

**Pour une reconnaissance et une
pleine intégration de l'acupuncture
au système de santé du Québec**

Mémoire
Présenté au Commissaire à la santé et
au bien-être

**Ordre des acupuncteurs du Québec –
OAQ**



29 janvier 2016

Comité de rédaction : Khadija Benabdallah, Ac., Ph. D., Claude Kamga Defo, Ac., M. Sc., Anne-Geneviève Pagé, Ac., C. Erg., Stéphanie Racette, Ac., M. Sc., Claude Raymond, Ac., Jacques Savard, Ac., B. Ph., Achille Volpi, Ac.

Avec la contribution de Diane Jobin, Ac., B. Sc. I., M. Sc. C., Didier Collart, Kristel Tremblay.

Révision et mise en page : Elaisne Blain Ac., M. Sc., Anne-Geneviève Pagé, Ac., C. Erg., Stéphanie Racette, Ac., M. Sc.

**Ordre des acupuncteurs du Québec,
505, boul. René Lévesque Ouest, bureau 1106,
Montréal, Québec, H2Z 1Y7
Tel : 514-523-2882
Fax : 514-523-9669
Courriel : info@o-a-q.org
Site web : www.o-a-q.org**

© Ordre des Acupuncteurs du Québec – OAQ

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non-commerciales avec la mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Table des matières

Liste des tableaux et figures.....	5
Présentation de l’auteur.....	6
Résumé.....	8
Introduction.....	9
Recommandations de l’OAQ au CSBE	10
Mise en contexte	11
Loi sur l’acupuncture	11
Formation des acupuncteurs au Québec	11
Clients qui consultent acupuncture	12
Portrait de la clientèle de la clinique-école du Collège de Rosemont.....	13
État actuel de l’acupuncture.....	16
Contexte global – Organisation Mondiale de la Santé.....	16
Acupuncture à l’international	16
Union Européenne	17
Pays scandinaves.....	18
États-Unis.....	18
Australie.....	19
Canada.....	20
Alberta.....	21
Colombie-Britannique.....	22
Terre-Neuve et Labrador.....	22
Ontario	23
Québec	23
Domaines développés en milieu hospitalier au Québec	24
Obstétrique.....	24
Dépendance.....	25
Douleur chronique	28
Analyse préliminaire de coûts des traitements : histoire de cas.....	29
Oncologie.....	31

Coûts-bénéfices de l’acupuncture	34
Méthodes d’évaluation de la rentabilité des traitements par acupuncture	34
Recension de littérature – Discussion	35
Acupuncture et douleur	37
Acupuncture et système de santé	37
Conclusion	41
Annexe 1 : Lettre d’appui de la Coalition Priorité Cancer au Québec	43
Références	44

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Portrait de la clientèle de la clinique-école d’acupuncture du Collège de Rosemont – de 2005 à 2015	15
Tableau 2 : Statut de l’acupuncture dans les pays de l’Union Européenne	17
Tableau 3 : Portrait de la clientèle du CRDM traitées par acupuncture de 2013 à 2015 – Efficacité des traitements	27
Tableau 4 : Comparaison des coûts de matériel reliés aux traitements médicaux et des coûts de matériel d’acupuncture pour un client de 43 ans traité au CGD en 2014.....	30
Figure 1 : Lettre d’appui de Dr Thomas Jagoe - Hôpital général Juif	32
Tableau 5: Études de rentabilité de l’acupuncture de 1995 à 2015 par catégories de problèmes de santé	38

Présentation de l’auteur

Créé en 1995, l’Ordre des acupuncteurs du Québec (OAQ), est constitué en vertu des dispositions du Code des professions, de la Loi sur l’acupuncture et de la réglementation qui en découle. Comme les 45 autres ordres professionnels de la province, l’OAQ a pour mission d’assurer la protection du public, notamment en contrôlant l’accès à la profession d’acupuncteur et en réglementant son exercice. L’OAQ s’assure de la qualité des activités professionnelles de ses membres et favorise le maintien et le développement de leurs compétences, il s’engage dans le développement de la profession et promeut l’accessibilité aux soins en acupuncture.

L’OAQ a reçu le mandat d’assurer la protection du public en matière de soins d’acupuncture. L’OAQ conçoit la protection du public à la lumière des théories et concepts qui inspirent l’exercice de l’acupuncture, cette discipline de la médecine traditionnelle orientale¹(MTO). Dans cette optique, l’OAQ s’engage à contribuer à la santé des citoyens du Québec par la promotion d’une vision globale de la santé où se combinent tant les soins curatifs que la prévention. Le slogan de l’OAQ, « Pour un développement durable de la santé » traduit cette vision qui s’appuie sur une démarche d’ouverture et d’échange avec les autres acteurs du système professionnel et le public, ainsi que sur l’amélioration constante de l’exercice de la profession.

L’OAQ veille à maintenir de hauts standards de qualité dans la formation et l’exercice des acupuncteurs au Québec. Il assure le rayonnement de l’acupuncture en facilitant l’accès du public aux soins et en favorisant l’intégration des autres disciplines de la médecine traditionnelle orientale dans son champ d’exercice.

Nous vous rappelons, qu’au Québec, seuls les membres de l’OAQ ont le privilège de dispenser des soins d’acupuncture et de porter le titre d’acupuncteur.

Pour assurer l’excellence des soins dispensés par les membres de l’OAQ, nous veillons à ce que leur exercice demeure à la fine pointe des connaissances. À ce titre, le comité d’inspection professionnelle veille au respect des diverses règles et lois qui encadrent l’exercice et le Bureau du Syndic met à la disposition des personnes qui auraient des doutes sur l’exercice d’un membre, ou qui aurait été lésées, les moyens de se faire entendre. Les comités de formation initiale, de formation continue et le comité scientifique travaillent constamment pour maintenir et développer les connaissances des acupuncteurs.

¹ **Médecine traditionnelle orientale (MTO) / médecine traditionnelle chinoise (MTC)** : ensemble de théories et de champs d’application ancrées dans la culture traditionnelle orientale et chinoise ayant comme premier objectif d’entretenir la santé et de prévenir les maladies ; ces champs d’application sont au nombre de cinq : acupuncture, diététique, exercices (QiGong), massage (Tuina), pharmacopée (herbes).

Tout a donc été mis en place pour que les citoyens du Québec puissent consulter un acupuncteur en toute sécurité et en toute confiance. Depuis les débuts de l'encadrement légal de l'acupuncture au Québec, les acupuncteurs ont mis en pratique des règles strictes de stérilisation et depuis le 1er avril 2003, seules les aiguilles à usage unique sont autorisées. Les traitements d'acupuncture sont sécuritaires et peuvent contribuer à l'amélioration de nombreux problèmes de santé.

Les valeurs de l'OAQ

L'OAQ privilégie l'excellence, la rigueur professionnelle et l'intégrité comme sources d'inspiration dans l'ensemble de ses activités afin d'accomplir sa mission. L'OAQ s'assure que son personnel et ses membres interviennent avec respect.

Les valeurs de la profession

Dans son exercice quotidien, l'acupuncteur s'inspire des valeurs et principes qui encadrent et définissent sa profession, notamment l'engagement à :

- Respecter la vie, la dignité et la liberté de la personne humaine.
- Protéger la santé et le bien-être des individus qu'il dessert tant sur le plan individuel que collectif.
- S'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence et intégrité.
- Exercer sa profession selon les normes de pratique généralement reconnues en acupuncture.
- Tenir à jour et perfectionner ses compétences.
- Avoir une conduite irréprochable et agir avec courtoisie, dignité, modération et objectivité.
- Subordonner son intérêt personnel à celui du client.
- Sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle.

Résumé

Le présent mémoire démontre l'augmentation significative de l'utilisation des médecines alternatives en Occident en complément à la médecine conventionnelle pour la prévention ou le soulagement de pathologies chroniques et aiguës. La littérature scientifique témoigne de nouvelles valeurs émergentes à la population actuelle, telles la prise en charge globale, l'implication dans le processus de soins et l'intérêt pour les méthodes naturelles.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2002 un rapport prenant comme critères d'efficacité les données probantes. Ce rapport reconnaît que l'acupuncture est efficace pour traiter plus de 120 affections.

Plusieurs pays occidentaux ont intégré l'acupuncture dans leurs hôpitaux (États-Unis, l'Europe et l'Australie). L'Allemagne et la Norvège ont intégré les frais de traitement d'acupuncture dans leur régime public. Somme toute, d'un pays à l'autre, les problématiques de santé traitées par acupuncture sont similaires. Au Canada, l'acupuncture est réglementée et reconnue comme soin de santé dans cinq provinces, notamment en Colombie-Britannique, où le régime public en assume partiellement les frais. De nombreuses compagnies d'assurances privées remboursent une part des frais de soins d'acupuncture, et la CSST et la SAAQ ont également intégré les traitements d'acupuncture à leurs régimes.

L'intégration publique et privée prouve qu'en plus de répondre à une demande et de démontrer son innocuité, l'acupuncture est reconnue par les institutions comme médecine alternative permettant la réduction des coûts en santé. Un fort niveau de preuve coût-efficacité s'observe pour les douleurs chroniques, l'asthme, la dépression, le syndrome du côlon irritable ou en soins palliatifs. Les gains réalisés par l'adjonction de l'acupuncture sont obtenus par l'amélioration de l'efficacité des traitements conventionnels, la qualité de vie de la population et la diminution des dépenses (temps d'hospitalisation, consommation de médicaments, chronicité, etc.)

Ce mémoire vise à contribuer à la réflexion menée par le Commissaire à la santé et au bien-être et par les recommandations suivantes, mettre en évidence l'intérêt pour les clients, leurs proches, la population et notre système de santé de permettre une meilleure accessibilité aux soins d'acupuncture :

- 1) Accorder aux acupuncteurs un titre d'emploi en milieu hospitalier
- 2) Reconnaître l'acupuncture dans le régime public d'assurance-maladie
- 3) Développer une stratégie d'intégration de l'acupuncture dans le système de la santé basée sur l'expérience de pays comparables
- 4) Reconnaître que l'acupuncture est une alternative en matière de santé qui reflète les valeurs et préoccupations des Québécois

Introduction

L'OAQ a à cœur la santé et le bien-être de la population, en accord avec la définition de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS): « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement une absence de maladie ». Il s'est notamment choisi comme slogan: « le développement durable de la santé », contribution « à la santé des citoyens du Québec par la promotion d'une vision globale de la santé où se combinent tant les soins curatifs que la prévention ». « Vision qui s'appuie sur une démarche d'ouverture et d'échange avec les autres acteurs du système professionnel et le public ainsi que sur l'amélioration constante de l'exercice de la profession ». (OMS)

Pour ces raisons, l'OAQ est interpellée par l'appel de mémoires sur les valeurs des Québécois et la révision du contenu du panier de services. Il désire attirer l'attention des décideurs sur l'apparition, ces 10 à 20 dernières années, de nouvelles valeurs d'évaluation des soins par la population non seulement au Canada, mais dans de nombreux pays d'Europe, d'Amérique et l'Australie, tel que le mentionnent les études citées dans ce mémoire.

Il présente aussi dans ce mémoire une revue de littérature mettant en évidence les nombreux avantages dont pourrait bénéficier la population québécoise ainsi que notre système de santé, en facilitant l'accessibilité d'un plus grand nombre de Québécois aux soins d'acupuncture.

En rédigeant ce mémoire, l'OAQ espère par ses recommandations inciter les décideurs à prendre en considération les avancées effectuées par diverses recherches scientifiques sur les bénéfices de l'acupuncture. Ces avantages sont tant au niveau de la satisfaction des clients (et leurs proches), de l'amélioration de leur santé et son maintien, que dans la réduction des frais. Nous faisons ici référence aux frais d'hospitalisation, de la consommation de médicaments, de l'absentéisme au travail et ceux dus à l'augmentation des interventions engendrées par les rechutes ou le passage à la chronicité de diverses pathologies.

Recommandations de l’OAQ au CSBE

Considérant que le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a fait appel à la population et aux organismes de se prononcer sur la composition du panier de services de soins de santé au Québec ;

Considérant les besoins accrus en matière de santé, la gravité des problèmes que l’acupuncture permet de soulager, le nombre de personnes touchées, l’absence de ce soin remboursé par l’État ;

Considérant les bénéfices de l’acupuncture pour les clients, leurs proches et la société par rapport aux coûts minimales ou économies, et ;

Considérant les retombées positives rapportées par la littérature dans les pays scandinaves, l’Allemagne, l’Australie, les États-Unis et les projets pilotes au Québec :

L’OAQ émet les recommandations suivantes :

Recommandation 1 | Titre d’emploi en milieu hospitalier

Que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) accorde aux acupunctrices et acupuncteurs du Québec un titre d’emploi leur permettant d’être embauchés à titre d’acupunctrice et d’acupuncteur en milieu hospitalier et d’accéder en bonne et due forme au réseau de la santé.

Recommandation 2 | RAMQ

Que le MSSS accorde une reconnaissance de l’acupuncture par le régime public d’assurance-maladie (RAMQ) appuyé par le document sur la rentabilité de l’acupuncture et les données scientifiques.

Recommandation 3 | Plan stratégique

Que le MSSS se base sur ce qui est fait dans d’autres pays comparables présentés dans ce mémoire pour développer une stratégie d’intégration de l’acupuncture dans le système de la santé.

Recommandation 4 | Valeurs des Québécois en matière de santé

Que le MSSS reconnaisse le besoin et l’envie des Québécois d’être plus impliqués dans leurs soins de santé, leur recherche d’une approche globale (corps/esprit), et de jouer un rôle plus actif dans le maintien de leur santé en leur donnant accès aux traitements d’acupuncture.

Cette dernière recommandation répond directement au mandat de la consultation publique sur l’élaboration d’un panier de services reflétant les valeurs et préoccupations des Québécois.

Mise en contexte

Loi sur l'acupuncture

Le législateur définit ainsi le cadre d'exercice de l'acupuncture² :

(art. 8) Constitue l'exercice de l'acupuncture tout acte de stimulation, au moyen d'aiguilles, de certains sites déterminés de la peau, des muqueuses ou des tissus sous-cutanés du corps humain dans le but d'améliorer la santé ou de soulager la douleur.

(art. 9) Agit dans l'exercice de sa profession, l'acupuncteur qui :

1. procède, selon la méthode traditionnelle orientale, à l'examen clinique de l'état énergétique d'une personne;
2. détermine, selon cet examen clinique, l'indication du traitement énergétique d'une personne;
3. pose tout acte de stimulation autrement que par des aiguilles, notamment au moyen de la chaleur, de pressions, d'un courant électrique ou d'un rayon lumineux, de certains sites déterminés de la peau, des muqueuses ou des tissus sous-cutané du corps humain dans le but d'améliorer la santé ou de soulager la douleur.

(art.14) Sous réserve des droits et privilèges expressément accordés par la loi à d'autres professionnels, nul ne peut poser l'acte décrit à l'article 8, s'il n'est pas acupuncteur.

Le champ d'exercice et l'exclusivité du titre n'ont pas été modifiés depuis 1994. Satisfaits de cette reconnaissance qui consacre leur autonomie par rapport au Collège des médecins, les acupunctrices et acupuncteurs du Québec ont appris à en assumer les conséquences et d'être régis par un ordre professionnel.

Formation des acupuncteurs au Québec

Depuis 1986, le Collège de Rosemont est le seul établissement d'enseignement à offrir la formation en acupuncture au Québec. Cet établissement reçoit à chaque année, via le SRAM, entre 200 et 250 demandes d'admission pour une capacité d'accueil maximale de 60 candidats. Ces candidats s'inscrivent pour la plupart dans un processus de réorientation de carrière, avec une moyenne d'âge de 36 ans. Ils proviennent de divers milieux,

² Loi sur l'acupuncture (1994, chap. 37), Section IV- Exercice de l'acupuncture, art. 8 et 9 et Section V - Exercice illégal de l'acupuncture, art. 14.

notamment : ergothérapie, massothérapie, médecine, nutrition, physiothérapie, soins infirmiers et technique en réadaptation physique. Le département d'acupuncture du Collège de Rosemont s'efforce de négocier des ententes avec certains centres hospitaliers, afin d'offrir des stages variés aux étudiants de 3^e année du programme.

Clients qui consultent en acupuncture

En 2000, dans une étude préliminaire de la profession d'acupuncture publiée par le Ministère de l'Éducation³, on peut y lire à la p.14 : « [...] le recours aux médecines parallèles s'accroît au Québec, comme dans beaucoup de pays occidentaux, notamment d'Amérique du Nord ». Cette étude préliminaire reprend des données d'un sondage du MSSS de 1992 : « plus de 45 p. 100 des usagères et usagers de soins de santé consultent une ou un spécialiste des médecines douces » et « toutes disciplines confondues, le nombre de consultations en médecine douce a augmenté de 138,2 p. 100 de 1987 à 1993, sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux-Montréal Centre ». Selon cette même source, l'augmentation se chiffrait à 52,8% pour le nombre de consultations en acupuncture. Il est donc réaliste d'affirmer que le taux de consultation en acupuncture au Québec suit la tendance à la hausse observée au cours des deux dernières décennies.

Dans une étude de l'Institut de la statistique du Québec⁴ comparant l'année 2005 à la période 2000-2001, le taux de consultation des Québécois d'un intervenant en soins de santé non traditionnels⁵ a augmenté, passant de 11,1% à 14,7% de la population générale. En 2005, ce taux de consultation se rapproche de celui observé au Manitoba (14,0%) et en Colombie-Britannique (15,8%).

Dans le Rapport sur la santé de décembre 2001, Statistique Canada⁶ présente un portrait similaire, où les Canadiens se tournent de plus en plus vers les médecines non conventionnelles, passant de 15% à 17%, concernant ainsi environ 3,8 millions de Canadiens. Ce taux de consultation augmente à près d'une personne sur cinq chez les détenteurs de diplôme d'études collégiales ou universitaires. Ce taux de consultation

³ Ministère de l'Éducation. *Santé – Acupuncture traditionnelle – Étude préliminaire*. Québec, 2000, 63 p.

⁴ Institut de la statistique du Québec. *La consultation de professionnels de la santé par les Québécois : comparaisons temporelles et provinciales*. Zoom santé, 2007.

⁵ À noter que l'appellation «soins de santé non traditionnels» est celle utilisée par l'Institut de la statistique du Québec et comprend l'acupuncture, la massothérapie, l'homéopathie et la naturopathie.

⁶ Statistique Canada. *Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation*. Rapport sur la santé, vol. 13, n° 1, décembre 2001, p. 9-24.

augmente également selon le nombre de problèmes de santé chroniques, particulièrement la douleur chronique. Enfin, la perception du système de santé module à la hausse le recours à des approches non traditionnelles : « la cote exprimant la possibilité de recourir aux services d’un praticien de médecine non traditionnelle est environ une fois et demie plus élevée pour les personnes qui estiment que leurs besoins de santé ne sont pas satisfaits que pour celles qui n’ont pas ce sentiment »⁵.

En 2008, une étude sur la motivation pour consulter un thérapeute en approche complémentaire et alternative présente six principales raisons de se tourner vers ce type d’approches. Deux raisons se démarquent, rapportées chez plus de 90% des répondants⁶ :

- ce type d’approche permet au client de jouer un rôle plus actif dans le maintien de sa santé
- l’approche globale préconisée par les médecines complémentaires et alternatives, comme l’acupuncture, ressort en tant que valeur prédominante chez les clients.

En d’autres mots, cette étude suggère que les consommateurs canadiens de médecines complémentaires et alternatives se dirigent vers une vision holistique de la santé et une approche thérapeutique qui transcende l’approche symptomatique⁷.

Portrait de la clientèle de la clinique-école du Collège de Rosemont

La clinique-école d’acupuncture du Collège de Rosemont reçoit, en moyenne, plus de 1000 clients par année, et ce sans tenir compte des clients traités par les étudiants en stages dans différents établissements hospitaliers, comme par exemple le Centre de Gestion de la douleur et l’Unité de Médecine Familiale de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ce bassin de clients permet de dresser un portrait de la clientèle de la grande région métropolitaine attirée par l’acupuncture. À noter, que la clinique-école offre des tarifs à prix abordables, variant entre 20\$ et 25\$ par traitement pour la période de référence, en comparaison aux tarifs moyens de consultation en privé variant entre 50\$ et 75\$. La clinique-école répond à un besoin pour une partie de la population qui ne pourrait pas financièrement se permettre une série de traitements au tarif du privé. La compilation de leurs données de 2005 à 2015 est présentée au **Tableau 1** à la page suivante. Autre point important : la clinique-école est en fonction environ 8 mois par année (de la fin août au début décembre pour les sessions d’automne et de la fin janvier à la mi-mai pour les sessions d’hiver, soit un total de 30 semaines par année).

⁷ Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997-9 and 2005. *BMJ Complementary and Alternative Medicine*. 2008; 8:16.

La clientèle de la clinique-école est majoritairement composée de femmes à 72,4%. Les usagers reçoivent, en moyenne, une série de 6 traitements, majoritairement pour des problématiques d'ordre musculo-squelettique (40,8% des raisons de consultation). La clientèle de la clinique-école consulte pour des problématiques variées, allant de la santé mentale, aux troubles respiratoires, dermatologiques, génito-urinaires ou encore, gynéco-obstétriques.

Tableau 1 : Portrait de la clientèle de la clinique-école d’acupuncture du Collège de Rosemont – De 2005 à 2015 ⁸

	A2005-H2006		A2006-H2007		A2007-H2008		A-2008-H2009		A2009-H2010		A2010-H2011		A2012-H2013		A2013-H2014		A2014-H2015		Moyenne	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Nombre total de patient(e)s	784		711		1202		1421		879		1200		1062		1205		1070		1069	
Femmes	568	71,2%	490	68,9%	896	74,5%	1013	71,3%	605	68,8%	871	72,6%	755	71,1%	874	72,5%	837	78,2%	767	72,4%
Hommes	226	28,8%	221	31,1%	306	25,5%	408	28,7%	274	31,2%	329	27,4%	307	28,9%	331	27,5%	233	21,8%	293	27,6%
Âge moyen	46		43		49		47		47		47		50		50		51		48	
Nombre moyen de consultations	6		6		7		6		7		7		6		6		6		6	
Type de problématique (%):																				
Endocrinien		6,4%		6,5%		4,4%		5,0%		5,9%		4,4%		1,8%		3,1%		2,6%		4,4%
Santé mentale		6,4%		16,0%		10,0%		10,6%		12,2%		10,7%		8,2%		10,4%		11,9%		10,7%
Neurologique		11,4%		8,7%		12,7%		10,1%		10,2%		11,4%		5,0%		4,2%		3,5%		8,6%
ORL		6,3%		9,5%		7,6%		6,9%		6,3%		5,1%		3,4%		5,3%		4,4%		6,1%
Circulatoires		1,9%		3,4%		2,3%		2,7%		4,3%		3,3%		2,4%		2,8%		2,6%		2,9%
Respiratoire		8,4%		6,5%		6,4%		6,2%		5,4%		5,1%		5,3%		5,0%		5,1%		5,9%
Digestifs		5,9%		5,0%		6,3%		6,4%		6,3%		6,9%		5,2%		4,7%		6,6%		5,9%
Dermatologique		2,3%		2,1%		3,5%		2,3%		2,5%		2,1%		2,0%		2,3%		1,9%		2,3%
Musculo-squelettique - Douleur		43,7%		34,6%		40,1%		41,7%		39,5%		44,8%		41,2%		40,5%		41,2%		40,8%
Génilo-urinaire		5,5%		3,7%		3,9%		4,5%		4,7%		3,4%		1,8%		1,4%		1,1%		3,3%
Dépendance-Désintox		1,8%		4,3%		2,9%		3,5%		2,8%		2,7%		3,8%		3,1%		3,4%		3,1%
Fatigue		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		9,3%		8,0%		7,2%		2,7%
Insomnie		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		6,4%		5,9%		5,4%		2,0%
Gynéco-obstétrique		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		4,1%		3,4%		3,0%		1,2%

⁸ À l’exception de l’année 2011-2012, données non-disponibles. La compilation comporte neuf années.

État actuel de l’acupuncture

Contexte global – Organisation Mondiale de la Santé

La validité, l’efficacité de l’acupuncture et sa contribution à la baisse des coûts de soins de santé sont énoncées par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette dernière a publié une méta-analyse portée uniquement sur les études scientifiques contrôlées et standardisées, afin de s’assurer de la pertinence, l’exactitude et la validité des conclusions. Une liste des maladies et conditions connues étant soignées efficacement par l’acupuncture a ainsi été publiée par l’OMS en 2002 et comprend :

- Accidents vasculaires cérébraux
- Céphalées
- Cervicalgies
- Coliques hépatiques et néphrétiques
- Déclenchement du travail à l’accouchement
- Dépression
- Diarrhée aiguë
- Douleurs dentaires
- Douleurs des genoux
- Douleurs menstruelles
- Douleurs postopératoires
- Effets secondaires de chimiothérapie et radiothérapie
- Entorses
- Gastralgies et reflux gastro-oesophagien
- Épicondylite
- Hypertension artérielle et hypotension
- Leucopénie
- Lombalgies
- Malposition fœtale
- Nausées de grossesse
- Nausées et vomissements
- Névralgies faciales
- Périarthrite de l’épaule
- Polyarthrite rhumatoïde
- Rhinite allergique
- Sciatique

Acupuncture à l’international

Dans la présentation qui suit, l’accent a volontairement été mis sur des pays dont les institutions sont comparables à celles du Canada, excluant ainsi les pays d’Asie. Néanmoins, la place des pratiques reliées à la MTO en milieu hospitalier en Chine n’en est pas moins pertinente. La fluidité avec laquelle les disciplines médicales traditionnelles et modernes collaborent ensemble offre un éventail de prise en charge thérapeutique et socio-économique unique au monde.

Union Européenne

Chaque pays membre de l’Union Européenne (UE) possède sa propre réglementation et formation en acupuncture. Le **Tableau 2** dresse un portrait du statut de l’acupuncture par pays.

Tableau 2 : Statut de l’acupuncture dans les pays de l’Union Européenne

Pays	Remboursée par le système d’assurance public	Reconnue comme «système thérapeutique distinct» par la Loi	Reconnue par les associations médicales comme «Qualification médicale additionnelle»
Allemagne	partiellement	X	X
Autriche	X	X	X
Belgique		X	
Bulgarie		X	X
Danemark	X	X	
Espagne	X	X	X
France	X		X
Grèce		X	X
Hongrie		X	X
Italie	partiellement		X
Lettonie		X	
Portugal		X	X
République tchèque		X	X
Slovaquie	X		
Slovénie		X	X
Suisse		X	X

L'Allemagne est un leader et un modèle fort intéressant en ce qui concerne l'intégration de l'acupuncture dans les établissements hospitaliers. Les recherches scientifiques et les études épidémiologiques menées depuis 20 ans rapportent que l'intégration de l'acupuncture aux méthodes conventionnelles:

- améliore la condition des clients plus rapidement
- réduit le nombre de jours d'hospitalisation (post-opératoire, par exemple)
- réduit le nombre de visites médicales durant une convalescence
- diminue l'usage de certains médicaments

L'intégration de l'acupuncture dans les établissements de santé permet de réduire les coûts liés à la prise en charge médicale d'un client.

Pays scandinaves

Les modèles du Danemark et de la Norvège sont très similaires: l'acupuncture est offerte dans 50% et 35% des hôpitaux norvégiens et danois respectivement, dans les départements suivants:

- Chirurgie / anesthésie
- Clinique de la douleur
- Dépendance / toxicomanie
- Gynéco/obstétrique, salles d'accouchement
- Hématologie
- Oncologie/clinique externe
- Psychiatrie
- Réadaptation physique
- Soins palliatifs et
- Urgences en Norvège

La décision des Ministères de la santé des pays scandinaves d'intégrer l'acupuncture est fondée sur des preuves scientifiques au sujet de son efficacité.

États-Unis

Bien que les formations en acupuncture soient soumises aux États-Unis à un organisme national nommé le *National Commission for Certification of Acupuncture and Oriental Medicine (NCCAOM)*, la situation américaine demeure très variée. Les règlements d'exercice de l'acupuncture diffèrent selon les États. Quatre États seulement n'ont pas de législation sur l'exercice de l'acupuncture (*Alabama, Kansas, Oklahoma, South Dakota*).

Règle générale, le modèle américain dicte les pratiques de la santé sur la base de données probantes. Ainsi, les moyens thérapeutiques ayant fait leurs preuves d'efficacité via les recherches scientifiques standardisées ont une porte d'entrée dans le milieu hospitalier.

En matière de modernisation, d'optimisation et de gestion des soins de santé dispensés à ses citoyens, l'État du *Rhode Island* fait bonne figure. L'acupuncture est intégrée dans les hôpitaux publics et privés, notamment en gynécologie, en obstétrique, en oncologie pour contrer les effets secondaires de la chimiothérapie, mais aussi pour stimuler le système immunitaire. Le *Newport Hospital*, ainsi que le *Women and Infants Hospital of Rhode Island* sont de prestigieux établissements où l'exercice de l'acupuncture est valorisé.

De plus, le *Rhode Island* vient récemment d'ajouter la MTO à sa loi sur l'exercice de l'acupuncture, la considérant comme un «service de santé primaire». Cette loi innovatrice permet aux acupuncteurs de poser un diagnostic en acupuncture et en MTO et d'élaborer un plan de traitement conséquent.

Dans le reste du pays, outre la pratique privée, l'acupuncture est exercée et offerte comme service régulier dans un nombre grandissant d'établissements de santé, faisant l'objet d'études cliniques standardisées. La combinaison de l'acupuncture à la médecine conventionnelle porte le nom de médecine intégrée (*integrative medicine*). Cette approche est supporté par le *Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM)*, formé de 57 centres médicaux de renom dont :

- *Duke's University*
- *Harvard Medical School*
- *Johns Hopkins University*
- *Massachusetts General Hospital*
- *Mayo Clinic*
- *MD Anderson Cancer Center*
- *Sloan-Kettering Cancer Center*
- *Stanford University*
- *University of California in Los Angeles (UCLA)*
- *University of Maryland*
- *Yale University*

Australie

À proximité de l'Asie, ce continent a bénéficié d'influences multiples et variées, qui, avec le temps, ont mené à une ouverture et une intégration de l'acupuncture par les Australiens.

L'acupuncture est utilisée par 10% de la population australienne. Un sondage a démontré que 80% des médecins généralistes y réfèrent certains de leurs patients⁹.

Selon la documentation officielle, l'acupuncture fait son apparition dans les institutions australiennes au cours des années 1880. Dès les années 1960, les acupuncteurs forment des associations et en 1969, à Sydney, le premier programme officiel de formation en acupuncture est mis sur pied.

La modernisation et la refonte des lois de la santé incitent le Ministère de l'Éducation Supérieure de la Nouvelle Galle du Sud (*New South Wales*) à ouvrir en 1992 un programme de Baccalauréat en acupuncture qui est instauré dans les Universités de Sydney, Victoria et Melbourne.

À ce jour, les écoles privées et publiques coexistent grâce à la standardisation de l'enseignement. De plus, certaines facultés de médecine possèdent un département de spécialisation en acupuncture afin de former adéquatement les médecins qui veulent ajouter ce service à leur pratique.

Suivant l'acceptation croissante par les médecins et la population, le gouvernement australien ouvre la porte à l'introduction de l'acupuncture dans les hôpitaux et centres de santé communautaires. Les autorités considèrent que les diplômés en acupuncture sont préparés et compétents à assumer un rôle dans les soins généraux de santé défrayés par l'État, au sein même du système.

Du point de vue de la réglementation, de la formation et de la recherche scientifique l'Australie se place parmi les pays occidentaux les plus avancés sur la place faite à l'acupuncture au sein de la société.

Canada

Au Canada, l'acupuncture est reconnue comme soin de santé pour fins d'impôts au niveau provincial et fédéral dans cinq provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Ontario, Québec, Terre-Neuve et Labrador). Le régime public de la Colombie-Britannique en assume en partie les frais depuis 2008 pour toute personne ayant un revenu annuel inférieur à 28 000\$. De nombreuses compagnies d'assurances (privées, supportées par l'employeur) remboursent une partie des frais de soins d'acupuncture.

⁹ Zhen Zheng, Acupuncture in Australia: Regulation, Education, Practice, and Research. *Integrative Medicine Research*, Volume 3, Issue 3, Pages 103-110, [En ligne]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213422014000420>

La progression de l'acupuncture ne se fait pas seulement au Québec. L'acupuncture, qui se pratique dans toutes les provinces canadiennes, est maintenant réglementée par des structures législatives de reconnaissance de la profession dans les cinq provinces mentionnées ci-haut. Chacune de ces provinces a des réglementations spécifiques provinciales en marge ou par le biais du *Health Care Insurance Plan*.

Partout au Canada, les acupuncteurs agissent à titre de travailleurs autonomes en pratique privée. Les acupuncteurs travaillent au sein de cliniques spécifiques à leur profession ou de cliniques multidisciplinaires en approche naturelle. Ce statut est en général la première étape dans le développement de la profession au sein de notre société nord-américaine. Cette forme de service a toujours précédé la mise en place de la reconnaissance professionnelle législative instaurée par les autorités compétentes.

Une seconde étape dans le développement professionnel de l'acupuncture est son intégration à petite échelle dans les structures officielles reconnues de la médecine moderne telles les cliniques médicales, les cliniques de physiothérapie ou des cliniques spécialisées. En raison de l'évolution des connaissances et des effets associés à l'acupuncture, nous retrouvons des niveaux de développement différents selon les provinces.

Alberta

La majorité des professions de la santé encadrées par l'Alberta sont intégrées dans un système d'Ordre ou de Collège sous gouvernance autonome et sont régies par la Loi sur les professions de la santé réglementées (*Health Professions Act*). À terme, l'Alberta vise à ce que toutes les professions supervisées soient intégrées au sein du *Health Professions Act* afin de régir les professions de la santé en un seul modèle où coexistent des champs d'exercice juxtaposés et non exclusifs. C'est-à-dire qu'aucune profession n'a l'appartenance exclusive d'un acte ou d'un service de santé spécifique ; et différentes professions sont en droit de fournir ces mêmes services de santé.

Toutefois, certaines professions du domaine de la santé sont encore sous une gouvernance différente, tel que les acupuncteurs, les sages-femmes, les premiers répondants, les ambulanciers-paramédics (les ambulancier-paramédics entrent dans le *Health Discipline Act*).

Les acupuncteurs de l'Alberta sont sous la supervision de l'instance associative de la santé désignée, soit le *College and Association of Acupuncturists of Alberta*. Les sages-femmes et les intervenants d'urgence ont aussi leurs comités ou leurs collèges respectifs. Un travail est en cours au sein des instances gouvernementales pour que ces disciplines soient

intégrées au sein du *Health Professions Act*, ce qui mettra un terme alors à cette législation spécifique particulière.

L'acupuncture en Alberta est reconnue depuis 1988. Les services offerts sont présentement vus comme des services privés dont le coût doit être entièrement assumé par l'utilisateur ou par des couvertures d'assurances privées. On retrouve des cliniques spécialisées en acupuncture et aussi des services d'acupuncture dans des cliniques de physiothérapie. Le *Worker's Compensation Act* de l'Alberta, assureur public comparable à la CSST, permet la réclamation de service d'acupuncture. L'*Université MacEwan* d'Edmonton offre un cours d'acupuncture dans son cursus démontrant un pas de plus vers une intégration dans le cadre civil de la province. On retrouve aussi des structures d'enseignement privé.

Colombie-Britannique

Le *College Of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia* est un Ordre régi par le *Health Professions Acts*, tant pour la MTO que l'acupuncture. Cette dernière est une profession reconnue depuis le 1er avril 1996, alors que la profession de praticien en MTO l'est depuis le 4 décembre 2000.

La Colombie-Britannique, comme province ouverte sur l'océan pacifique et l'ouest reçoit les influences de l'Asie. Cette province vit avec un nombre important de personnes d'origine asiatique qui contribuent par leur culture, leurs connaissances et leur mode de vie à la culture canadienne. Cette influence accroît le développement de l'acupuncture et de la MTO.

La Colombie-Britannique est la première province canadienne à reconnaître une formation de MTO. Elle est ainsi la première province à accorder une pleine reconnaissance à cette profession. Les cliniques d'acupuncture et de MTO sont d'ordre privées et collaborent avec des physiothérapeutes et chiropraticiens. Le *Medical Service Act* alloue un droit de dix visites annuelles chez l'acupuncteur payées par l'État aux personnes à faible revenu.

Terre-Neuve et Labrador

Le *Newfoundland and Labrador Council of Health Professionals* est la structure indépendante qui établit, selon la législation du *Health Professions Act*, les règlements des acupuncteurs, radiologistes, hygiénistes dentaires, techniciens en laboratoires médicaux, sages-femmes, inhalothérapeutes et orthophonistes. L'acupuncture est une profession reconnue depuis octobre 2012 et son développement en est à ses premières étapes. Les services sont des services de santé privés offerts en cliniques privées. La reconnaissance des services d'acupuncture dans les services du *Workers' Compensation Plan* ou autres services d'État ne semble pas encore avoir atteint cette étape.

Ontario

Pendant plusieurs années, l'Ontario a permis la libre entreprise en termes d'approches alternatives de la santé. L'acupuncture a fait partie de cette ouverture de marché. Le gouvernement ontarien a encadré l'exercice de l'acupuncture depuis 2005. L'Ordre des praticiens en médecine traditionnelle chinoise et des acupuncteurs de l'Ontario a vu le jour en 2013. Cet organisme supervise et réglemente maintenant la profession d'acupuncture.

L'exercice de l'acupuncture en Ontario est influencé par la pratique anglo-saxonne de l'Angleterre et des États-Unis ainsi que de celles des immigrants provenant de l'Asie.

Les coûts des services d'acupuncture et de MTO sont assumés par les clients. Les services d'acupuncture sont offerts en clinique privée et en cliniques multidisciplinaires.

Une première introduction de l'acupuncture à l'hôpital du *Mont Sinai* de Toronto a eu lieu en 2000. Cette clinique est toujours en activité.

Au sein du *Sunnybrook Health Science Center*, une clinique de réadaptation, le *St-John's Rehab Acupuncture Clinic*, opère à l'intérieur d'un hôpital du Nord de Toronto et de la région de York. Cette clinique œuvre en partenariat avec l'hôpital et le *Canadian Center for Acupuncture*. L'hôpital permet la réadaptation pour les personnes amputées, les grands brûlés, les personnes souffrant de troubles cardiaques, celles sous traitement d'oncologie, ayant des troubles musculo-squelettiques, et ayant reçu des transplantations d'organes. Les acupuncteurs travaillent en équipe multidisciplinaire.

Québec

L'acupuncture au Québec est réglementée par un ordre professionnel, l'Ordre des Acupuncteurs du Québec (OAQ), et repose sur une pratique d'exercice exclusif, en vertu de la Loi sur l'acupuncture¹⁰.

À quelques exceptions près, les acupuncteurs sont des travailleurs autonomes en clinique privée. Les acupuncteurs travaillent seuls ou au sein d'équipes multidisciplinaires composées de thérapeutes en médecine conventionnelle (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes) ou non (ostéopathes, etc.).

¹⁰Loi sur l'acupuncture, L.R.Q., chapitre A-5.1, [En ligne], http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_5_1/A5_1.html(consulté le 4 janvier 2016)

Les honoraires professionnels peuvent être couverts en partie par certaines compagnies d’assurances privées (Sun Life, SSQ, etc.) et paragouvernementales (CSST, SAAQ). Sinon, ils doivent être assumés par le client.

Domaines développés en milieu hospitalier au Québec

Au Québec, nous retrouvons quatre domaines de la santé où l’acupuncture est déjà présente, grâce, pour trois d’entre eux, aux ententes négociées entre le département d’acupuncture du Collège de Rosemont et certains établissements. Ces domaines concernent l’obstétrique, la dépendance et la douleur chronique. Le quatrième domaine de la santé où l’acupuncture est présente concerne l’oncologie, plus spécifiquement la pneumo-oncologie, à l’Hôpital général Juif de Montréal.

Obstétrique

Plusieurs acupuncteurs ont été formés au cours d’un stage de fin d’études à l’Hôpital Ste-Justine (1997-1999), et maintenant à l’Hôpital Lasalle (2000-2015). Les traitements d’acupuncture sont offerts aux parturientes suivies à la clinique G.A.R.E. (grossesse à risques élevés) ainsi qu’à celles admises aux unités de soins (accouchement et post-partum).

Il est à noter que des acupuncteurs en pratique privée peuvent être présents pendant les accouchements à l’hôpital à la demande de leurs clientes (avec l’autorisation du directeur des services professionnels (DSP) et du directeur du département des naissances), en maison de naissance ou à domicile.

Problématiques au cours de la grossesse pour lesquelles l’acupuncture peut aider :

- Anxiété
- Fatigue
- Insomnie
- Lombalgie
- Manque de liquide amniotique (oligoamnios)
- Nausées et vomissements
- Préparation à l’accouchement
- Retard de croissance in utero
- Saignements utérins
- Version, présentation en siège

Problématiques lors de l’accouchement pour lesquelles l’acupuncture peut aider :

- Décélération du cœur fœtal
- Œdème du col/périnée
- Optimisation des processus physiologiques : contractions utérines, effacement du col, dilatation du périnée

Problématiques de la période post-partum pour lesquelles l’acupuncture peut aider :

- Anémie
- Cicatrisation
- Fatigue
- Insomnie
- Problèmes liés à l’allaitement : hypogalactie, hypergalactie, mastite

Dépendance

Depuis 1996, la clientèle du Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal (CRDM), Institut universitaire (anciennement connu sous le nom de Centre Dollard-Cormier), peut recevoir des traitements d’acupuncture, grâce à la présence de stagiaires finissants du programme d’Acupuncture du Collège de Rosemont et la supervision des enseignants-acupuncteurs. Les traitements d’acupuncture sont offerts à une clientèle externe, autant à des individus qui consomment qu’à ceux qui ont amorcé ou réussi leur sevrage (ex-consommateurs).

De 2013 à 2015 (Cf. **Tableau 3**), sur 100 personnes traitées par acupuncture, soit 66 consommateurs actifs et 34 ex-consommateurs, près de 45% ont pu diminuer leur consommation de 20 à 75% et près de 30% des consommateurs ont pu arrêter complètement la consommation d’au moins une substance. Chez l’ensemble de la clientèle (consommateurs et ex-consommateurs), près de 60% d’entre eux ont vu leurs désirs de consommer diminuer significativement en intensité et/ou en fréquence.

Les effets positifs des traitements d’acupuncture se sont aussi traduits par une hausse du niveau d’énergie, une diminution des douleurs chroniques, une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution du niveau de stress, d’anxiété, une clarification de l’état d’esprit et une amélioration des habitudes de vie, surtout en ce qui concerne les habitudes alimentaires.

Voici quelques exemples de succès des traitements d'acupuncture auprès de cette clientèle :

- un homme de 35 ans, historique de 22 années de consommation de cannabis, a pu diminuer sa consommation de 7g à 2g par jour, avec 2 jours par semaine sans aucune consommation.
- une femme de 41 ans, historique de 20 années de consommation, a pu diminuer de 25 tasses de café par jour à 2 tasses par jour et de 30 cigarettes à 8 cigarettes par jour, l'aidant ainsi à retrouver le sommeil et une meilleure qualité de vie, le tout après 11 traitements d'acupuncture sur une période de 6 semaines.
- un homme de 51 ans, historique de 30 années de consommation d'alcool, est devenu abstinent après 10 traitements d'acupuncture sur 5 semaines.
- une femme de 40 ans, historique de 12 années de consommation de cocaïne, est devenue abstinente après 6 traitements d'acupuncture.
- un homme de 70 ans, historique de 15 ans de jeu pathologique (loterie vidéo), est devenu abstinent après 6 traitements d'acupuncture, a vu ses tentations diminuer d'environ 80%, moins d'agitation, moins d'irritabilité, avec un meilleur sommeil.

Tableau 3 : Portrait de la clientèle du CRDM traitées par acupuncture de 2013 à 2015 – Efficacité des traitements

Portrait de la clientèle du CRDM traitée en acupuncture:	H2013		A2013		H2014		H2015		Bilan	
									Total	Moyenne
Nombre total de patient(e)s :	27		18		24		31		100	25
Âge :	36 à 66 ans		25 à 60 ans		20 à 71 ans		24 à 70 ans		20 à 71 ans	
Consommateurs actifs ¹ :	16		14		18		18		66	17
Ex-consommateurs :	11		4		6		13		34	8
<i>Sommaire des résultats :</i>										
Aucun impact sur la consommation:	7	43,8%	0	0,0%	4	22,2%	2	11,1%	19,3%	
Diminution de la consommation de 20 à 75% :	6	37,5%	9	64,3%	6	33,3%	8	44,4%	44,9%	
Diminution de la consommation à plus de 75% :	N/D	N/D	2	14,3%	2	11,1%	2	11,1%	12,2%	
Arrêt complet de la consommation d'au moins 1 substance :	3	18,8%	3	21,4%	8	44,4%	6	33,3%	29,5%	
Diminution de cravings :	8	50,0%	10	71,4%	9	42,9%	23	74,2%	59,6%	
Arrêt complet de cravings :	7	43,8%	2	14,3%	7	33,3%	2	6,5%	24,5%	
Aucun effet sur les cravings:	3	18,8%	2	14,3%	3	14,3%	2	6,5%	13,4%	

¹ cannabis, haschich, cocaïne, alcool, cigarette, jeu pathologique, etc.

Douleur chronique

Les clients du Centre de gestion de la douleur (CGD) l’Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR) peuvent recevoir, depuis janvier 2014, des traitements d’acupuncture à faibles coûts, grâce à la collaboration étroite entre le département d’acupuncture du Collège de Rosemont et le CGD. Ces traitements sont prodigués par des stagiaires finissants du programme d’Acupuncture sous la supervision d’un enseignant-acupuncteur.

La clientèle du CGD référée pour des traitements d’acupuncture est une clientèle externe adulte (moyenne d’âge de 48 ans), majoritairement composée de femmes (73%). Les pathologies les plus fréquentes pour lesquelles ces clients sont référés sont :

- Céphalées et migraines
- Discopathie (cervicale, lombaire)
- Douleurs névralgiques post-zostériennes
- Douleurs post-chirurgicales
- Fibromyalgie
- Syndrome douloureux régional complexe (SDRC)

À noter que cette clientèle se trouve en grande majorité en arrêt de travail pour cause de douleur chronique incapacitante.

Au cours des deux dernières années (de janvier à mai 2014 et 2015), un total de 58 clients ont reçu 454 consultations en acupuncture. Cette offre de soins d’acupuncture au CGD s’est avérée une expérience positive pour ces clients accablés de douleurs chroniques souvent dites rebelles, c’est-à-dire réfractaires aux traitements conventionnels. En effet, suite à une série de dix traitements sur cinq semaines, près de 50% des clients traités par acupuncture ont noté une diminution de 50% et plus de leur douleur en intensité. Conséquemment, ces clients ont vu leur consommation de médicaments analgésiques diminuer.

Les douleurs chroniques chez ces clients ont des répercussions sur leur qualité de vie : symptômes dépressifs, dégradation de l’humeur, diminution de la motivation, diminution de l’engagement aux activités de la vie quotidienne (AVQ), isolement. Parmi les clients traités par acupuncture, 45% ont affirmé avoir obtenu une amélioration de leur qualité de vie de 50% et plus (22 clients sur 47 analysés). Cette amélioration concerne la qualité du sommeil, le niveau d’énergie, d’appétit et/ou la reprise des AVQ. De plus, 21% des clients ont présenté un retour progressif sur le marché du travail (10 clients sur 47) et 28%, un retour aux activités de loisirs (13 clients sur 47).

Analyse préliminaire de coûts des traitements : histoire de cas

Un homme de 43 ans, en arrêt de travail depuis un accident de travail en 2010 avec fracture du poignet est référé pour des traitements d'acupuncture en janvier 2014. Le diagnostic médical pour ce client est algodystrophie au poignet droit (SDRC), avec atteinte permanente. Ce client prend des analgésiques lors des accès de douleurs (Abstral au besoin).

L'historique des traitements médicaux chez cet homme pour tenter de soulager le SDRC comprend :

- Pour l'année 2010 :
 - Bloc stellaire à cinq reprises
 - Bloc veineux
- Pour l'année 2011 :
 - Bloc veineux à six reprises
 - Péridurale à sept reprises
 - Perfusions de kétamine à sept reprises
- Pour l'année 2012 :
 - Perfusions de kétamine à quatre reprises

Au moment de sa première consultation en acupuncture en 2014, la douleur de ce client était toujours à 8-10/10, avec des accès de douleur à 12/10. Il était impossible de toucher ou même d'effleurer la zone affectée. On notait une limitation importante des AVQ et une impossibilité à faire plusieurs tâches. Le sommeil était perturbé par la douleur quotidiennement avec un niveau d'énergie moyen se situant à 5/10.

Suite à une série de dix traitements (Tx) d'acupuncture sur cinq semaines, la douleur de ce client a diminuée de 50%, avec une diminution en fréquence et en intensité des accès de douleur. La prise du médicament Abstral fut cessée. L'amélioration de la qualité de vie s'est traduite par un sommeil réparateur soit, sept heures sans réveil nocturne par la douleur. Les AVQ et les activités de loisirs ont pu être repris. On ne peut passer sous silence le fait que ce client a pu, suite aux traitements d'acupuncture, effectuer un retour aux études pour se réorienter vers un nouveau travail.

En résumé, chez un client aux prises avec des douleurs chroniques incapacitantes avec arrêt de travail depuis quatre années, chez qui plusieurs traitements médicaux avaient été effectués, une série de 10 traitements d'acupuncture sur cinq semaines a permis d'obtenir un soulagement de la douleur à au moins 50% et une nette amélioration de sa qualité de vie, au point de pouvoir cesser sa médication et d'effectuer un retour aux études.

Cette histoire rend possible une analyse des coûts de matériel reliés aux traitements médicaux (bloc stellaire, bloc veineux, etc.) en comparaison avec les coûts de matériel d'acupuncture (aiguilles,

laser) (Cf. **Tableau 4**). À noter qu’il s’agit d’une analyse préliminaire des coûts de matériel uniquement, ce qui n’inclut donc pas les coûts reliés au personnel.

Tableau 4 : Comparaison des coûts de matériel reliés aux traitements médicaux et des coûts de matériel d’acupuncture pour un client de 43 ans traité au CGD en 2014

Diagnostic	Traitements médicaux	Coûts de matériel et médicament*			Traitements acupuncture (2014)	Nbre de tx	Coûts de matériel
		Unitaire	Nombre d’intervention (2010 - 2012)	Coût total			
SDRC au niveau du poignet droit	Bloc stellaire	40\$	5	200 \$	Aiguilles	10	7,50\$
	Bloc veineux	10\$	7	70 \$	Laser (7.50\$/séance) **	3	22,50\$
	Péridurale	45\$	7	315 \$			
	Perfusions de kétamine	25\$	11	275 \$			
TOTAL	860 \$			TOTAL			

*Données basées sur les prix en date de janvier 2016, tel que transmis par Dre Nguyen, Directrice du CGD

**Laser : coût initial 3,800\$, durée de vie 25 ans, coût de revient par traitement de 7.50\$ calculé sur le nombre moyen de consultations où un laser est utilisé à la clinique-école, soit 508 consultations/année.

Lorsqu’on compare les coûts des traitements médicaux (860\$) pour ce client avec les coûts de matériel pour dix traitements d’acupuncture (30\$), on peut conclure que l’acupuncture est moins dispendieuse en termes de ressources matérielles. Les traitements d’acupuncture peuvent avoir un effet direct sur la diminution des coûts de santé en relation avec le soulagement de la douleur chronique. Cette diminution des coûts se traduit par une diminution de la consommation de médicaments analgésiques (opioïdes ou autres) et une diminution de traitements médicaux tels que bloc stellaire, péridurale, bloc veineux, perfusions de kétamine. La reprise des AVQ, le retour progressif sur le marché du travail et des activités de loisirs reliés à un meilleur indice de la qualité de vie peuvent également avoir un effet direct sur la diminution des coûts sociaux.

Malgré les résultats positifs et les faibles coûts, la Direction de l’enseignement de l’HMR annonçait au Collège de Rosemont en janvier dernier qu’elle serait dans l’obligation de révoquer son entente d’association si les stages d’acupuncture n’étaient pas ajoutés à la liste des stages de la prochaine circulaire du Ministère de l’Éducation, de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche (MEESR). Or, le MEESR ne peut lui-même aller de l’avant sans s’appuyer sur la reconnaissance par le

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du titre d’acupuncteur comme profession pouvant exercer en milieu hospitalier. Sans l’obtention du titre d’emploi en milieu hospitalier, on empêche cette profession de la santé de prendre sa place comme acteur dans le continuum de soins des maladies chroniques, notamment la douleur chronique.

Considérant que la problématique de la douleur chronique coûterait environ deux milliards de dollars par an au Québec en traitements et perte de productivité, l’acupuncture offre à une alternative efficace, sécuritaire, à coûts minimes qui mériterait d’être analysée plus en profondeur. L’ajout de l’acupuncture au panier de service peut contribuer à diminuer les coûts directs et indirects d’une problématique aussi incapacitante que la douleur chronique.

Oncologie

En ce moment au Québec, les gens atteints de cancer souhaitant avoir recours à l’acupuncture doivent le faire au privé. Seule exception actuellement : les clients étant suivis à l’Hôpital général juif pour un cancer du poumon peuvent bénéficier de services en acupuncture sans frais. Dr Kasymjanova et son équipe ont d’ailleurs publié un article dans la revue *Current Oncology* en 2013 au sujet de l’efficacité des services d’acupuncture offerts à l’Hôpital général juif ¹¹.


Problématiques en oncologie pour lesquelles l’acupuncture peut aider :

- Amélioration de la qualité de vie
- Anxiété
- Dépression
- Douleur
- Nausée et vomissements
- Perte d’appétit

Le présent mémoire est appuyé par le directeur du centre de pneumo-oncologie, le Peter Brojde Lung Cancer Centre, Dr Thomas Jagoe. La lettre d’appui de Dr Jagoe est insérée aux deux pages suivantes.

¹¹ Kasymjanova G., Grossman M., Tran T., Jagoe R.T., Cohen V., Pepe C., Small D., Agulnik J. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. *CurrOncol*, 2013, 20(3):157-7.

Figure 1 : Lettre d’appui de Dr Thomas Jagoe - Hôpital général juif



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Health and Welfare Commissioner
1020, route de l’Église
Office 700, 7th floor
Quebec (Qc) G1V 3V9

January 15th 2016

Letter of support – Public consultations 2015 – Basket of services

To the Commissioner:


As director of *The Peter Brojde Lung Cancer Centre* (PBLCC) at the *Jewish General Hospital*, I am pleased to offer my support the *Ordre des Acupuncteurs du Québec* in their brief proposal for the Health and Welfare Commissioner’s public consultation regarding publicly funded care and services. Their request for official integration of the acupuncture profession in the health system is entirely justified and in direct continuity with our mission at the PBLCC.

The PBLCC officially opened since 2012 and is dedicated to the care of patients with lung cancer. The PBLCC draws on philosophies and evidenced-based practices in oncology and supportive care and employs a multidisciplinary team of healthcare professionals to deliver optimum care including best treatments from traditional Chinese medicine (TCM) and other complementary therapies.

One of our team, Mr Anh-Thi Tran, is a physiotherapist and TCM practitioner who offers acupuncture, tai chi and qi gong, as appropriate, to reduce the effects of cancer-related symptoms, improve functional status and optimize the patients quality of life. We now have considerable experience with the use of these modalities, and acupuncture in particular is now an integral part of the battery of therapies that we use to help combat symptoms and improve quality of life for lung cancer patients. Some of our results have been published in the journal *Current Oncology*¹ recently. This report details how acupuncture treatments for our patients is feasible, safe and well-tolerated, but also leads to statistically and clinically significant improvements in symptoms.

We have been able to use acupuncture at our centre because the funding for M. Anh-Thi Tran’s work in TCM comes from a private donor meaning that patients are not asked to pay additional fees for this treatment. However Mr Tran is allowed to practice in our hospital because he is a licensed physiotherapist, and were he only licensed in acupuncture I could not appoint him to our team. I would argue strongly that acupuncture has a unique role in the overall care of our patients and that public funding should be available for appropriate patients to receive acupuncture for symptom control. In addition, it is clear that there is a need

¹ Kasymjanova G. et al. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. *Curr Oncol.* 2013,20(3):152-157.



HÔPITAL D’ENSEIGNEMENT
DE L’UNIVERSITÉ MCGILL | A MCGILL UNIVERSITY
TEACHING HOSPITAL

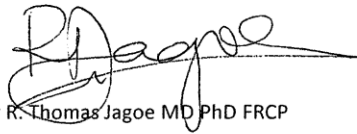
DIVISION D’ONCOLOGIE PULMONAIRE
www.jgh.ca
T 514 340 8225
F 514 340 8302

DIVISION OF PULMONARY ONCOLOGY
5757, rue Légaré St.
Montréal (Québec) H3S 1X9
www.jgh.ca

to address any barriers that exist to deliver excellent interdisciplinary care for complex patients such as ours. To fully integrate acupuncture into patient care in hospitals the contribution of acupuncture needs to be recognised and restrictions on appointing suitably-trained acupuncturists in government-funded hospitals in Quebec, need to be lifted.

In conclusion, I fully support the *Ordre des Acupuncteurs du Québec* as they seek official integration of the acupuncture profession in Quebec’s health system. I hope their brief proposal will open to new possibilities in the near future.

Sincerely,



Dr R. Thomas Jagoe MD PhD FRCP
Peter Brojde Lung Cancer Centre (PBLCC)
E-1035, Segal Cancer Centre,
Jewish General Hospital,
3755 Cote Ste Catherine,
Montreal, Quebec, Canada H3T 1E2
Tel:(514) 340-8222 X2734



Coûts-bénéfices de l’acupuncture

En 2012, selon l’Institut canadien d’information sur la santé, l’estimation des dépenses publiques de santé au Québec était chiffrée à 3773\$ par habitant, ce qui n’inclut pas les dépenses en services sociaux, avec un taux de croissance annuel de 2000 à 2012 de 4,9%.

Pour répondre à la question de la rentabilité de traitements d’acupuncture, nous avons réalisé une recension de la littérature, à partir de la base de données PubMed, pour le mot-clé acupuncture, combiné aux mots-clés suivants : *cost-effective*, *cost-effectiveness*, *cost-benefit*, *economic*. La base de données a été consultée en décembre 2015 et en janvier 2016. En tout, 26 études de rentabilité et quatre revues systématiques ont été recensées, publiées entre 1995 et 2015. Malgré une hétérogénéité substantielle dans la méthodologie de recherche et la présentation des résultats, nous avons compilé les résultats des études publiées dans le **Tableau 5**.

En résumé, quatre revues systématiques (Jabbour, 2009 ; Ambrosio, 2012 ; Kim, 2012 ; van der Velde, 2015) se sont penchées sur la question de la rentabilité des traitements d’acupuncture. À la lecture de ces revues systématiques et des études publiées depuis, il est possible d’affirmer que la littérature scientifique des vingt dernières années démontrent que l’acupuncture est une modalité rentable dans le traitement de la douleur (douleur lombaire, douleur cervicale, céphalée, arthrose) (Jabbour, 2009 ; Ambrosio, 2012 ; Kim, 2012 ; Stamuli, 2012 ; Reinhold, 2013 ; Reinhold, 2014 ; Spackman, 2014 ; Taylor, 2014; van der Velde, 2015).

Les résultats sont également intéressants au niveau de la dysménorrhée, de la rhinite allergique, de l’asthme, de la dépression et du syndrome du côlon irritable. De même, lorsqu’on applique les critères de cotes de recommandation de Lapaucis (voir plus bas), la littérature scientifique sur l’acupuncture témoigne d’un fort niveau de preuve coût-efficacité.

Méthodes d’évaluation de la rentabilité des traitements par acupuncture

Pour bien comprendre les résultats présentés par les études de rentabilité, une mise en contexte s’impose. En effet, il existe diverses manières d’évaluer l’impact économique d’un soin de santé, au-delà de la simple identification des coûts directs d’une modalité de traitement.

On retrouve trois types d’analyses économiques dans la littérature scientifique:

1. coût-efficacité ou *cost-effectiveness analysis* (CEA)
2. coût-utilité ou *cost-utility analysis* (CUA),
3. coût-bénéfice ou *cost-benefit analysis* (CBA).

Les résultats de ces analyses sont généralement exprimés en ratios de coûts supplémentaires, soit le coût nécessaire pour obtenir un gain clinique supplémentaire au sein d’un groupe de patients, en comparaison avec les coûts des soins habituels (North, 2014).

Au niveau statistique, ceci s’exprime en: ICER pour *incremental cost-effectiveness ratios* (soit le ratio entre la différence de coûts et la différence d’efficacité).

Pour une *cost-utility analysis* (CUA), le paramètre *quality-adjusted life-year* (QALY) est utilisé comme dénominateur du ICER.

Le QALY représente la durée de vie d’un individu pondérée par une évaluation de sa qualité de vie en fonction de son état de santé durant cette période.

Le QALY est une cote sur une échelle de 0 à 1 (où QALY = 1 pour une année en parfaite santé, QALY = 0 si décès).

Le calcul de la qualité de vie est donc au cœur des *cost-utility analysis*, alors que l’efficacité clinique est le principal facteur considéré pour les *cost-effectiveness analysis* (North, 2014).

L’évaluation des coûts de traitements d’acupuncture comprend les coûts liés à la rétribution du thérapeute, à l’utilisation de matériel consommable (aiguilles, produits désinfectants, ou d’autres produits spécifiques au type de traitement comme le moxa¹², par exemple). Bien que plus difficiles à estimer, certaines études vont tenter d’estimer les coûts indirects et non matériels, tels que ceux associés à la douleur et à la souffrance du patient.

Il est important de noter que les coûts de rétribution d’un thérapeute devront être considérés en fonction du temps mobilisé par traitement. La mobilisation du thérapeute en termes de temps alloué par séance pour traiter un patient donné est généralement plus importante en acupuncture (en moyenne de 1 à 2 patients à l’heure) que pour la médecine conventionnelle (en moyenne 4 patients à l’heure), mais qu’elle ne mobilise pas d’autres professionnels de la santé (infirmières, techniciens, etc.).

Recension de littérature – Discussion

Les premières études abordant la question économique des traitements d’acupuncture sont apparues dans la littérature scientifique au cours des années 1990. Ces premières études, souvent sans groupe contrôle, ni randomisation, présentent plusieurs lacunes méthodologiques et l’interprétation de leurs résultats est bien sûr limitée. Tout de même, elles jettent les bases des premières indications quant à la rentabilité de l’acupuncture, lorsque comparée avec la médecine conventionnelle.

¹² **Moxa, moxibustion:** La moxibustion est une technique de stimulation par la chaleur de points d’acupuncture. Le moxa, composé d’armoise séchée et broyée, peut être compacté en cône ou en bâtonnet dont le bout incandescent est approché du point d’acupuncture à stimuler. Le moxa peut aussi être ajouté à une aiguille d’acupuncture, la chaleur étant alors transmise par l’aiguille.

Dans plusieurs études, les coûts directs d'ajouter des traitements d'acupuncture à la médecine conventionnelle sont plus grands, principalement en raison du coût que représente le temps de traitement par le professionnel. La question est donc de savoir si ces coûts sont avantageux en termes de bénéfices pour le client et si oui, selon quel seuil de référence?

Dès le début des années 90, des chercheurs canadiens de l'Ontario se sont intéressés à coter les évaluations économiques d'après leur rigueur méthodologique. Ils proposèrent un système à cinq «cotes de recommandation», de A à E, comme lignes directrices à l'interprétation des évaluations économiques de soins de santé :

- Une technologie de cote A est à la fois efficace et moins coûteuse que la technologie en place
- Une technologie de cote E est tout aussi efficace, mais plus coûteuse.
- Les technologies de cotes B à D sont plus efficaces et plus coûteuses:
 - une technologie de cote B coûte moins de 20 000\$ par année de vie pondérée par la qualité (AVPQ)
 - une technologie de cote C, de 20 000\$ à 100 000\$ par AVPQ
 - une cote D, plus de 100 000\$ pas AVPQ (Lapaucis, 1992)

En d'autres mots:

- Un soin de santé de cote A, en étant aussi efficace et moins coûteux que le soin conventionnel, présente un niveau de preuve irréfutable d'inclure ce soin à l'offre de service.
- Un soin de cote B, à moins de 20 000\$ par QALY, représente un fort niveau de preuve.
- Un soin de cote C, entre 20 000\$ et 100 000\$ par QALY, correspond à un niveau modéré de preuve.
- Un soin de cote D, revenant à plus de 100 000\$ par QALY, présente un faible niveau de preuve ne permettant pas de justifier d'inclure ce soin à l'offre de service (Lapaucis, 1992).

Lorsqu'on applique ces cotes de recommandation dans l'interprétation des études de rentabilité sur l'acupuncture, entre 1995 et 2015, force est de constater que nous avons d'une part des études présentant des économies grâce à l'acupuncture, correspondant à une cote A, et d'autre part des études dont les résultats d'ICER par QALY correspondent à une cote B ou à une cote C.

Plus récemment en 2015, une étude canadienne financée par le Ministère des Finances de l'Ontario cherchait à évaluer les interventions les plus rentables dans le contexte de la douleur cervicale et du traumatisme cervical (*whiplash*). Ces auteurs ont opté pour une propension à payer (*willingness to pay*) de 50 000\$:

«After converting in Canadian dollars and adjusting for inflation, we estimated the ICER for adding acupuncture to be CAD \$23 443 per QALY compared to routine multimodal medical care alone, confirming the authors' findings that adding acupuncture is cost-effective. At a willingness-to-pay of CAD \$50 000 per QALY, after accounting for uncertainty in the results reported by the authors, we estimated that adding acupuncture to routine medical care had a 99.7% probability of being cost-effective» (van der Velde, 2015).

Acupuncture et douleur

Dans un article de novembre dernier de la revue *Healthcare Financial Management*, la douleur se plaçait parmi le top 10 des diagnostics pour lesquels les approches alternatives, comme l'acupuncture, pouvait être efficace en milieu hospitalier et représenter des approches «*low-cost / high impact*» (Russo, 2015).

Un peu plus tôt en avril, des auteurs du *Lady Davis Institute for Medical Research* de Montréal, de l'Université McGill et de l'Université d'Ottawa publiaient dans *The American Journal of Medicine* :

«Unlike most complementary and alternative medicine options, acupuncture has been clinically ascertained as safe and effective in the relief of chronic pain as a stand-alone or adjunct therapy» (Harris, 2015).

Ces auteurs concluent ainsi: «Policymakers, smitten with cost-effectiveness, seek affordable and effective treatments and often regard acupuncture for pain as an expensive option (similar to psychotherapy for depression). And yet, findings show that the cost-effectiveness of acupuncture exceeds that of current standard of care» (Harris, 2015).

Acupuncture et système de santé

Depuis quelques années, une partie de la communauté scientifique se prononce de plus en plus pour promouvoir une meilleure intégration de l'acupuncture dans le système de santé. L'article de Russo mentionné ci-haut en est un exemple. Même son de cloche du côté d'une équipe de chercheurs américains, en collaboration avec la *National Cancer Institute*, qui, par l'entremise d'une revue systématique sur l'acupuncture en soins palliatifs conclue que :

«the evidence from 27 RCTs is sufficient to argue that acupuncture should be included in hospice and palliative care management of nausea and vomiting, dyspnea and pain» et que «because of its acceptable safety record, clinical efficacy, and low cost, acupuncture should be more widely used in hospice and palliative care settings» (Standish, 2008).

Tableau 5: Études de rentabilité de l’acupuncture de 1995 à 2015 par catégories de problèmes de santé *

Auteur(s)	Problème de santé étudié	Analyse de coûts	Devis	Participants (n)	Résultat principal
Acupuncture et douleur					
Branco 1999	Syndrome tunnel carpien	CEA	Sans contrôle	groupe 31	Économies moyennes de \$11,000 par patient
Liguori 2000	Migraine	CEA	Prospectif Randomisé	120	Économies de 1,332,000 Lires Italiennes (environ 700 Euros)
Naeser 2002	Tunnel carpien	CEA	RCT double insu	11	Économies de \$4,000 par patient
Wonderling 2004	Céphalée	CUA	RCT	401	0.021 QALY (1 an) ICER de £9180 par QALY
Thomas 2005	Douleur lombaire	CUA	RCT	239 total 159 acu 80 ctrl	ICER de £4241 par QALY (SF-6D) ICER de £3598 par QALY (SF-36)
Ratcliffe 2006	Douleur lombaire	CUA	RCT	241	0.012 QALY (1 an) 0.027 QALY (2 ans) ICER de £ 4241 par QALY (SF-36) ICER de £ 3598 par QALY (EQ-5D)
Willich 2006	Douleur cervicale	RCT	RCT	3 451 total 1 753 acu 1 698 ctrl	ICER de €12,469 par QALY
Witt 2006	Douleur lombaire	CUA	RCT et groupe non-randomisé	11 630 total 1 549 acu 1 544 ctrl 8 537 non-randomisés	ICER de €10,526 par QALY
Reinhold 2008	Arthrose	CUA	RCT	489	ICER de €17,845 par QALY
Witt 2008	Céphalée	CUA	RCT	3182 total 1613 acu 1569 ctrl	ICER de €11,657 par QALY
Witt 2008	Dysménorrhée	CUA	RCT et groupe non-randomisé	649 total 201 randomisées	ICER de €3,011 par QALY

Mémoire – Reconnaissance et intégration de l’acupuncture - OAQ

Kim 2010	Douleur lombaire	CUA	Méta-analyse	N/A	ICER de \$2,895.80 par QALY
Whitehurst 2011	Arthrose genou	du CUA	RCT	352 total 116 exercice 117 exercice + acu 119 exercice + sham acu	ICER de £3,889 par QALY
Taylor 2014	Douleur lombaire	CUA	Méta-analyse	N/A	ICER de \$48,562 par DALY* sauvé ICER de \$18,960 pour douleur + dépression <i>*Disability-adjusted life-year</i>
van der Velde 2015	Douleur cervicale et Trauma cervical	CUA	Revue systématique	N/A	ICER de 23 443\$ (CAD) par QALY
<i>Acupuncture et problèmes de santé autres que la douleur</i>					
Ballegaard 1999	Angine	CBA	Prospectif	105	Économies de \$32,000 par patient sur 5 ans
Ballegaard 2004	Angine	CBA	Rétrospectif	168	Économies sur 3 ans de \$36,000 pour les patients chirurgicaux et de \$22,000 pour les patients non-chirurgicaux
Downey 1995	Divers	CBA	Étude de cas	50	Économies de £ 12 par patient au bout de 50 patients
Lindall 1999	Divers	CIS	Étude de cas	65	Économies de £ 232 par patient
Paterson 2003	Dyspepsie	CEA	RCT	60	Hausse de coûts de £ 11.61 par patient sur 6 mois
Humaidan 2004	Prélèvement d’ovocytes	CEA	Prospectif Randomisé	200	Économies de € 1.35 par patiente
Spira 2008	Divers	CBA-CEA	Étude de cas	500	Économies de \$3,956 par jour d’hospitalisation évité
Witt 2009	Rhinite allergique	CUA	RCT	981	ICER de €17,377 par QALY €10,155 pour les femmes €44,871 pour les hommes
Stamuli 2012	Syndrome côlon irritable	CUA	RCT	233 total 116 acu 117 ctrl	ICER de €62,500 par QALY £6,500 pour les cas de SCI les plus sévères

Mémoire – Reconnaissance et intégration de l’acupuncture - OAQ

Reinhold 2013	Rhinite allergique	CUA	RCT <i>three arms</i>	364 total	ICER entre €31,241 et €118,889 par QALY (<i>not cost-effective on a threshold of €50,000 per QALY gained</i>)
Reinhold 2014	Asthme allergique	CUA	RCT	306 total 159 acu 147 ctrl	ICER entre €23,231 et €25,315 par QALY
Spackman 2014	Dépression	CUA	RCT <i>three arms</i>	755 total	ICER de £4,560 par QALY

* Inspiré de Jabbour, 2009. **Abréviations:** acu: acupuncture ; CBA : Cost-benefit analysis ; CEA : Cost-effectiveness analysis ; CIS : Cost-identification study ; CUA : Cost-utility analysis ; ctrl: contrôle (*usual care*) ; EQ-5D : Euro-QoL 5 Dimensions questionnaire ; ICER : Incremental cost-effectiveness ratio ; RCT: Randomized controlled trial ; SF-36 : Short-Form 36 questionnaire ; Sham acu : sham acupuncture (acupuncture placebo) QALY : Quality-adjusted life-year

Il est à noter, qu’au Québec, les assureurs privés dont les interventions couvertes visent à réduire la durée des problèmes de santé et à prévenir une invalidité coûteuse, remboursent une partie des frais relatifs aux soins d’acupuncture. Nous n’avons cependant pas accès à leurs analyses actuarielles.

Conclusion

La demande pour des soins d’acupuncture est grandissante. Son efficacité et innocuité n’est plus à démontrer. Les nombreuses revues systématiques effectuées et l’utilisation de l’acupuncture dans divers centres de soins à travers le monde occidentale confirment son utilité et degré de satisfaction. L’acupuncture devrait être considérée comme un soin médicalement requis, tel que défini par le Règlement d’application de la Loi sur l’Assurance maladie¹³. L’acupuncture est d’ailleurs déjà reconnue comme tel par deux instances gouvernementales, la CSST et la SAAQ. L’acupuncture devrait être reconnue par la RAMQ.

Avec l’intégration de l’acupuncture dans leur couverture publique, plusieurs pays ont franchi une étape importante dans l’amélioration de l’état de santé de leur population, sans pour autant alourdir la charge des coûts de santé.

Malheureusement, au Québec, le montant des frais encourus dans l’état actuel d’une pratique privée doublée d’une faiblesse de couverture d’assurances privées, limitent l’accessibilité aux traitements d’acupuncture. Or, selon la Loi canadienne sur la santé, les principes d’accès sans entrave et d’intégralité des soins devraient dicter les choix des provinces en matière de santé.

Pour conclure ce mémoire, nous citons une étude préliminaire de la profession d’acupuncture publiée en 2000 par le Ministère de l’Éducation¹⁴ :

«Deux facteurs principaux semblent freiner le recours à l’acupuncture. D’une part, les traitements d’acupuncture ne sont pas reconnus ni remboursés par la Régie de l’assurance-maladie du Québec. Il s’agit là d’un handicap majeur, à la fois professionnel et économique, que ne peut atténuer la reconnaissance de l’acupuncture parmi les médecines parallèles admises par bon nombre de programmes collectifs (privés) d’assurance-maladie.» (p. 14)

«Malgré cette croissance, l’acupuncture n’est pas encore reconnue ni intégrée dans les établissements du réseau de la santé. Le collège de Rosemont s’efforce d’ouvrir des portes en négociant pour ses élèves des stages en milieu hospitalier et dans d’autres établissements de services sociaux.» (p. 14)

En faisant référence à un mémoire publié en août 1998 par le Bureau fédéral des médecines alternatives (BFMA-CSN) à l’intention des autorités politiques québécoises

¹³ LRQ, c A-29, r.5, art 22

¹⁴ Ministère de l’Éducation. Santé – Acupuncture traditionnelle – Étude préliminaire. Québec, 2000, 63 p.

revendiquant une véritable reconnaissance des médecines parallèles : «L’une des sept recommandations du mémoire du BFMA prône aussi la reconnaissance de l’acupuncture et demande qu’un projet pilote soit conçu afin d’intégrer les acupuncteurs et les acupunctrices au système de santé québécois.» (p. 15)

«La croissance sectorielle la plus importante ne pourrait résulter que des deux conditions déjà évoquées, soit la reconnaissance de l’acupuncture par le régime public d’assurance-maladie et l’intégration de l’acupuncture dans le réseau de la santé. Il est possible pour le milieu de remplir ces deux conditions grâce à la croissance de la demande de soins parallèles et à la tendance internationale de coopération entre la médecine traditionnelle chinoise (MTC) et le milieu bio-médical. Tout en approfondissant le champ de la MTC, l’acupuncture doit démontrer sa complémentarité avec la médecine occidentale. » (p. 32)

En conclusion à ce rapport, citons :

«Sans la reconnaissance qui permettrait que les patients puissent être remboursés par la Régie de l’assurance-maladie du Québec et sans l’accès au réseau de la santé et des services sociaux, l’espérance d’une croissance raisonnable reste faible pour l’acupuncture. Pourtant, l’acupuncture est dotée d’outils d’encadrement la distinguant dans l’ensemble des approches parallèles, soit un ordre professionnel et un programme de formation public. Cet avantage devrait jouer au cours des prochaines années et permettre à l’acupuncture de profiter de l’influence favorable de la demande générale de soins alternatifs et de la tendance internationale de partenariat entre la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale.» (p. 55)

Il y a maintenant 15 ans que ces recommandations ont été déposées. Par le présent mémoire, nous réitérons les recommandations émises en 2000 par le Ministère de l’Éducation. En considérant d’une part, la rigueur de la formation en acupuncture au Collège de Rosemont et d’autre part, l’expérience de travail des acupuncteurs au sein d’équipes multidisciplinaires, l’OAQ est confiant que ses membres sont non seulement compétents, mais prêts à intégrer le système de santé public pour ainsi assurer un accès généralisé et équitable aux soins d’acupuncture qui permette à la population du Québec de bénéficier des divers avantages constatés dans les autres pays et juridictions tout en contribuant à abaisser la facture globale des soins de santé.



Raymond Bourret, Ac.
Président de l’Ordre des acupuncteurs du Québec

Annexe 1 : Lettre d'appui de la Coalition Priorité Cancer au Québec

Coalition Priorité Cancer au Québec

www.coalitioncancer.com

Montréal, le 26 janvier 2016

Raymond Bourret
Président
Ordre des acupuncteurs du Québec
303 boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 1106
Montréal, QC
H2Z 1Y7

Monsieur Bourret,

Nous avons pris connaissance de votre mémoire adressé au Commissaire à la santé et au bien-être à propos de vos préoccupations et des enjeux que vous soulevez relatifs à la révision du panier de services de santé assurés au Québec.

Dans l'ensemble, la Coalition Priorité Cancer au Québec partage vos propositions que les personnes atteintes de cancer puissent avoir un meilleur accès à l'acupuncture. En effet, les nombreux exemples provenant de différents pays dans le monde et d'autres provinces canadiennes cités dans votre mémoire semblent illustrer clairement les bénéfices de l'acupuncture, notamment dans le traitement de la douleur, dont souffre un grand nombre de personnes atteintes de cancer. De plus, les services en acupuncture offerts sans frais à l'Hôpital général juif aux patients atteints d'un cancer du poumon dont vous soulignez l'efficacité nous apparaissent fort intéressants.

L'acupuncture étant encadrée par un ordre professionnel reconnu au Québec, nous sommes favorables à une meilleure reconnaissance des soins que les membres de l'Ordre des acupuncteurs du Québec sont en mesure d'offrir aux patients, et ce, dans le cadre des services assurés par le régime public de santé.

Nous vous vous prions d'accepter, monsieur Bourret, nos meilleures salutations.

La Présidente,



Nathalie Rodrigue, T.M.

C.C. Commissaire à la santé et au bien-être
Membres de la Coalition

Références

(selon l'ordre d'apparition dans le document)

Section : Mise en contexte

Loi sur l'acupuncture (1994, chap. 37), Section IV- Exercice de l'acupuncture, art. 8 et 9 et Section V - Exercice illégal de l'acupuncture, art. 14.

Ministère de l'Éducation. Santé – Acupuncture traditionnelle – Étude préliminaire. Québec, 2000, 63 p.

Institut de la statistique du Québec. La consultation de professionnels de la santé par les Québécois : comparaisons temporelles et provinciales. Zoom santé, 2007.

Statistique Canada. Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation. Rapport sur la santé, vol. 13, no 1, décembre 2001, p. 9-24.

Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997-9 and 2005. *BMJ Complementary and Alternative Medicine*. 2008; 8 :16.

Section : État actuel de l'acupuncture

Organisation Mondiale de la Santé – OMS. The Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review.

Documentation consultée en ligne entre le 23 décembre 2015 et le 29 janvier 2016:

Ordre des Praticiens en Médecine traditionnelle chinoise et des acupuncteurs de l'Ontario, Site de l'association professionnelle, [En ligne]. <http://www.ctcmpao.on.ca/>

Gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée. « Médecine chinoise traditionnelle et acupuncture en Ontario. Rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 2005 » [En ligne]. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/tc_med/tc_med.aspx

McMaster University, Health Sciences, « McMaster University Contemporary Medical Acupuncture for Health Professionals Program » [En ligne]. <http://mcmasteracupuncture.com/>

McMaster University, Health Sciences, « Ontario Insurance FAQs, » [En ligne]. <http://mcmasteracupuncture.com/ontario-insurance-faq/>

Sunnybrook Health Sciences Center, « Acupuncture Clinic » [En ligne]. <http://sunnybrook.ca/content/?page=sjr-patvis-prog-bot>

Sandner-Kiesling A, Molony DE, Goldstone S. « Comparison of Acupuncture History, Education Practice and Licensing in Europe and the United States » [En ligne]. <http://goldstoneacupuncture.com/oriental-medicine/a-comparison-of-acupuncture-history-education-practice-and-licensing-in-europe-and-the-united-states/>

Zhen Zheng, Acupuncture in Australia: Regulation, Education, Practice, and Research. *Integrative Medicine Research*, Volume 3, Issue 3, Pages 103-110, [En ligne]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213422014000420>,

Cam Doc Alliance, Cam Survey 2009 « Results Acupuncture », [En ligne]. http://www.camdoc.eu/Survey/Results_AC.html

Xue CC, Zhang AL, Yang AW, Zhang CS, Story DF. « Recent developments of acupuncture in Australia and the way forward » [En ligne]. <https://researchbank.rmit.edu.au/eserv/rmit:2725/n2006011953.pdf>

National Certification Commission for Acupuncture and Oriental Medicine (NCCAOM), « State Licensure requirements », [En ligne]. <http://www.nccaom.org/regulatory-affairs/state-licensure-map/>

Sayampanathan AA, Koh THB, Kong KH, Low YP.: Factors affecting decision-making of patients choosing acupuncture in a public hospital, *Ann Transl Med.* 2015 Nov; 3(19): 283.

Canada

Alberta

Province of Alberta, « Health Discipline Acts », [En ligne]. <http://www.health.alberta.ca/about/health-legislation.html>

Alberta Workers' Compensation Board, « Forms and guides », [En ligne]. <http://www.wcb.ab.ca/providers/forms.asp>

Colombie-Britannique

Province of British Columbia, « Professional Regulation », [En ligne]. <http://www.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/professional-regulation>

Work Safe BC, « Workers Compensation Act », [En ligne]. http://www.worksafebc.com/health_care_providers/health_care_practitioners/default.asp

College of Acupuncture and Herbology, « Study Programs », [En ligne]. <http://oshio.ca//study-programs/>

Terre-Neuve et Labrador

Newfoundland and Labrador Council of Health Professional, « Health Professional Regulations », [En ligne]. <http://www.nlchp.ca/>

Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services, « Medical Care Plan Coverage », [En ligne]. <http://www.health.gov.nl.ca/health/mcp/healthplancoverage.html>

Section : Domaine développés en milieu hospitalier

Douleur chronique

Borde V. Vaincre la douleur. L'Actualité, juin 2015, p. 28-33.

Oncologie

Kasymjanova G, et al. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. *CurrOncol*, 2013, 20(3):157-7.

Section : Coûts-bénéfices (en ordre alphabétique de premier auteur)

Ambrosio EMM, Bloor K, MacPherson H. Costs and consequences of acupuncture as a treatment for chronic pain: A systematic review of economic evaluations conducted alongside randomised controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*. 2012;20:364-74.

Ballegaard S, Johannessen A, Karpatschhof B, Nyboe J. Addition of acupuncture and self-care education in the treatment of patients with severe angina pectoris may be cost beneficial: an open, prospective study. *J Altern Complement Med*. 1999;5:405-13.

Ballegaard S, Borg E, Karpatschhof B, Nyboe J, Johannessen A. A long-term effects of integrated rehabilitation in patients with advanced angina pectoris: a nonrandomized comparative study. *J Altern Complement Med*. 2004;10(5):777-83.

Branco K, Naeser MA. Carpal tunnel syndrome : clinical outcome after low-level laser acupuncture, microamps transcutaneous electrical nerve stimulation, and other alternative therapies – an open protocol study. *J Altern Complement Med*. 1999;5(1):5-26.

Downey P. Acupuncture in the normal general practice consultation : an assesment of clinical and cost effectiveness. *BMJ*. 1995;13:45-7.

Harris CS, Lifshitz M, Raz A. Acupuncture for Chronic Pain ? Clinical Wisdom Undecided Despite Over 4000 Years of Practice. *The American Journal of Medicine*. 2015;128(4):331-3.

Humaidan P, Stener-Victorin E. Pain relief during oocyte retrieval with a new short duration electro-acupuncture technique – an alternative to conventional analgesic methods. *Hum Reprod*. 2004;19(6):1367-72.

Jabbour M, Sapko MT, Miller DW, Weiss LM, Gross M. Economic Evaluation in Acupuncture: Past and Future. *American Association of Acupuncture & Oriental Medicine*. 2009;49.

Kim N, Yang B, Lee T, Kwon S. An economic analysis of usual care and acupuncture collaborative treatment on chronic low back pain: A Markov model decision analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2010;10:74.

- Kim SY, Lee H, Chae Y, Park HJ, Lee H. A systematic review of cost-effectiveness analyses alongside randomised controlled trials of acupuncture. *Acupuncture in Medicine*. 2012;30(4):273-85.
- Laupacis A, Feeny D, Detsky AS, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *CMAJ*. 1992;146(4):473-81.
- Liguori A et al. Comparison of pharmacological treatment versus acupuncture treatment for migraine without aura – analysis of socio-medical parameters. *J Tradit Chin Med*. 2000;20:231-40.
- Lindall S. Is acupuncture for pain relief in general practice cost-effective ? *Acupuncture in Medicine*. 1999;17:97-100.
- Naeser MA, Hahn KA, Lieberman BE, Branco KF. Carpal tunnel syndrome pain treated with low-level laser and microamperes transcutaneous electric nerve stimulation: A controlled study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(7):978-88.
- North RB, Shipley J, Wang H, Mekhail N. A Review of Economic Factors Related to the Delivery of Health Care for Chronic Low Back Pain. *Neuromodulation*. 2014;17:69-76.
- Paterson C, Ewings P, Brazier JE, Britten N. Treating dyspepsia with acupuncture and homeopathy: reflections on a pilot study by researchers, practitioners and participants. *Complement Ther Med*. 2003;11(2):78-84.
- Ratcliffe J, Thomas KJ, MacPherson H, Brazier J. A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2006;333(7569):626.
- Reinhold T, Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN. Quality of life and cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with osteoarthritis pain. *Eur J Health Econ*. 2008;9:209-19.
- Reinhold T et al. Cost-effectiveness for acupuncture in seasonal allergic rhinitis: economic results of the ACUSAR trial. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2013;111:56-63.
- Reinhold T, Brinkhaus B, Willich SN, Witt CM. Acupuncture in Patients Suffering from Allergic Asthma: Is It Worth Additional Costs ? *J Altern Complement Med*. 2014;20(3):169-77.
- Russo R, Diener I, Sticher M. The low risk and high return of integrative health services. *Healthcare Financial Management*. 2015;69(11):114-20.
- Spackman E. et al. Cost-Effectiveness Analysis of Acupuncture, Counselling and Usual Care in Treating Patients with Depression: The Results of the ACUDep Trial. *PLoS ONE* 2014;9(11):e113726.
- Spira A. Acupuncture: a useful tool for health care in an operational medicine environment. *Mil Med*. 2008;173(7):629-34.

- Stamuli E et al. Cost-effectiveness of acupuncture for irritable bowel syndrome: findings from an economic evaluation conducted alongside a pragmatic randomised controlled trial in primary care. *BMC Gastroenterology*. 2012;12:149.
- Standish LJ, Kozak J, Congdon S. Acupuncture Is Underutilized in Hospice and Palliative Medicine. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2008;25(4):298-308.
- Taylor P, Pezzullo L, Grant SJ, Bensoussan A. Cost-effectiveness of Acupuncture for Chronic Nonspecific Low Back Pain. *Pain Pract*. 2014;14(7):599-606.
- Thomas KJ et al. Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain. *Health Technol Assess*. 2005;9(32):1-109.
- Van der Velde G. et al. Which interventions are cost-effective for the management of whiplash-associated and neck pain-associated disorders ? A systematic review of the health economic literature by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) collaboration. *Spine J*. 2015:S1529-9430(15)01235-8.
- Whitehurst DGT, Bryan S, Hay EM, Thomas E, Young J, Foster NE. Cost-Effectiveness of Acupuncture Care as an Adjunct to Exercise-Based Physical Therapy of Osteoarthritis of the Knee. *Physical Therapy*. 2011;91(5):630-41.
- Willich SN, Reinhold T, Selim D, Jena S, Brinkhaus B, Witt CM. Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. *Pain*. 2006;125:107-13.
- Witt CM et al. Pragmatic Randomized Trial Evaluating the Clinical and Economic Effectiveness of Acupuncture for Chronic Low Back Pain. *American Journal of Epidemiology*. 2006;164(5):487-96.
- Witt CM et al. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:166.e1-166.e8.
- Witt CM, Reinhold T, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN. Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with headache. *Cephalalgia*. 2008;28:334-45.
- Witt CM, Reinhold T, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN. Cost-effectiveness of Acupuncture in Women and Men with Allergic Rhinitis: A Randomized Controlled Study in Usual Care. *Am J Epidemiol*. 2009;169(5):562-71.
- Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R. Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ*. 2004;328(7442):747.

Section : Conclusion

Ministère de l'Éducation. Santé – Acupuncture traditionnelle – Étude préliminaire. Québec, 2000, 63 p.