicable, peut peut peut convenir à certains (E2)* ». En effet, l'intervention d'un coupeur de feu offrirait « *une approche différente où la rationalité n'a peut-être pas sa place (E2)* », et qui dans sa dimension symbolique pourrait faire écho à la manière dont les patients se représentent la maladie.

(6) Les déficiences de la médecine conventionnelle

Les praticiens interviewés supposent que le patient recherche dans la pratique du coupeur de feu quelque chose qu'il ne trouve probablement pas dans son parcours de soins conventionnel. Au fil des entretiens, plusieurs déficiences de la

médecine conventionnelle ont été identifiées comme ouvrant la voie aux coupeurs de feu.

Premièrement, l'information délivrée sur l'évolution technique de la radiothérapie semble insuffisante. En effet, il existe de vieilles croyances populaires concernant la radiothérapie, alors que désormais « *le risque vraiment d'avoir des des réactions très fortes est beaucoup plus faible, mais on a gardé cette mauvaise réputation (E4)* ». Il apparaît donc nécessaire de communiquer sur ce sujet avec les patients qui peuvent avoir quelques préjugés.

Deuxièmement, une des faiblesses de la médecine conventionnelle est le « *manque de disponibilité peut-être de certaines équipes soignantes (E3)* ». « *La médecine malheureusement c'est du ren... de la rentabilité [...] tout ce qu'on va donner de bien est parfois euh bouffé par tout ce qu'on va pas donner, c'est-à-dire du temps notamment (E6)* ». Ainsi, le recours à un coupeur de feu apparaît être un moment où le patient est pris en soin « *et pas pour un but précis quoi, c'est pas des aides-soignantes qui viennent prendre soin pour faire la toilette, c'est une heure passée à avoir l'attention de quelqu'un avec avec beaucoup de douceur, de de tranquillité, de sérénité (E7)* ».

Troisièmement, dans une démarche de réflexion critique, les médecins interrogés reconnaissent que la médecine conventionnelle omet parfois de considérer le patient dans sa globalité « *on leur fait faire leur chimio, la radiothérapie, puis le reste bon ben il fallait s'en accommoder (E4)* ». Certaines plaintes sont ainsi négligées, caricaturalement « *oui oui bon ben voilà, vous avez un cancer, donc bon votre brûlure c'est pas grave* » (E6) ». Dès lors, l'évaluation de la gravité d'un symptôme est subjective, et des éléments qui semblent anodins au médecin peuvent avoir une grande importance pour le patient. Notons que l'inverse est aussi vraie « *elle avait l'impression d'avoir échappé [...] à des sensations de brûlure euh beaucoup plus marquées, que ce qu'elle aurait dû avoir si elle n'avait pas euh eu les soins de ce coupeur de feu. Alors qu'en fait elle avait une radiodermite qui était vraiment assez marquée ! (E3)* ».

Enfin, un autre motif qui pousse à recourir aux coupeurs de feu, est l'efficacité limitée de certaines thérapeutiques proposées en médecine conventionnelle : « *si on peut les aider alors que d'une autre manière on les aide pas, ben ils y vont (E6)* ». En effet, l'arsenal thérapeutique conventionnel est restreint face aux effets secondaires de la radiothérapie, ce sont souvent les mêmes molécules qui reviennent « *on va vous donner de la FLAMMAZINE® [...] et de la BIAFINE®. Bon ben ça marche pas (E6)* », « *mes prescriptions de LYRICA® étaient inefficaces (E1)* ». Non contents d'observer que les thérapeutiques classiques peuvent être insuffisamment performantes, les praticiens interrogés constatent qu'elles peuvent aussi avoir des effets indésirables et être délétères au patient. Par exemple sur « *une population gériatrique, [...] dès qu'on met des des de l'antalgie euh... ça peut vite devenir compliqué sur les effets secondaires (E7)* », notamment en termes de sédation. Certains praticiens relatent que leurs patients ont une vision négative de la médecine « *classico-classique qui va leur proposer que des médicaments (E6)* ». Un médecin rapporte les propos d'un patient : « *ils vont me donner des milliers de médicaments pour me tasser et que j'ai plus mal* » (E7) ». Ainsi, le recours à une alternative à la médecine conventionnelle apparaît être une manière d'échapper au « prix à payer » pour soulager les douleurs.

c. Les risques éventuels du recours aux coupeurs de feu

(1) Le déni de tout risque

Au fil des entretiens, l'idée qu'un coupeur de feu ne puisse pas faire de mal émerge. Un des médecins-coupeurs de feu partage d'ailleurs cet avis « *Mon point de vue il est simple [...] ou je fais du bien, ou je fais rien (E9)* ». Néanmoins, cette idée est contrebalancée par d'autres participants qui précisent que lorsqu'il y a un bénéfice il y a toujours un risque « *de façon générale, il y a très très peu de traitements, voire même je n'en connais pas, euh qui euh ne ne puisse être que [insiste sur « que »] bénéfique ! (E3)* ».

(2) L'absence de transparence et la manipulation

La pratique des coupeurs de feu est mystérieuse, « *on est un peu dans l'inconnu [...] on ne sait pas trop qui sont ces gens, où ils sont, ce qu'ils font, comment ils font (E2)* ». Certains médecins déplorent donc qu'il n'y ait « *aucun contrôle (E5)* » possible, et craignent que l'absence de transparence soit un terrain propice aux dérives, tant au charlatanisme qu'à la dérive sectaire ou religieuse.

En effet, le risque est de se retrouver face à « *un type qui profite de la situation (E4)* », autrement dit un « *charlatan(s) (E6)* » qui joue sur le fait que « *c'est très difficile de d'avoir une idée euh une idée précise sur qui est un vrai qui est un faux (E3)* » coupeur de feu. Aussi, le coupeur de feu peut emprunter la légitimité d'une autre profession pour exercer : « *comme elle travaille à l'hôpital elle peut se permettre de l'utiliser avec eux (E7)* », « *il se rend compte qu'il a un une sorte de pouvoir de guérisseur, et ben du coup il va il va faire des formations qui existent de type formation de naturopathie, d'acupression, ou ces trucs-là (E6)* ». Le risque est donc le jeu sur la confusion des pratiques officielles et officieuses « *les gars qui mettent leur plaque [...] « radiesthésiste, machin » [...] Y'a jamais écrit coupeur de feu hein ! (E9)* ».

Dès lors, le manque de transparence peut mener à de la manipulation, ainsi qu'à la « *dérive sectaire (E1)* » ou religieuse. En effet, certains coupeurs de feu utilisent des prières « *ça évoque euh le le christ (E9)* ». L'intrusion de quelque chose du « *domaine un peu du sacré (E4)* » dans une pratique qui se voudrait thérapeutique, pose un problème déontologique. Il est difficile de concevoir la projection de propos religieux sur un patient sans l'avoir informé loyalement et clairement sur cet aspect, et donc sans avoir recueilli son consentement à cet égard.

(3) Le risque financier

« *L'aspect transactionnel (E3)* » peut lui aussi être à l'origine de dérives, le risque étant que le patient y laisse « *énormément d'argent (E4)* ». Sans exiger un tarif fixe, certains coupeurs de feu « *demandent une participation (E4)* », où les patients donnent ce qu'ils veulent. Cependant, en l'absence de référentiel, il est difficile d'évaluer combien il est approprié de donner et parfois les patients « *donnent beaucoup [...] ils peuvent être très généreux (E3)* ». Certains médecins se disent mal

à l'aise face à cet aspect de la pratique, à partir du moment « *on n'a pas la preuve quand même d'une efficacité de ce traitement là (E10)* ».

(4) Le risque d'interférence avec la médecine conventionnelle

Les résultats de cette étude indiquent que le coupeur de feu est susceptible d'interférer avec la médecine allopathique de deux manières : sur les effets physiques purs de la radiothérapie, mais aussi sur le parcours de soin du patient.

Sur le plan physique pur, « *si on on imaginait que ben il y avait une diminution justement du magnétisme, une diminution des euh des ondes électromagnétiques, euh et et ben on pourrait imaginer qu'il y ait euh une perte d'efficacité de la radiothérapie (E3)* ». La question est de savoir si cette pratique ne fait pas « *barrage à la radiothérapie (E8)* ».

Si on considère le parcours de soins, les médecins craignent une certaine errance et un retard au diagnostic par manque d'expertise médicale des coupeurs de feu. Un médecin lui-même coupeur de feu critique certaines formes de pratiques et témoigne avoir vu « *des ulcères chroniques où on allait chez le barreur de feu et où euh ça se finissait à la PYOSTACINE® et euh au nettoyage chirurgical (E8)* ». Dans la même idée, il raconte « *j'ai barré à ce moment là, la petite fille s'est calmée. Bon par contre après je l'ai hospitalisée hein, vu l'é... l'étendue de la brûlure (E8)* ». La prise en charge médicale parallèle à la pratique du coupeur de feu est donc essentielle, afin d'orienter correctement le patient. Cependant, certains coupeurs de feu s'affranchissent de cette expertise et prodiguent des conseils voire même dictent des conduites à tenir « *Ils vont parfois [...] se sentir pousser des ailes en disant « mais ouais mais je peux vous aider, vous arrêter le sucre, vous faites un jeûne » (E6)* » ou interfèrent résolument « *avec les soins de référence, que ce soit la chimio, l'hormono ou la radiothérapie, en disant aux patients « non ça ça sert à rien, fin vous l'arrêtez !» (E5)* ». Le risque redouté par les médecins est que le patient « *sorte du soin classique (E2)* ». Au-delà du conseil, certains comportements du coupeur de feu peuvent aussi être aventureux. Un médecin raconte qu'il a su par ses patients que « *des gens se prétendant coupeurs de feu injectaient du gui directement dans*

les tumeurs [...] du gui, la plante (E5) ». Outre le caractère invasif de ce geste, il pourrait aussi interférer avec l'efficacité de la radiothérapie, voire la rendre nocive (l'effet d'une telle substance dans le champ d'irradiation est inconnu).

En somme, le risque est que le patient qui est en situation de vulnérabilité considère que *« ce qui est dit par le coupeur de feu a autant d'importance que ce qui est dit par le médecin (E5) »*. Néanmoins, certains médecins sont confiants et suggèrent de ne pas infantiliser les patients qu'ils jugent *« quand même assez vigilants de ne pas sortir des parcours de soins organisés (E2) »*.

4. LA NECESSITE D'UN CADRE ET DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

a. Encadrement de la pratique des coupeurs de feu

Si certains médecins estiment qu'il n'y a pas de modifications à apporter *« Non, moi je pense que, comme ça c'est [marque un temps] euh... ça ça fonctionne (E9) » « faut pas non plus euh vouloir tout renverser la la machine hein ! c'est pas utile à mon sens (E10) »*, d'autres évoquent des axes d'amélioration :

(1) Normer la pratique

Les compétences à avoir pour se déclarer coupeur de feu sont à définir, et certains médecins interrogés envisagent un tronc de formation commun *« on pourrait tout à fait imaginer par exemple euh vous faites un DU euh on va dire étiqueté « coupeur de feu » (E5) »*, qui permettrait aussi de délivrer de l'information médicale et d'informer les coupeurs de feu sur les principes de base des traitements oncologiques. De même que poser un cadre institutionnel pourrait permettre *« une harmonisation (E8) »* des indications de cette pratique. Sur le plan financier, il apparaît clairement la nécessité de *« clarifier aussi l'aspect transactionnel (E3) »*.

(2) Répertorier les coupeurs de feu

Afin de limiter les dérives, il paraît important « *que les coupeurs de feu soient... connus [insiste sur « connus »] euh et que ce soit pas une pratique sous le manteau quasiment (E3) »*. Dans cette idée, « *toute personne qui se gargarise d'avoir un lien quelconque avec le monde du bien-être et de la santé [...] devrait être enregistrée [...] enregistrées ça veut pas dire qu'on vérifie leurs études machin hein, juste qu'on sache, qu'on ait un vrai annuaire, un seul sur tous les professionnels autour du santé / bien-être (E6) »*.

(3) Créer du lien avec les médecins

Nombre de médecins interrogés n'ont « *aucune idée de la manière dont ça se passe (E5) »* et réclament de l'information sur la pratique des coupeurs de feu. Certains souhaiteraient établir un cadre confraternel, « *un lien avec nous, ne serait-ce que téléphonique [...] ou un courrier ou quelque chose un peu d'officiel (E2) »* et ainsi établir « *un partenariat avec le barreur de feu [...] En ayant quand même une canalisation de médecine générale classique, où on va quand même proposer les traitements (E8) »*.

Les coupeurs de feu pourraient eux aussi trouver un avantage à créer ce lien avec les médecins, car « *si c'était encadré ben ces gens-là auraient la possibilité de dire "voilà moi j'ai suivi cette formation, je suis quelqu'un de sérieux", et nous pour le coup on aurait des des des adresses à communiquer avec des gens référencés dont on sait qu'ils restent dans dans des des pratiques acceptables (E5) »*.

(4) Intégrer les coupeurs de feu au parcours de soins en radiothérapie

Une des améliorations suggérées au cours des entretiens est que le recours aux coupeurs de feu soit reconnu et proposé en oncologie « *comme quelque chose qui existe (E7) »*, « *que tous les patients soient au courant (E4) »* et « *pourquoi pas, un un jour envisager que ce soit un réel soin de support (E10) »*. Cependant, l'intégration de cette pratique ne pourrait se faire que sous conditions « *qu'on*

l'intègre réellement, mais alors dans le cadre d'une pratique qui a été évaluée (E10) ».

b. Nécessité de recherches scientifiques

(1) La demande des médecins face à une littérature scientifique pauvre

Certains médecins jugent que la fréquence d'utilisation de cette pratique suffit à elle seule à justifier la nécessité d'études ultérieures *« très clairement tous [insiste sur « tous »] les radiothérapeutes sont exposés à cette question (E5) »*. Il est particulièrement déroutant selon les praticiens de constater *« le nombre de personnes qui parlent euh de cette pratique, pour euh qu'on rapporte ça à à l'absence abyssale d'informations euh euh euh... objectives ! (E3) »*. En pratique, les médecins réclament un support auquel se référer *« on sait pas répondre à cette question en l'absence d'études (E10) »*. Le praticien impliqué dans la relation de soin n'a pas l'objectivité d'un chercheur qui manipulerait des données objectives *« on est mal placés en fait pour pour euh, avoir le recul suffisant euh, et et et également peut-être la l'esprit critique euh pour ce pour pour vraiment faire la part des choses entre une efficacité ou ou l'absence de de, comment dire, de retentissement de cette action (E3) »*. Ainsi, face à la question des coupeurs de feu *« les attitudes sont très hétérogènes (E5) »*, et cette étude met en évidence qu'en l'absence de recommandation chaque médecin fait ce qui lui semble bon.

(2) L'avis des médecins éloigné de l'EBM : déductions à partir d'observations cliniques

Chaque médecin est influencé, dans une mesure plus ou moins importante, par son expérience personnelle. Face à un sujet dont les données objectives manquent, le risque est que le médecin se base uniquement sur son avis subjectif. En effet, tout praticien peut avoir été patient à un moment de sa vie *« ma mère m'avait amené à un coupeur de feu [...] je l'ai vécu positivement (E9) »*, ou manquer d'impartialité par implication dans la relation de soin *« les expériences que j'ai eues à*

distance, c'est ma nièce (E8) ». Ainsi, il peut être tenté de faire des déductions à partir de ses observations personnelles et/ou cliniques « y'a vraiment quelque chose qui se passe [...] y'a quelque chose qui disparaît ! (E7) » « j'ai observé que les patients n'avaient plus la douleur de la brûlure quoi, à chaque fois (E8) ». Quand bien même le praticien essaye de rester le plus objectif possible, « les dames qui ne vont pas voir des coupeurs de feu, je peux vous affirmer aussi, que ça se passe pas plus mal que les autres (E5) » « Ce que je peux dire, c'est que en comparaison de ma... de mes constats [...] j'ai pas plus mais j'ai pas moins de toxicité (E10) », ses observations ne se basent par définition que sur une série de cas (ses patients), sans témoins au sens méthodologique du terme. Chaque médecin est donc confronté à une petite série de cas, dont les caractéristiques sont difficilement extrapolables à une population plus générale « J'ai vu des radiodermites sans euh sans barrage euh : catastrophiques ; versus euh – après c'est que 2 exemples quoi – versus radiothérapie du sein euh avec barrage où on a à peine un coup de soleil (E8) ». Un médecin conclue qu' « il n'y a pas de raison qu'on ait pas la même démarche euh rigoureuse mais également humble, quelle que soit la la modalité thérapeutique (E3) », car « quand on est soi-même son propre témoin, euh et que ben on n'a pas le recul lié à des études portant sur une population vaste, euh et ben on... on ne peut pas dire grand-chose en fait (E3) ».

(3) L'obligation de moyens

Certains médecins avancent que s'il existe une réelle efficacité des coupeurs de feu sur les effets secondaires de la radiothérapie, il est nécessaire d'en faire bénéficier tous les patients. A l'inverse, si cette pratique s'avère délétère, il est indispensable de les en protéger. Ils suggèrent donc « qu'il y ait des études qui se fassent, pour savoir effectivement s'il y a un bénéfice réel (E3) ». Aussi, l'idée est émise que si cette pratique se trouve être vraiment efficace, la voir s'éteindre faute d'intérêt serait une perte de chance pour la postérité « c'est quelque chose qui existe parce que nous on l'utilise, mais en fait le jour où nous on est plus là ben... ça va p'têtre juste disparaître (E7) ».

c. Facteurs limitant la réalisation d'études

Plusieurs facteurs font barrage et complexifient la construction d'études au sujet des coupeurs de feu.

Premièrement, l'ignorance du mécanisme physique de leur intervention paraît être le premier élément décourageant. Avant d'étudier les conséquences de cette pratique, il est naturel d'avoir envie de la comprendre. Toutefois, on méconnaît le mécanisme d'action de nombreuses thérapeutiques en médecine, qui pourtant sont évaluées *« ce type d'étude existe [...] on apporte la preuve de l'efficacité d'un d'un traitement [...] sans forcément savoir quelle est l'explication de ce bénéfice [...] sans chercher forcément à expliquer les mécanismes ou le lien de causalité entre le bénéfice et l'action (E3) »*.

Deuxièmement, un travail de recherche qui étudierait les coupeurs de feu eux-mêmes semble inconcevable en pratique. En effet *« comme le le prérequis c'est avoir une sorte de don ou ne pas avoir ce don [...], les défenseurs des coupeurs de feu, quelle que soit l'étude qu'on pourrait faire [...] si l'étude est négative euh diront diront forcément « ben oui mais c'est parce que vous avez pas bien sélectionné les coupeurs de feu » (E3) » »*.

Troisièmement, l'instabilité naturelle de l'élément que l'on mesure (par exemple la radiodermite) serait un biais important dans l'évaluation de l'efficacité des coupeurs de feu en contexte de radiothérapie. En effet, il existe des variabilités inter-individuelle et intra-individuelle (évolution naturelle de la lésion) très fortes, et *« il y a beaucoup d'autres facteurs qui rentrent en ligne de compte dans les dans les facteurs de risque de développer une radiodermite (E3) »*.

IV. DISCUSSION

A. DISCUSSION DE LA METHODE

1. *EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION*

a. Caractéristiques personnelles

Concernant la sélection des participants, l'identification de l'enquêtrice aux médecins généralistes a pu entraîner un biais dans la sélection initiale, son réseau de médecins généralistes était en effet plus important que celui d'onco-radiothérapeutes.

L'entretien test a permis à l'enquêtrice de trouver une posture d'écoute active et des relances pertinentes afin d'être plus perspicace lors des entretiens suivants. L'autocritique a porté cependant sur la formulation de certaines questions et le repérage de certains éléments de réponses qui n'avaient pas été suffisamment explorés.

L'investigatrice n'était pas coupeur de feu, et n'avait pas dans son entourage proche de personnes déclarant avoir cette capacité. Par ailleurs, le terme de « coupeur de feu » a subjectivement été retenu pour cette étude, parmi les nombreux noms existants pour désigner ces praticiens. En effet, les recherches bibliographiques lors de l'exploration préalable à cette étude n'ont pas permis de dégager un terme d'usage prédominant, et l'investigatrice trouvait le terme de « coupeur de feu » plus parlant et imagé pour le mettre en lien avec la « brûlure » supposée être provoquée par la radiothérapie. Ce choix de mot était donc subjectif.

b. Relations avec les participants

L'enquêtrice connaissait personnellement un participant à l'étude, qui ne faisait pas partie de son entourage proche. Les caractéristiques de l'enquêtrice

délivrées aux participants restaient limitées, afin de ne pas induire de biais ou d'hypothèses chez les participants quant à son opinion personnelle.

2. CONCEPTION DE L'ETUDE

a. Cadre théorique

Il s'agit d'une étude qualitative, ce type d'étude est particulièrement approprié pour explorer le vécu et les expériences personnelles des personnes interrogées. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à la problématique (23). La grille COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) a servi de base méthodologique pour la rédaction de la recherche (24).

L'échantillon de population étudié était exclusivement composé de médecins. Avant la conception de l'étude, la question de l'inclusion de patients dans la population à interroger s'est posée. Cependant, le choix a été fait d'étudier le rapport de la pratique des coupeurs de feu avec la science et la médecine conventionnelle, plus que le rapport des patients et de leurs croyances avec cette pratique. L'autocritique de ce choix porte sur le fait que les médecins interrogés ont largement mentionné l'influence du recours aux coupeurs de feu sur leur relation avec les patients, se faisant de fait messagers des propos de ces derniers. Ainsi, il serait intéressant d'avoir le point de vue des patients sur l'influence du recours aux coupeurs de feu sur la relation avec leur médecin, dans des études ultérieures, afin d'explorer tous les aspects de la relation médecin-malade à ce sujet.

De plus, le choix de centrer l'étude sur le contexte de la radiothérapie s'est fait suite à l'état de l'art de la pratique des coupeurs de feu. Au cours de cette exploration préalable à l'étude, plusieurs centres de traitement des brûlés ont été contactés, et ils apparaissaient être beaucoup moins confrontés à l'intervention de coupeurs de feu que les onco-radiothérapeutes. Cependant, il serait pertinent de confirmer et d'explorer ce phénomène dans des travaux ultérieurs.

Finalement, la population à étudier a été centrée sur les médecins généralistes et les onco-radiothérapeutes, entourant tous deux la radiothérapie et

permettant à la fois l'abord ambulatoire et hospitalier de la question. Cependant, un déséquilibre d'exposition au phénomène étudié a été constaté entre médecins généralistes et onco-radiothérapeutes, les onco-radiothérapeutes y étaient beaucoup plus exposés. Cette différence s'explique par la focalisation de l'étude au contexte de la radiothérapie, constituant le quotidien de l'onco-radiothérapeute contrairement à la pratique plus diversifiée du médecin généraliste. Cette disparité a permis d'obtenir des réponses très variées, avec un recul et des points de vue hétérogènes. Cependant, si d'autres études étaient envisagées, il serait plus pertinent d'interroger des onco-radiothérapeutes si l'on s'intéresse spécifiquement au contexte de la radiothérapie, alors que les médecins généralistes seraient sans doute de meilleurs candidats pour explorer le contexte du zona.

b. Sélection des participants

Les participants ont été sélectionnés en recherchant la variation maximale de caractéristiques prédéfinies (15). Cependant, la recherche de variation maximale en termes de sexe et de département d'exercice a été déséquilibrée par l'inclusion d'un médecin lui-même coupeur de feu, dont le département d'exercice était le même qu'un autre médecin participant. En effet, cette opportunité a été jugée plus pertinente comme critère de variabilité, en lien avec le sujet de l'étude, que le sexe et le lieu d'exercice. La capacité du médecin à couper lui-même le feu n'était pas incluse dans les critères de sélection à faire varier, car il était inattendu d'interroger des praticiens ayant cette capacité. Néanmoins, parmi les médecins sélectionnés deux se déclaraient finalement « coupeurs de feu », ce qui a permis d'enrichir les résultats de l'étude. Concernant la variation des lieux d'exercice des médecins interrogés, l'autocritique porte sur la faible variation des régions d'exercice. S'agissant de l'âge des participants, ils allaient du jeune médecin au pré-retraité, permettant ainsi de questionner plusieurs générations.

L'échantillonnage a été fait par « effet boule-de-neige » (16) pour les médecins généralistes mais cette méthode n'a pas été concluante pour les onco-radiothérapeutes dont la sélection s'est faite sur la base des centres de radiothérapie contactés lors de l'exploration préalable, ce qui a pu induire un biais de sélection.

c. Contexte

Les entretiens ont eu lieu en tenant compte des restrictions de déplacement et des mesures barrières imposées par le contexte de la pandémie de SARS-Cov2. L'échange par téléphone a donc été privilégié malgré la perte attendue des données posturales non-verbales. L'environnement immédiat des personnes interrogées était le plus souvent calme, mais pouvait parfois les distraire dans une certaine mesure (notification sur l'ordinateur, téléphone qui sonne). Des bruits de fond lors de certains entretiens ont gêné l'enquêtrice au moment de la retranscription. L'absence de contact visuel par voie téléphonique permettait cependant au participant de se soustraire au regard de l'enquêtrice, autorisant lors des moments de réflexion une plus grande liberté.

Avant chaque entretien, les participants étaient informés du sujet de l'étude via un formulaire d'information et de consentement (Annexe N°2). L'autocritique porte sur la formulation du sujet de l'étude qui a pu entraîner un certain biais dans les réponses des participants.

d. Recueil des données

Le guide d'entretien (Annexe N°1) n'a pas été modifié au cours de l'étude, hormis deux questions supplémentaires qui n'ont été posées qu'aux deux médecins-coupeurs de feu, en lien avec leur capacité singulière. Ces deux questions étaient identiques et systématiques pour les deux médecins-coupeurs de feu.

Le mode d'entretien semi-dirigé et individuel était adapté au sujet de la recherche. Il permettait la libre expression des médecins sur leurs expériences et leur vécu, qui pouvait être de l'ordre intime, face à un sujet non consensuel. Un médecin a ainsi révélé qu'il avait lui-même la capacité à « couper le feu » alors que cette caractéristique n'était pas connue par l'investigatrice au moment de la sélection de ce participant. La technique du focus-group n'aurait pas permis de mettre en confiance les médecins et de garantir leur anonymat (23).

La tenue d'un journal de bord par l'investigatrice tout au long des entretiens, dans lequel elle notait son ressenti et faisait une autocritique après chaque entrevue, a permis d'améliorer sa technique.

3. ANALYSE ET RESULTATS

Les résultats ont été rédigés en suivant les thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse de l'investigatrice. Chaque sous-thème était illustré d'unités de sens issus des verbatim des participants. Il est important de préciser que les verbatims entre guillemets et en italique correspondent à la citation « mot pour mot » des propos tenus par les sujets interrogés, aucune modification n'a été apportée. Chaque verbatim a été identifié avec le numéro de l'entretien duquel il est issu, sous la forme (Ex).

La retranscription des entretiens dans leur totalité n'a pas été intégrée au manuscrit de l'étude pour des raisons de sécurité de données et de préservation de l'anonymat des participants. Elle est cependant disponible auprès de l'auteur, à des fins de recherches ou sur demande des membres du jury.

B. DISCUSSION DES RESULTATS : ANALYSE DES DONNEES CONFRONTEES A LA LITTERATURE

La fréquence du recours aux coupeurs de feu est discordante dans les résultats de cette étude. En effet, certains médecins constatent que leur patientèle sollicite de plus en plus les coupeurs de feu, d'autres ne font pas ce constat. La différence de points de vue à ce sujet peut s'expliquer par la différence d'exposition au phénomène, liée à la spécialité médicale exercée. Dans la littérature, il existe peu de données concernant la fréquence du recours aux coupeurs de feu spécifiquement, mais on retrouve largement l'idée que l'aire médicale actuelle est aux soins de support et aux Médecines Complémentaires et Alternatives, dont les

coupeurs de feu font partie (5,25). Les soins de support sont définis en oncologie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques » (26). Ainsi, l'ambition poursuivie est d'intégrer ces thérapeutiques de support aux soins classiques, en complément de ces derniers, sans s'en détourner (27–30). Cependant, il n'est pas aisé de faire cohabiter de telles pratiques, car leurs bases conceptuelles sont parfois trop éloignées (31).

Concernant la définition de ce qu'est un coupeur de feu, les résultats de cette étude indiquent l'absence de terme unique ou de définition universelle. Il en va de même dans la littérature où des variations régionales sont constatées, rendant une généralisation terminologique difficile. En effet, d'après André Julliard, ethnologue et chargé de recherche au CNRS sur l'anthropologie de la maladie et des religions, on appelle le coupeur de feu « *Signadori* en Corse et Italie; *mos* (le vieux) en Roumanie; *endébinaïre* en Languedoc; *persignieux* en Berry; *panseur de secret, souffleur, barreur et leveur de maux* ailleurs ». Les coupeurs de feu seraient une catégorie de guérisseurs, et la définition suivante est proposée : « Est leveur de maux, toute personne qui, possédant au moins une prière ou une formule à caractère thérapeutique, accepte parallèlement à un métier principal, de la réciter sur tout patient venant consulter. » Le leveur de maux est ainsi « un praticien de proximité », un voisin que l'on consulte par commodité, en dehors de toutes convictions scientifiques (1). Une définition plus précise est évoquée dans la littérature, où le coupeur de feu autrement appelé toucheur, est défini comme « un être prédestiné qui, par l'imposition des mains et la récitation de certaines formules, guérit comme par enchantement les maladies les plus diverses, mais de préférence les maladies externes telles que les ulcères variqueux, les dartres, les verrues, les anthrax etc. Le plus employé des attouchements est le signe de la croix accompagné d'une prière incohérente. Les toucheurs ne font aucun diagnostic, ne donnent pas de médication, ils n'agissent que par leur pouvoir surnaturel » (32). Ainsi, l'implication des coupeurs de feu en contexte de radiothérapie ressort très peu dans la définition de ces derniers, dans la littérature. En effet, cette pratique a des origines historiques lointaines où la radiothérapie ne connaissait pas son essor actuel, et donc on peut supposer que l'implication des coupeurs de feu dans cette indication ne soit qu'un ajout à un « exercice » global ancestral.

S'agissant de l'acquisition de la capacité à « couper le feu », il apparaît dans la littérature, comme dans ce travail de recherche, que les règles de transmission sont très variées (1). Les recherches bibliographiques confirment qu'il n'existe ni communauté ni formation reconnue de coupeur de feu (33). Aussi, la notion de secret est bien retrouvée, avec cet aspect confidentiel entre l'initiateur et le successeur, ainsi que le devoir de céder le secret avant sa mort (1). De plus, comme décrit par certains participants à l'étude, la prière utilisée par le coupeur de feu est présente dans la littérature, justifiée par un rapport historique à la religion en lien avec un caractère rural ancestral (34,35). L'imposition des mains pourrait elle aussi prendre sa source dans la religion, notamment dans le christianisme évangélique, avec la pratique pentecôtiste qui utilise ce geste lors des prières de guérison par la foi (36).

Au-delà de l'intervention visible des coupeurs de feu, le mécanisme physique qui sous-tend leur action pose question. Dans cette étude, de nombreux médecins interrogés disaient n'avoir aucune idée du mécanisme possible. Certains ont avancé des hypothèses : une transmission d'énergie impliquant des ondes électromagnétiques et l'action sur un champ, une intervention sur les niveaux de conscience comme dans l'hypnose, et l'effet placebo. Dans la littérature, différents modèles explicatifs sont proposés, même si les différents auteurs assument un niveau de preuve insuffisant, ne permettant pas de conclure.

Premièrement, concernant l'hypothèse de la transmission d'énergie, le postulat de départ est que tous les organismes vivants produisent des courants électriques, une sorte de bioélectricité endogène, d'ailleurs déjà étudiée de manière courante via l'électrocardiogramme et l'électroencéphalogramme. Certains chercheurs envisagent ainsi que cette bioélectricité soit manipulable, malléable à des fins thérapeutiques. Parmi les mécanismes pouvant avoir un effet sur cette bioélectricité, les champs électromagnétiques sont évoqués, avec leurs effets thermiques et non thermiques (37). Le coupeur de feu pourrait donc interagir avec une sorte de champ physique et biologique, qui entoure et imprègne les corps vivants, appelé « biofield » (38,39). Outre l'action de proximité des coupeurs de feu, des pistes de recherche sont avancées pour expliquer leur éventuelle action à distance, faisant intervenir les lois physiques de la relativité et de la mécanique quantique. Cette thèse n'a pas vocation à relater les principes de physique quantique

dans toute leur complexité, cependant nous fournissons un résumé succinct non exhaustif de ce qui est évoqué par plusieurs auteurs dans la littérature (38,40,41). Le principe de la non-localité en physique quantique, repose sur l'idée que des particules peuvent se trouver dans différents états intriqués, avec des corrélations instantanées et non médiées sur une distance. Il est envisagé que ce principe de physique quantique, prouvé scientifiquement à l'échelle des interactions microscopiques (subatomiques), puisse expliquer les interactions interhumaines à l'échelle macroscopique. Le deuxième principe de physique quantique potentiellement impliqué est le principe de réduction des états quantiques. Il est défini par le fait que l'acte de mesure en physique quantique effondre une fonction d'onde probabiliste en un seul résultat. C'est-à-dire que lorsqu'on mesure l'état d'une particule on modifie de fait son état, autrement dit on ne peut pas mesurer l'état d'une particule sans modifier fondamentalement cet état (exemple : expérience du chat de Schrodinger) (42). L'hypothèse est donc faite que l'intention consciente de guérison pourrait agir de manière similaire, en aidant à sélectionner un état clinique parmi une série de possibilités d'états intriqués. Ainsi, les thérapies par intention de guérison à distance transcenderaient l'espace et le temps, et l'hypothèse est faite que la grille de lecture scientifique actuelle n'est simplement pas adaptée pour expliquer ce phénomène (40).

Deuxièmement, un mécanisme voisin de l'hypnose était envisagé pour expliquer le mécanisme d'action théorique des coupeurs de feu. En effet, l'hypnose est basée sur l'induction par la parole d'un état de conscience indifférent à l'environnement extérieur, et une hyper suggestibilité. Ses mécanismes ne sont pas entièrement connus, mais la modification de l'état de conscience du patient permettrait d'amplifier ses ressources internes, dont celles permettant de lutter contre la douleur (43).

Enfin, d'autres recherches se concentrent plutôt sur l'effet placebo. Ce phénomène se base sur l'effet biologique provoqué par une modulation psychologique via des circuits neurologiques et des neurotransmetteurs identifiés (44). Si l'effet placebo ne suffit pas à expliquer l'effet des thérapies manuelles, il en fait au moins partie et potentialise leur effet (45).

Si l'on s'intéresse au contexte de radiothérapie, un des résultats de l'étude est que cette discipline souffre de préjugés. En effet, lorsque l'on évoque les effets secondaires de la radiothérapie, ainsi que les facteurs de risque de les développer, l'analogie avec le « coup de soleil » est souvent faite et prête à confusion. Les entretiens réalisés dans cette étude mettent en lumière le fait qu'il existe une relation inverse entre la sensibilité de la peau au soleil et la sensibilité aux radiations ionisantes. En effet, il est démontré dans la littérature que la propension à développer un « coup de soleil » est associée à un risque moindre de développer une radiodermite (46). Inversement, les personnes à la peau mate ou noire, sont plus susceptibles de voir apparaître une inflammation cutanée induite par les radiations ionisantes (47). De plus, le volume mammaire ainsi que l'indice de masse corporelle sont bien des facteurs associés à la radiodermite aiguë, comme évoqué au cours de l'étude (48).

Au-delà de la crainte de la brûlure, les praticiens interrogés évoquent une justification culturelle et géographique à l'utilisation des coupeurs de feu. Cette tendance apparaît aussi dans la littérature, à l'échelle des différents types de MCA, avec la nécessité de faire des recherches supplémentaires pour que les médecins puissent s'appuyer sur des preuves scientifiques d'efficacité concernant les MCA plutôt que sur une tendance régionale et des orientations culturelles (49).

Outre l'aspect géographique et culturel, il existe dans la littérature comme dans ce travail de recherche, d'autres facteurs expliquant le recours aux MCA. On retrouve l'appréhension des symptômes post-radiques, mais aussi les influences extérieures (recommandations par la famille et les amis) (50). Il apparaît également qu'une des motivations principales est d'exploiter toutes les ressources possibles, et de rechercher un soulagement physique et psychologique (51). Les médecins interrogés dans notre étude évoquent aussi l'optimisation des chances de guérison, et la recherche d'une écoute et d'une certaine compréhension. Le manque de temps et de disponibilité des médecins est ainsi mentionné comme une fragilité de la médecine allopathique. Dans l'enquête d'Inglin et al., qui évalue le recours aux médecines complémentaires chez les patients en suivi oncologique, l'insatisfaction de la médecine traditionnelle arrive en dernière position des motifs de recours aux MCA (51).

La crainte des effets secondaires provoqués par les thérapeutiques conventionnelles est aussi évoquée dans notre travail comme moteur de recours aux coupeurs de feu. Dans le cadre de l'antalgie par exemple, la sédation est décrite comme le « prix à payer » pour soulager les douleurs. L'effet secondaire de sédation est connu et toléré dans une certaine mesure car le bénéfice apporté (soulager les douleurs) lui est supérieur. En comparaison, la balance bénéfice/risque des coupeurs de feu, spécifiquement, a très peu été étudiée dans la littérature. Les recherches qui s'intéressent à des pratiques qui s'en rapprochent, comme le toucher thérapeutique ou les thérapies de guérison à distance, sont peu nombreuses et contradictoires. Certains affirment que le toucher thérapeutique améliore l'état de santé des patients (52), d'autres concluent à la nécessité de rester prudent et ne pas valoriser des attentes irréalistes (53). Notre étude révèle les mêmes divergences d'opinions. Ainsi, les effets secondaires des thérapeutiques conventionnelles sont médicalement acceptés car connus, et contrebalancés par un bénéfice réel connu lui aussi. A l'inverse, la pratique des coupeurs de feu est remise en cause car ni son bénéfice ni son risque ne sont scientifiquement connus (54).

Si l'on s'intéresse aux risques possibles de l'intervention des coupeurs de feu, certains médecins interviewés mentionnent un risque premier : penser qu'il ne peut y avoir aucun risque. Des données de la littérature indiquent l'importance, dans l'évaluation de toute thérapeutique, de considérer les risques indirects n'étant pas liées à l'état de santé (55). Sont mentionnés notamment : les risques liés à la variabilité des pratiques, ceux liés aux suppositions subjectives et au défaut d'information des patients, ceux liés au coût (prenant en compte le coût lié au retard de diagnostic et de traitement conventionnel), et ceux liés à l'absence de déclaration et donc de régulation des pratiques.

Concernant les bénéfices possibles de l'intervention des coupeurs de feu, il apparaît dans la littérature comme dans ce travail, que le recours aux coupeurs de feu permet une approche différente de la maladie. C'est le constat fait par Lola Yecora-Zorzano en 2016 dans sa thèse de médecine « *S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens* » (56). En effet, elle avance qu'il ne faut pas considérer l'existence des guérisseurs comme la « survivance d'un obscurantisme ignorant mais comme l'expression d'une dimension

constitutive de la maladie : son rapport au social, donc au spirituel et au sens ». Le coupeur de feu fournirait donc une explication symbolique, en permettant un autre spectre de lecture que celui de la rationalité médicale, à des patients demandeurs de prise en soin globale et de réassurance. Cette notion est d'ailleurs bien intégrée par l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Son président, Pr Ivan Krakowski, oncologue spécialiste de la douleur, explique que les « soins non conventionnels s'appuient en général sur des traditions populaires ou sur une expérience vécue positive contre la douleur. Or si les malades ont cherché autre chose qu'un traitement conventionnel, c'est soit parce que le médecin a été négligent et n'a pas entendu la souffrance, soit parce qu'il ne pouvait rien leur apporter » (57,58).

Devant tant d'inconnues concernant la pratique des coupeurs de feu, plusieurs postures médicales ont été mises en évidence dans cette étude. Les personnes interrogées ont rapporté les attitudes qu'elles avaient face à cette question, ainsi que les attitudes qu'elles avaient pu constater chez leurs confrères. De ce fait, un large éventail de postures médicales a été recueilli. Dans la littérature, certaines études montrent que les conseils fournis au patient par un praticien conventionnel au sujet des MCA influencent le niveau de confiance de ce dernier envers les MCA, et influencent ainsi leur recours ou non à celles-ci. En d'autres termes, les médecins - généralistes notamment - ont un statut d'individu de confiance, et l'information qu'ils délivrent est supposée fiable et scientifiquement fondée. Ainsi, les patients ayant reçu des informations positives sur les MCA par des praticiens conventionnels vont davantage avoir confiance en les MCA que les patients qui ont reçu des informations négatives, neutres, ou inexistantes (13,14). Si la posture adoptée par le médecin influence le recours aux MCA, elle influence aussi sa communication avec le patient. Ainsi, certaines études montrent que 77% des patients ne dévoilent pas le fait qu'ils sollicitent des MCA à leur médecin. Les principales raisons invoquées sont : l'inquiétude de la réaction négative du médecin, l'idée que le praticien n'a pas besoin de connaître cette information, et le fait que le praticien n'a pas demandé (12). Devant ce constat, des chercheurs ont essayé d'ériger des recommandations en termes de communication pour les cliniciens au sujet des MCA en cancérologie (59). Une caractéristique essentielle de ces recommandations est que le professionnel de santé n'a pas besoin d'être un expert en MCA pour avoir une discussion

respectueuse, mesurée et utile avec le patient. De plus, la discussion autour des MCA est envisagée comme une opportunité d'explorer les aspects psychosociaux et les besoins existentiels du patient.

S'agissant du cadre légal et réglementaire, « couper le feu » n'apparaît pas être une profession. D'une part, dans l'histoire des coupeurs de feu, ce sont des gens qui exerçaient leur don en plus de leur activité professionnelle (2). D'autre part, dans les pratiques actuelles, la question de l'exercice illégal de la médecine et de l'usurpation du titre de médecin se pose (60). En effet, « toute personne qui, sans être médecin - ou hors de leur sphère de compétences pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les biologistes-médicaux - prend part à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement de maladies, réelles ou supposées, par acte personnel, consultations verbales ou écrites, exerce illégalement la médecine » (61). Le coupeur de feu n'étant pas défini comme un professionnel de santé, il existe une ambiguïté entre sa pratique et l'exercice de la médecine. Le statut des médecins-coupeurs de feu est d'autant plus équivoque sur le plan légal. Aussi, il existe une contradiction entre l'orientation vers un coupeur de feu par un médecin, et l'obligation d'honnêteté qui est inscrite dans le Code de déontologie des professions médicales (article 39) et le Code de la santé publique (Article R4127-39) (62) : « Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé ».

Une évolution des pratiques est donc suggérée par certains participants, qui verbalisent la nécessité de travaux de recherche complémentaires, tout en évoquant les obstacles à la réalisation de telles études. Dans la littérature, d'autres chercheurs vont plus loin en discréditant toute recherche à ce sujet (63). En effet, pour justifier tout essai clinique, le postulat de départ devrait être d'avoir des données pré-cliniques scientifiquement bien étayées. Concernant des pratiques similaires à celle des coupeurs de feu (reiki, toucher thérapeutique), la probabilité préclinique d'avoir un effet supérieur au placebo est estimée insuffisante, d'autant plus qu'il n'existe pas de preuve franche de l'existence de l'« énergie de guérison » évoquée, et encore moins de preuves sur la possibilité que des humains la manipulent. Dans la littérature

scientifique médicale, la caractérisation d'une thérapeutique comme étant « fondée scientifiquement » repose sur deux principes : la présence de preuves d'efficacité, et l'existence d'un mécanisme d'action plausible pouvant suggérer cette efficacité (8). Ainsi, si aucun mécanisme n'est identifié, même si on a l'impression d'une efficacité, on ne peut pas dire de cette thérapeutique qu'elle est « fondée scientifiquement ».

De plus, le pré requis à la réalisation d'un essai clinique, est que son résultat ait une conséquence sur la pratique clinique. Autrement dit si la thérapeutique étudiée ne fait pas mieux que le placebo, on prévoit d'abandonner l'usage de cette thérapeutique. Or, les chercheurs constatent que de nombreux types de MCA perdurent malgré l'absence de preuves de supériorité retrouvée dans les études (63). Enfin, un des principes fondateurs de la recherche impliquant la personne humaine, est d'être conforme aux principes scientifiques généralement acceptés. Or, une des pistes avancée pour expliquer la pratique des coupeurs de feu, est d'envisager une autre lecture que le paradigme scientifique actuel. Ainsi, si on réalise une étude randomisée selon la méthodologie dictée par la science actuelle, il paraît incohérent de prétendre expliquer l'action des coupeurs de feu par un spectre autre que celui de la science actuelle (63–65).

Certains chercheurs défendent donc, au-delà de *Evidence Based Medicine* (médecine basée sur les preuves), la « *Science Based Medicine* » (médecine basée sur la science).

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Julliard A. Dons et attitudes religieuses chez les leveurs de maux en France (1970-1990) Disponible sur: <http://www.religiologiques.uqam.ca/18/18texte/18julliard.html>
2. Perret N. Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2009.
3. Guy J-B, Bard-Reboul S, Trone J-C, Vallard A, Espenel S, Langrand-Escure J, et al. Healing touch in radiation therapy: is the benefit tangible? *Oncotarget*. 6 oct 2017;8(46):81485-91.
4. Scotté F, Hervé C, Oudard S, Bugat ME, Bugat R, Farsi F, et al. Supportive care organisation in France: An in depth study by the French speaking association for supportive care in cancer (AFSOS). *Eur J Cancer*. mars 2013;49(5):1090-6.
5. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J*. 2012;12(1):45-56.
6. Boissinot E. Place des médecines complémentaires et alternatives: Sommes-nous prêts à accepter le concept de médecine intégrative en France ? *Hegel*. 2020;N° 2(2):143.
7. NCCIH. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? Disponible sur: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
8. Guillaud A. Décrire et expliquer le recours aux thérapeutes alternatifs en France. *Santé publique et épidémiologie*. Université Grenoble Alpes; 2020.
9. Pierce B. The use of biofield therapies in cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. avr 2007;11(2):253-8.
10. Jain S, Hammerschlag R, Mills P, Cohen L, Krieger R, Vieten C, et al. Clinical Studies of Biofield Therapies: Summary, Methodological Challenges, and Recommendations. *Glob Adv Health Med*. janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.034.
11. Hunter D, Oates R, Gawthrop J, Bishop M, Gill S. Complementary and alternative medicine use and disclosure amongst Australian radiotherapy patients. *Support Care Cancer*. juin 2014;22(6):1571-8.
12. Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med*. juin 2004;12(2-3):90-8.
13. van der Schee E, Groenewegen PP. Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health*. 12 mars 2010;10(1):128.
14. Salamonsen A. Doctor–patient communication and cancer patients' choice of alternative therapies as supplement or alternative to conventional care. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):70-6.

15. LEPCAM. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM. Disponible sur:
https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
16. LEPCAM. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM. Disponible sur:
https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
17. Ville. In: Wikipédia 2021. Disponible sur:
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ville&oldid=182889652>
18. Légifrance. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. janv 6, 1978. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886460/>
19. Légifrance. Principes généraux relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1121-17). Code de la santé publique, Article L1121-1. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/
20. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? .2018. Disponible sur:
<https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-comment-proceder-pour-une-these-ou-un-memoire>
21. Dictionnaire LR. métier - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples DICTIONNAIRE LE ROBERT. Disponible sur:
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/metier>
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):4.
24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
25. WHO global report on traditional and complementary medicine, 2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 p. 228.
26. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille. Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. févr 22, 2005. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
27. Sirois FM. Treatment Seeking and Experience with Complementary/Alternative Medicine: A Continuum of Choice. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8(2). 2002;127-34.
28. Hart LK, Freel MI, Haylock PJ, Lutgendorf SK. The Use of Healing Touch in Integrative Oncology. Clin J Oncol Nurs. oct 2011;15(5):519-25.
29. Stephen JE, Mackenzie G, Sample S, Macdonald J. Twenty years of therapeutic touch in a Canadian cancer agency: lessons learned from a case study of integrative oncology practice. Support Care Cancer. 1 août 2007;15(8):993-8.
30. Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. :13.

31. Hufford DJ, Sprengel M, Ives JA, Jonas W. Barriers to the Entry of Biofield Healing into "Mainstream" Healthcare. *Glob Adv Health Med*. 1 janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.025.suppl.
32. LE DÛ M. Toucher pour soigner. Le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe : un nourrisson entre de bonnes mains. [Paris]: Université Paris 8; 2017. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2017PA080041.pdf>
33. Guarneri E, King RP. Challenges and Opportunities Faced by Biofield Practitioners in Global Health and Medicine: A White Paper. *Glob Adv Health Med*. janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.024.
34. Julliard A. Le Don du guérisseur. Une position religieuse obligée / The Healer's Gift. *Arch Sci Soc Relig*. 1982;43-61.
35. Laplantine F. La Maladie, la guérison et le sacré / Sickness, its Cure and the Sacred. *Arch Sci Soc Relig*. 1982;54(1):63-76.
36. Imposition des mains. In: Wikipédia 2021. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Imposition_des_mains&oldid=179464442
37. Muehsam D, Chevalier G, Barsotti T, Gurfein BT. An Overview of Biofield Devices. *Glob Adv Health Med*. 1 janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.022.suppl.
38. Hammerschlag R, Levin M, McCraty R, Bat N, Ives JA, Lutgendorf SK, et al. Biofield physiology: A Framework for an emerging discipline. *Glob Adv Health Med*. janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.015.
39. Rubik B, Muehsam D, Hammerschlag R, Jain S. Biofield Science and Healing: History, Terminology, and Concepts. *Glob Adv Health Med*. janv 2015;4(1_suppl):gahmj.2015.038.
40. Radin D, Schlitz M, Baur C. Distant Healing Intention Therapies: An Overview of the Scientific Evidence. *Glob Adv Health Med*. nov 2015;4(Suppl):67-71.
41. Leder D. « Spooky actions at a distance »: physics, psi, and distant healing. *J Altern Complement Med N Y N*. oct 2005;11(5):923-30.
42. TEDx Talks. Univers Parallèles et Révolution Quantique | Christophe Galfard | TEDxParis. Paris; 2015. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=J8PEymuDf6A&ab_channel=TEDxTalks
43. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. *INSERM. U 1178*:213.
44. Berna C, Cojan Y, Vuilleumier P, Desmeules J. Analgesic placebo effect: contribution of the neurosciences. *Rev Med Suisse*. 29 juin 2011;7(301):1390-3.
45. Bialosky JE, Bishop MD, George SZ, Robinson ME. Placebo response to manual therapy: something out of nothing? *J Man Manip Ther*. févr 2011;19(1):11-9.
46. Yamazaki H, Yoshida K, Nishimura T, Kobayashi K, Tsubokura T, Kodani N, et al. Association between Skin Phototype and Radiation Dermatitis in Patients with Breast Cancer Treated with Breast-conserving Therapy: Suntan Reaction could be a Good Predictor for Radiation Pigmentation. *J Radiat Res (Tokyo)*. 2011;52(4):496-501.

47. Meghrajani CF, Co HS, Arcillas JG, Maaño CC, Cupino NA. A randomized, double-blind trial on the use of 1% hydrocortisone cream for the prevention of acute radiation dermatitis. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 3 mars 2016;9(3):483-91.
48. Aoulad N, Massabeau C, de Lafontan B, Vieillevigine L, Hangard G, Ciprian C, et al. [Acute toxicity of breast cancer irradiation with modulated intensity by tomotherapy®]. *Cancer Radiother J Soc Francaise Radiother Oncol*. mai 2017;21(3):180-9.
49. Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med*. 23 nov 1998;158(21):2303-10.
50. Sirois FM, Purc-Stephenson RJ. Consumer Decision Factors for Initial and Long-Term Use of Complementary and Alternative Medicine. *Complement Health Pract Rev*. 1 janv 2008;13(1):3-19.
51. Inglin S, Amsler S, Arigoni F, Burton-Jeangros C, Pargoux-Vallade C. Evaluation du recours aux médecines complémentaires chez les patients en suivi oncologique. *Rev Médicale Suisse*. 2008;5.
52. Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer: a Literature Review. *Med Arch*. avr 2016;70(2):142-7.
53. Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Ann Intern Med*. 3 déc 2002;137(11):889-903.
54. Danièle CARRICABURU, Michel CASTRA, Patrice COHEN. Risque et pratiques médicales. PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE; 2010 p. 18. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782810900046.pdf>
55. Wardle J (Jon) L, Adams J. Indirect and non-health risks associated with complementary and alternative medicine use: An integrative review. *Eur J Integr Med*. août 2014;6(4):409-22.
56. Yecora-Zorzano L. S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01407466/document>
57. La Dépêche. La médecine s'ouvre aux guérisseurs. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2015/03/22/2071989-la-medecine-s-ouvre-aux-guerisseurs.html>
58. AFSOS. Découvrir tous les soins de support. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/decouvrir-tous-les-soins-de-support/>
59. Schofield P, Diggins J, Charleson C, Marigliani R, Jefford M. Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: Communication recommendations for clinicians. *Patient Educ Couns*. mai 2010;79(2):143-51.

60. Légifrance. Article L4161-1 - Exercice illégal de la médecine. Code de la santé Publique, L4161-1. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021709047/2014-02-27
61. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
62. Légifrance. Article R4127-39 - Déontologie médicale. Code de la santé publique, R4127-39. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912902/
63. Gorski DH, Novella SP. Clinical trials of integrative medicine: testing whether magic works? Trends Mol Med. sept 2014;20(9):473-6.
64. Hoffer LJ. Complementary or alternative medicine: the need for plausibility. CMAJ Can Med Assoc J. 21 janv 2003;168(2):180-2.
65. Guillaud A. Doit-on intégrer les « médecines alternatives » dans les systèmes de santé ? – Éléments d'analyse générale, cas de la recherche clinique. 2016:110.

VI. ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Introduction

Bonjour, je suis Manon MIRABEL et je suis étudiante en 10^e année de médecine générale à la faculté d'Aix-Marseille. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Le but de celui-ci est d'**expliquer le recours à la pratique des "coupeurs de feu" dans le contexte de la radiothérapie.**

L'entretien durera une vingtaine de minutes, et sera enregistré sous forme audio si vous êtes d'accord. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme, puis seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. A aucun moment votre identité ne sera dévoilée, l'objectif étant de vous donner une totale liberté de parole afin que vous puissiez exprimer vos expériences et ressentis vis-à-vis de cette question. Sachez que les entretiens respectent les conditions légales de la CNIL.

L'analyse des données sera réalisée par Manon Mirabel, et les résultats utilisés dans le cadre de cette thèse peuvent éventuellement être publiés.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt pour cette étude.

Questionnaire de caractérisation de la personne interrogée

- Etes-vous médecin généraliste ou onco-radiothérapeute ?
- Etes-vous un homme ou une femme ?
- Quel âge avez-vous ?
- Dans quelle structure et ville exercez-vous ?
- Etes-vous vous-même coupeur de feu ?

Trame de questions ouvertes

I. Définition et représentation de ce qu'est un coupeur de feu

Qu'est-ce que pour vous un coupeur de feu ?

Relance 1 : Quelles sont les compétences que l'on attend de lui, selon vous ?

Pouvez-vous m'en dire plus sur le recours aux coupeurs de feu dans votre pratique quotidienne ?

Relance 1 : Concernant la prise de contact, avez-vous des contacts de coupeurs de feu ? / Comment se passe la prise de contact ?

Relance 2 : Concernant l'intervention elle-même, connaissez-vous les modalités de cette intervention ?

II. Les enjeux de l'approche de cette question en consultation

Comment abordez-vous ce sujet avec vos patients ?

Relance 1 : Si vous l'abordez, de quelle manière ? / Si vous ne l'abordez pas, pourquoi ?

Relance 2 : Quels sont les facteurs limitants et favorisant l'approche de cette question en consultation ?

Est-ce que le fait d'aborder ce sujet avec vos patients modifie votre relation avec eux, selon vous ?

Relance 1 : Qu'est-ce que cela modifie ?

Relance 2 : Et pourquoi quelles raisons selon vous ?

III. Les motifs du recours aux coupeurs de feu

Pourquoi, selon vous, les patients se tournent-ils vers les coupeurs de feu ?

Relance 1 : pour quels motifs envisagez-vous qu'un patient puisse avoir recours à un coupeur de feu ?

Relance 2 : comment expliquez-vous l'existence de cette pratique ?

Relance 3 : comment définiriez-vous le rapport de cette pratique avec la médecine conventionnelle ?

IV. Vécu personnel du médecin et axes d'amélioration envisagés

Avez-vous des retours d'expériences en particulier, des exemples marquants ?

Quel est votre ressenti sur l'effet de cette pratique ?

Relance 1 : Quel est votre ressenti sur les éventuels effets bénéfiques et les éventuels effets néfastes de cette pratique ? Pourquoi ?

Si vous pouviez proposer un changement vis-à-vis de cette pratique telle qu'elle est faite actuellement, que changeriez-vous ?

Relance 1 : concernant chaque étape du recours à un coupeur de feu, de la prise de contact, à l'intervention elle-même, avez-vous des modifications à suggérer ?

V. Commentaires libres

Nous arrivons au terme de notre entretien, souhaitez-vous apporter des informations complémentaires sur ce sujet, des choses que nous n'aurions pas abordé ?

Merci pour votre participation. Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès ultérieurement aux conclusions de cette étude.

Annexe n°2 : Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant : (anonymisation)

« Comprendre le recours aux "coupeurs de feu" après radiothérapie : entretiens avec des généralistes et onco-radiothérapeutes » A l'heure de l'Evidence Based Medicine, le recours à une pratique ancestrale comme celle des « coupeurs de feu » reste d'actualité. Le but de cette étude est d'interroger le point de vue et recueillir les retours d'expériences de professionnels de santé ayant été confrontés à cette question.

Cet entretien rentre dans le cadre d'une recherche qualitative. Il sera réalisé de manière individuelle, par Manon Mirabel, en présentiel ou par téléphone ou visioconférence.

Il durera une vingtaine de minutes et sera enregistré (audio) de façon anonyme, si vous êtes d'accord. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, ils seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par Manon Mirabel, et les résultats utilisés dans le cadre de cette thèse peuvent éventuellement être publiés.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Merci de cocher chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____

Signature
(investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

VII. LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

EBM : Evidence Based Medicine

MG : Médecin Généraliste

Onco-RT : Onco-Radiothérapeute

Nbe hab : Nombre d'habitants de la ville d'exercice

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CH : Centre Hospitalier

MCA : Médecines Complémentaires et Alternatives

NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine , je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera . Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes , je tairai les secrets qui me seront confiés . Reçue à l'intérieur des maisons , je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs .

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission . Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité .

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »