

université de neuchâtel

séminaire de psychologie
groupe de psychologie appliquée

dossiers de psychologie

DIRE LES SENSATIONS. Une analyse psychosociale des interactions entre des acupuncteurs et leurs patients
Luca Oppizzi

No 49
Décembre 1997

Le Groupe de Psychologie Appliquée
et le Séminaire de Psychologie publient :

- Les Cahiers de Psychologie
- Les Dossiers de Psychologie

Administration et commandes :

Groupe de Psychologie Appliquée
Faubourg de l'Hôpital 106
CH-2000 Neuchâtel

Séminaire de Psychologie
Espace Louis-Agassiz 1
CH-2000 Neuchâtel

DIRE LES SENSATIONS

**Une analyse psychosociale des interactions
entre des acupuncteurs et leurs patients**

Luca Oppizzi

Recherche conduite sous la direction du professeur Michèle GROSSEN

Remerciements

Au début de son ouvrage intitulé *Come si fa una tesi di laurea*, Umberto Eco décrit la condition des étudiants italiens. Qui connaît un peu le pays comprend sans peine ce que signifie *università di massa*. C'est pour cette masse, sans soutien académique ni économique, que l'auteur a écrit l'ouvrage.

A la lecture de ce propos, je me suis livré à un bilan personnel et je reconnais qu'il est doublement positif. D'un côté, au lieu des auditoires bondés et anonymes j'ai connu des relations académiques riches et bénéficié d'un suivi individuel de qualité; de l'autre, mon entourage immédiat m'a délivré des soucis matériels.

C'est donc un sentiment de gratitude que j'aimerais communiquer à toutes celles et tous ceux qui ont permis la réalisation de ce mémoire de licence dans les conditions qui furent les miennes. En particulier:

A Michèle Grossen, pour la qualité de sa présence et de ses conseils, pendant les huit mois qu'a duré la recherche;

Aux acupuncteurs, qui ont ouvert la porte de leur cabinet pour y laisser pénétrer mon regard;

Aux patients, qui ont livré en ma présence le récit souvent émouvant de leurs vies;

A ma femme, pour avoir partagé mes joies et mes doutes, et sans qui la fin des études serait peut être encore un rêve...

A mes collègues et amis qui ont participé à la relecture des pages qui vont suivre.

***Dans l'étude poursuivie
On apprend de plus en plus
Chaque jour***

Tao Te King

TABLE DES MATIERES

Remerciements

I. INTRODUCTION	7
1. Le modèle holographique	7
2. Le cadre de la recherche	8
3. Les sensations comme révélateur et vecteur de l'analyse	9
4. Plan de l'étude	10

PREMIERE PARTIE

II. LES CONTEXTES DE L'INTERACTION	15
1. Modèles de la santé et de la maladie	17
a. Le modèle biomédical	18
b. Le modèle médical chinois	22
c. L'homéopathie	29
2. Le contexte socio-économique et juridique	32
a. Les facteurs socio-économiques	32
b. Le contexte juridique	33
c. L'institution médicale et le statut des médecines complémentaires	34
3. La consultation médicale	36
a. Les séquences de la consultation	36
b. Les rites d'interaction	41
c. Le rôle du remède dans l'interaction	41
d. Redéfinir le contexte	43

DEUXIEME PARTIE

III. LE TERRAIN ET LES SUJETS	47
1. La prise de contact	47
2. Carte d'identité des acupuncteurs et de leurs clients	48
IV. METHODES	51
1. L'observation participante	51
2. L'observation directe	52
3. Le questionnaire fermé	53
4. L'entretien directif	54
V. RECOLTE DES DONNEES	55
1. Matériau obtenu au cours de l'étude sur le terrain	55
2. Choix du matériau pour l'analyse	56

VI. ANALYSES DES DONNEES	
LES SENSATIONS DANS LA CONSULTATION	57
1. Les sensations dans l'interrogatoire	58
a. Les sensations d'un dossier médical	59
b. Sens interdits	62
c. Les sens du vent	67
d. La langue des sensations	71
2. Les sensations dans le diagnostic	79
a. Alex	79
b. Aude	80
c. Arianne	81
d. Arnaud	82
3. Les sensations dans le traitement	87
a. Les échanges centrés sur le traitement	87
b. Les sensations et la mémoire	90
c. Les sensations et l'orientation du traitement	96
d. Les sensations et les représentations du corps	99
e. Les sensations psychiques	102
f. L'absence de sensations	104
4. Synthèse de l'analyse	106
VII. CONCLUSION	109
1. La relation patient-acupuncteur : quelques réflexions	109
2. Discussion, métaphore ou analogie ?	110
VIII. BIBLIOGRAPHIE	117
ANNEXES	125
Annexe 1	127
Annexe 2	132
Annexe 3	138
Annexe 4	142
Annexe 5	148
Annexe 6	150

I. INTRODUCTION

1. LE MODELE HOLOGRAPHIQUE

L'hologramme est une 'image' tridimensionnelle, projetée dans l'espace, produite par photographie sans objectif au moyen de faisceaux laser. Supposons qu'elle reproduise un portrait. Comme pour la diapositive conventionnelle, l'observateur verra un simple visage, bien qu'en trois dimensions; mais s'il se déplace autour de l'image, il pourra voir ce qu'il y a derrière la tête du sujet photographié.

Ceci n'est pas le plus étonnant de l'hologramme.

A la lumière normale, la plaque photographique de l'hologramme ressemble à un arrangement désordonné de tourbillons qui n'ont rien à voir avec l'objet d'origine. En fait, la plaque reproduit uniquement ce que les physiciens appellent *patterns d'interférence*. Lorsqu'on laisse tomber deux cailloux identiques à deux endroits différents d'un étang, on obtient "deux séries de vagues semblables qui se dirigent l'une vers l'autre. Là où les vagues se rencontrent, elles vont interférer. Si la crête de l'une frappe la crête de l'autre, elles vont agir ensemble et produire une vague renforcée de deux fois la hauteur normale. Si la crête de l'une coïncide avec le creux de l'autre, elles s'annuleront mutuellement et produiront une zone isolée d'eau calme. En fait, toutes les combinaisons possibles des deux se produisent, et le résultat final est un arrangement complexe de vaguelettes appelées *pattern d'interférence*".¹ La rencontre de deux faisceaux laser produit des effets identiques, à savoir un pattern d'interférence d'ondes de lumière et d'obscurité, qui peut être enregistré sur une plaque photographique. Si l'un des rayons, au lieu d'être dirigé directement sur l'autre rayon, est réfracté d'abord sur un objet au moyen d'un miroir, il en résultera un pattern d'interférence encore plus complexe, toujours enregistrable sur la plaque photographique, que l'on appellera *hologramme* de l'objet.

Pour reconstituer l'objet d'origine, il suffit de diriger sur l'hologramme sans signification apparente un rayon de lumière cohérente comme le laser. Le produit est l'objet tridimensionnel projeté dans l'espace, à une certaine distance de la plaque photographique.

Admettons que le photographe, ému devant le spectacle, laisse tomber la plaque photographique au sol et qu'elle se brise. L'hologramme est-il détruit définitivement ? Il n'en est rien. Il suffit de recueillir n'importe quel morceau, aussi petit soit-il, pour reproduire l'image dans son entier. En effet, l'espace le plus minuscule de la plaque a emmagasiné la totalité des informations de l'image.

En d'autres termes, la partie contient les informations du tout, comme le tout contient la partie. Ou encore, **la signification de la partie est indissociable de la signification du tout.**

Cet excursus physique et métaphysique me conduit à parler du cadre général de ma recherche et de son objet, la relation patient-acupuncteur.

¹Lyall Watson, cité par Ken Wilber, *Le paradigme holographique*, Montréal: Le Jour, 1984.

2. LE CADRE DE LA RECHERCHE

Mon étude s'inscrit dans la problématique générale de la relation médecin-patient. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses recherches dans le champ des sciences humaines, que ce soit en psychologie, sociologie, anthropologie, linguistique, histoire ou droit.

En raison d'intérêts personnels pour les médecines complémentaires, j'ai choisi d'analyser la relation entre des acupuncteurs et leurs patients. Pour ce faire, j'ai adopté l'approche interactionniste de la psychologie sociale, que je développerai plus loin. Ce regard est sous-tendu par celui de l'ethnologie, discipline à laquelle je me suis formé parallèlement aux études de psychologie. Si la psychologie offre ici le cadre théorique pour appréhender les *processus* relationnels entre des patients et des thérapeutes, l'ethnologie se présente comme une approche sensible aux *différences* entre le modèle biomédical et la médecine chinoise. Le mariage des deux disciplines - bien que l'optique psychologique soit ici dominante - permet d'apprécier les résultats d'une double rencontre: celle des acupuncteurs et de leurs patients et celle de leurs modèles médicaux de référence.

Mon approche s'inscrit également dans le courant ethnométhodologique de la sociologie: approche micro-sociologique par l'étude des interactions entre individus; observation en milieu naturel; analyse conversationnelle. L'ethnométhodologie n'est pas une méthode de l'ethnologie ni un appareillage scientifique permettant d'accéder à un savoir spécialisé, mais l'étude du raisonnement sociologique pratique, le plus souvent implicite, dont dispose un membre d'une société pour accéder à tout savoir de sens commun (Coulon, 1990): se croiser dans la rue, arriver dans un restaurant ou chez le médecin, éduquer ses enfants, etc. Ce raisonnement est observable dans la gestion des affaires quotidiennes par le biais, notamment, de la conversation. Pour les ethnométhodologues, c'est en effet par la conversation que se transmettent les savoirs sociaux, que la réalité est construite et pas seulement décrite. C'est en grande partie sur la base de conversations enregistrées que j'ai étudié la relation patient-acupuncteur.

Avant la recherche proprement dite, ce que je savais de l'acupuncture était très limité. Dans un tout autre contexte, deux médecins occidentaux formés à l'acupuncture et un médecin tibétain m'avaient pris les pouls - j'expliquerai plus loin la nature de ces pouls -, mais j'ignorais tout de la technique et du déroulement d'une consultation en acupuncture. En effet, une médication phytothérapique ou homéopathique avaient suffi pour soigner le mal.

A vrai dire, la première fois qu'un de ces médecins occidentaux m'a pris le pouls, j'ai crû qu'il se moquait un peu de moi: je ne comprenais pas comment il pouvait, avec ce moyen, prétendre faire un bilan de santé satisfaisant, sans auscultation supplémentaire. Manifestement, quelque chose ne faisant pas partie de ce que je savais en matière de consultation médicale m'échappait.

Quelques lectures m'ont éclairé sur le fait que ce médecin n'avait pas pratiqué *du tout* la même médecine que ses confrères occidentaux. En fait, la démarche s'inspirait du modèle médical chinois. Le cadre et le processus thérapeutique avaient été modifiés entièrement: non seulement le traitement, mais aussi la forme de l'interrogatoire et surtout la méthode diagnostique avaient changé, par comparaison à la consultation conventionnelle.

Cette méprise de ma part, sur la nature et la forme de cette pratique médicale, m'a conduit à m'interroger sur ce qui se passait dans une consultation en médecine chinoise donnée par des praticiens occidentaux, en particulier sur les difficultés que le praticien et le patient

pouvaient rencontrer, étant donné la nature parfois différente de leurs systèmes thérapeutiques de référence.

C'est en assistant à des consultations où était pratiquée l'acupuncture, ainsi qu'au moyen de post-entretiens où j'ai interrogé des acupuncteurs et leurs patients, que j'ai cherché une réponse à ces interrogations.

3. LES SENSATIONS COMME REVELATEUR ET VECTEUR DE L'ANALYSE

Face à l'ampleur du matériel dont je disposais pour l'analyse (quelque deux-cent-quatre vingt pages de transcriptions de consultations et entretiens), je devais faire un choix quant à la direction que j'allais prendre pour le défricher. Mais je souhaitais emprunter une ligne qui me permette de parcourir le matériel de bout en bout.

C'est au cours d'un échange avec ma directrice de mémoire, où je lui avais présenté des extraits de transcriptions que j'avais jugés intéressants, qu'est née l'idée d'explorer la verbalisation des sensations dans la consultation, en tant que fil conducteur de l'analyse. Ce choix répond de manière fructueuse à une double exigence: d'une part, celle de mettre en évidence les processus de l'interaction patient-praticien; d'autre part, celle de rendre compte des éventuelles difficultés de gestion, par les partenaires de l'interaction, de modèles médicaux différents.

Mon propos n'est pas celui d'un physiologiste. J'ignore plus ou moins tout de ce qui se dit en physiologie à propos des sensations. C'est pourquoi je me contente de rendre ici quelques définitions proposées par les dictionnaires.

Le Petit Larousse (1991) en donne deux:

- 1) n.f. (lat. *sensatio*, de *sentire*, sentir). Phénomène qui traduit, de façon interne chez un individu, une stimulation des organes récepteurs. *Sensation visuelle*.
- 2) Etat psychologique découlant des impressions reçues et à prédominance affective ou psychologique. *Sensation de bien-être*.

Le Dictionnaire général des sciences humaines (1984) parle de la *sensation* comme une "modification subjective éprouvée par l'organisme à la suite de l'action d'un stimulus spécifique sur un récepteur et ayant pour conséquence normale une réponse motrice ou glandulaire. (...) Du point de vue physiologique la sensation peut être considérée comme un signal indispensable au déclenchement d'une action adaptée et permettant le contrôle de celle-ci". Les sensations sont des repères qui permettent à l'homme d'exécuter les conduites contribuant à sa survie. Pour les méthodes psychophysiques de la psychologie expérimentale, "la difficulté majeure résulte du fait que l'observateur se réfère à un vécu, indissociable de la sensation définie physiologiquement, même au niveau local, mais inutilisable comme tel dans les processus de quantification. Ce problème, et bien d'autres encore, obligent à abandonner le concept de sensation comme entité de la psychologie et à reconnaître (...) que c'est du *sentir* et non des sensations qu'il doit être question, ces dernières n'étant étudiables rigoureusement qu'en dehors du contexte psychologique, au titre d'action partielle du récepteur, des voies nerveuses et des projections centrales qui lui sont propres. Quant au sentir, il ne peut être étudié comme événement intégré, que dans le cadre d'une psychologie phénoménologique".

Pour ma part, en aucun moment de la recherche je n'ai cherché à appréhender les sensations dans l'optique expérimentale. Et j'ai fait fi des subtilités du vocabulaire, dont le but implicite est de délimiter les champs disciplinaires: lors des consultations que j'ai observées, les patients disaient souvent "j'ai comme une sensation", et non pas "j'ai un sentir".

La sensation est un phénomène subjectif, mais son expression peut se faire par le langage. Elle est donc aussi un phénomène intersubjectif, où les acteurs de l'interaction - l'acupuncteur et le patient - cherchent ensemble à lui attribuer une signification. Lorsqu'une signification émerge, elle peut, dans certaines circonstances, conduire les acteurs à agir. Non pas sur le mode *stimulus-réponse*: il n'y a pas nécessité, mais construction sociale de la réponse-action.

La sensation, c'est aussi le *vécu subjectif du mal* avant que celui-ci ne soit défini. Dans ce sens, définir la sensation, c'est définir le mal lui-même, le nommer. Mais la verbalisation des sensations n'est pas une chose facile. Notre culture nous a habitués à la visibilité des signes de la maladie, si bien que nous avons relégué le ressenti au second plan: dire la sensation, dans le contexte biomédical, c'est avant tout localiser le mal pour y accéder par le regard.

Mon propos est de montrer d'une part comment, dans le cadre d'une consultation en médecine chinoise, patient et acupuncteur attribuent des significations relatives aux sensations verbalisées et, a fortiori, à la maladie; d'autre part de montrer en quoi ces significations s'enracinent dans des systèmes sociaux plus larges que l'interaction patient-acupuncteur elle-même.

L'utilité du modèle holographique se révèle ici: d'une part il exerce une contrainte épistémologique propre à éviter au chercheur l'écueil d'une analyse d'interactions privée artificiellement des dimensions que sont l'histoire (individuelle ou collective), le social et la culture. D'autre part, sur le plan théorique, il autorise le retour à ces dimensions à partir de la plus petite unité observable qu'est l'interaction.

4. PLAN DE L'ETUDE

Je pense qu'il est utile de rappeler au lecteur que j'ai abordé le terrain de ma recherche sans le connaître vraiment. C'est pourquoi, avant d'émettre des hypothèses sur la dynamique relationnelle en jeu dans la rencontre entre les acupuncteurs et leurs patients, je devais procéder à un travail assez vaste d'*observation* et de *description* soutenu par des lectures relatives aux modèles médicaux occidentaux et chinois et au domaine de la relation patient-thérapeute.

Comme il s'agissait aussi, par ce travail, de poser les bases de recherches ultérieures, j'ai pris connaissance d'éléments théoriques plus nombreux que ceux auxquels se rapportait le matériau obtenu au cours de l'observation des séances. Par la suite, je me suis servi des éléments théoriques qui amenaient un éclairage à la lecture de ce matériau, sans pour autant passer aux oubliettes d'autres éléments dont je pensais pouvoir me servir plus tard. Pour cette raison, il n'y a pas nécessairement de correspondance exacte, terme à terme, entre la théorie développée dans la première partie de l'exposé et l'analyse du matériau proposée dans la seconde. En revanche, j'ai effectué un certain nombre de relations entre les questions théoriques et les extraits des séances reproduits, relations qui pourront éventuellement servir à l'élaboration d'hypothèses de travail.

La théorie se présente comme un emboîtement des contextes de l'interaction, du plus large au plus étroit: elle donne d'abord une esquisse des modèles médicaux occidental et chinois, et quelques notions d'homéopathie (utilisée par un acupuncteur). Il est question ensuite des facteurs socio-économiques et légaux qui sous-tendent la pratique médicale en général et l'acupuncture en particulier. Enfin, il est question du contexte de la consultation médicale: quelle est, conventionnellement, sa structure et quelles sont les modalités d'interaction qui y ont cours.

Dans la seconde partie de l'exposé, je présente d'abord la manière dont j'ai construit le terrain de la recherche et quelles ont été les méthodes dont je me suis servi pour l'explorer. Puis, j'expose les données de la recherche obtenues grâce à l'analyse qualitative. Ces données illustrent les processus interactionnels liés à la verbalisation des sensations lors de consultations où est pratiquée l'acupuncture.

PREMIERE PARTIE

II. LES CONTEXTES DE L'INTERACTION

Préliminaire. L'interaction et le contexte: quelques définitions.

L'INTERACTION

L'étude des interactions est transdisciplinaire: elle ne se limite pas à la psychologie sociale, mais recoupe des disciplines comme la sociologie, l'ethnologie et la linguistique. Il n'y a pas de théorie unifiante autour du concept d'*interaction*; chaque discipline en a une compréhension particulière.

Pour la psychologie sociale, l'interaction peut être définie comme le processus par lequel des acteurs, réels ou virtuels (p.ex. une machine), parviennent à **exercer une action conjointe** - conflictuelle ou coopérative: par exemple à échanger entre eux des compétences, des savoirs, des émotions, etc. L'interaction peut être verbale ou non verbale.

LE CONTEXTE

Quel est l'intérêt de parler du contexte de l'interaction ?

En parcourant sommairement le matériau obtenu au cours de la recherche², j'ai constaté que de nombreux éléments des échanges entre les acupuncteurs et leurs clients renvoyaient à des contextes plus larges que l'interaction elle-même: les modèles médicaux, les facteurs économiques et juridiques, l'institution médicale, le cadre de la consultation. A chaque fois que je dissociais l'interaction de ces contextes, auxquels elle se rapportait tout le temps de façon implicite ou explicite, elle devenait 'illisible' comme la plaque de l'hologramme à la lumière normale. Voilà pourquoi il m'a semblé incontournable de restituer l'interaction dans toutes ses dimensions, c'est-à-dire de l'éclairer au moyen d'une approche cohésive intégrant les principaux éléments contextuels dans lesquels elle s'insérait et qui lui donnaient un sens.

Ce sens n'est pas une donnée de fait - il ne va pas de soi: il y a toujours, "pour un acteur singulier, plusieurs définitions possibles d'une situation donnée" (Grossen, 1992). L'enjeu est alors de comprendre comment des individus interagissant parviennent à partager un sens, des significations relatives à l'action commune et à la situation dans laquelle ils sont impliqués. En ce qui concerne la consultation médicale, il s'agit de voir notamment de quelle manière le praticien et le patient construisent ensemble des significations relatives à la maladie, au traitement, au corps, aux sensations, etc.

Le terme de *contexte* renvoie à des acceptions différentes selon les auteurs. Apothéloz & Grossen (1991, p. 2) en distinguent deux:

- le dispositif temporel et spatial, ou "setting", "susceptible de favoriser l'émergence d'un processus thérapeutique";
- les contextes culturels, sociaux et institutionnels.

²Il s'agit des transcriptions des consultations et des entretiens dont je parlerai plus loin.

Mishler (1981, p. 251) définit le contexte de cette façon: "All features of social life - social norms, cultural values, shared codes of meaning and rules of conduct, institutional structures and processes, forms of economic and political organization - are encompassed in our conception of social context".

Ces définitions montrent qu'il existe différentes *échelles* ou niveaux contextuels. Il est utile de les distinguer - même s'ils ne se donnent pas en soi comme des catégories distinctes - afin de comprendre comment ils s'articulent entre eux dans l'interaction pour produire des significations. On peut dire que le "setting" appartient au micro-contexte; les contextes institutionnels sont de l'ordre du méso-contexte, et les contextes culturels et sociaux de l'ordre du macro-contexte. La définition donnée par Mishler peut comporter une difficulté: si le contexte social est la catégorie la plus large, ses éléments constitutifs que sont la culture, les règles de conduite, les institutions, l'économie et la politique, se trouvent sur une même échelle, sur un même niveau de réalité. Or, ce n'est évidemment pas le cas: les règles de conduite s'insèrent dans des contextes institutionnels, qui sont subordonnés à l'économie et à la politique, elles-mêmes inscrites dans un système culturel de normes et de valeurs.

Cela n'implique pas un déterminisme du haut vers le bas, du macro- au micro-contexte. A l'image de l'hologramme, le contexte le plus large est représenté dans le contexte le plus étroit, et le contexte le plus étroit crée à son tour le contexte plus large. Lacoste (1993, pp. 56-57) dit, en parlant de la perspective de Cicourel: "...l'interaction est vue comme créant à son tour, un contexte local par les modifications qu'elle apporte, les cadrages provisoires qu'elle instaure, les activités qu'elle met en oeuvre. (...) Ce qui, pour Cicourel, rend nécessaire un va et vient entre contexte local et global, c'est qu'il y a souvent, au sein de la même interaction, interpénétration de différentes activités, de différents cadres, de différents contextes organisationnels".

Dans la littérature sur les interactions médecin-patient, une place relativement importante est accordée aux micro- et méso-contextes. C'est le cas pour Strong et Silverman (mentionnés par Lacoste, *ibid.*, p. 42), pour qui les lieux institutionnels, les statuts professionnels, les compétences, les technologies, sont les conditions du savoir et de l'action thérapeutique. C'est également le cas pour Cosnier (1993, pp. 27-28). Selon lui, il y a quatre grandes composantes du contexte:

- le cadre, "caractérisé par l'aménagement spatial et temporel (la "*proxémique*") du site, par les *scripts* (rôles sociaux prévus dans le cadre qui s'organisent selon les règles de cadrage), par sa *finalité*;
- les partenaires de l'interaction, "avec leurs caractères personnels et sociaux ainsi que le type de relation qui sous-tend la rencontre";
- la relation, finalisée vers l'amélioration ou la sauvegarde de la santé des usagers;
- la plateforme communicative commune, constituée par les savoirs partagés, dont les éléments essentiels sont, "dans la relation des soins, les "antécédents", "l'histoire de la maladie" et l'histoire de la relation médecin-soignant".

Le macro-contexte reste relativement inexploré, du moins dans ses relations avec le micro-contexte. Pour certains auteurs d'inspiration foucauldienne, "toute société produit des discours obéissant à des modèles spécifiques" (Lacoste, *ibid.*, p. 42). Ceux-ci évoluent historiquement: dans le domaine médical, par exemple, le modèle "caritatif" d'autrefois a cédé la place au modèle "technologique". Dans la mesure où ces modèles sont étroitement tributaires de valeurs socialement partagées, on peut dire qu'ils sont des éléments de la culture. L'étude de

Mishler (1981) montre, par exemple, quels sont les impacts du modèle biomédical sur l'organisation de la société et de l'institution médicale.

Dans ma recherche, j'ai essayé de situer le micro-contexte de l'interaction entre acupuncteur et patient dans le méso-contexte de l'institution médicale et le macro-contexte des modèles médicaux occidental et chinois. J'aurais pu me contenter d'exposer les bases de l'acupuncture dans un chapitre unique, dans la seule idée de rendre intelligibles certains termes présents dans les consultations que j'ai transcrites. Mais je me serais privé d'une base conceptuelle importante, à savoir le modèle médical chinois en tant que 'participant actif' à l'interaction.

Pour la même raison, j'ai choisi de présenter la médecine occidentale conjointement à la médecine chinoise, dans le chapitre relatif aux modèles de la santé et de la maladie. La particularité des consultations que j'ai observées provient justement de la rencontre des modèles chinois et biomédical. Je ne dis pas que ces macro-contextes déterminent l'interaction entre acupuncteur et patient. Ils en sont toutefois une composante visible (je devrais dire audible), au même titre que le contexte institutionnel et le micro-contexte de l'interaction et ses rites.

Le lecteur s'apercevra que les exposés des modèles médicaux occidental et chinois n'ont pas la même valeur critique. Le regard porté sur la biomédecine est très critique, ce qui n'est pas le cas pour la médecine chinoise. Ce biais, auquel je n'ai pu remédier, tient aux sources littéraires à ma disposition, surtout techniques pour la médecine chinoise, davantage historiques ou sociologiques pour la médecine occidentale.

1. MODELES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

Représentations de la santé et de la maladie et modèles médicaux

Les modèles médicaux sont sous-tendus à la fois par des *représentations sociales* de la santé et de la maladie, et par une systématisation des connaissances relatives aux phénomènes pathologiques, connaissance que l'on appelle parfois *pensée savante*.

Selon Doise & Palmonari (1986), les représentations sociales sont un mode spécifique de connaître et de communiquer ce qu'on connaît, en reliant la vie abstraite de nos savoirs et croyances à notre vie concrète d'individus sociaux. Elles n'ont pas de structure systématique: elles sont mobiles, changeantes, communes et communicables; elles ne sont pas réductibles à l'individu. Elles se produisent au cours d'échanges, d'actes de coopération.

Les représentations de la santé et de la maladie sont ces éléments des savoirs et croyances qui permettent aux individus d'une société de relier l'ordre biologique à l'ordre social (Herzlich, 1986). Elles soulèvent la question du sens de la maladie (pourquoi moi, lui, elle ?), de sa genèse, et remettent en cause la société et l'ordre social: la société, par le processus de l'attribution, désigne des responsables du mal: des événements, des comportements négatifs (individuels et collectifs), des agents nocifs internes ou externes (à l'individu ou au groupe). "De fait, toute altération de l'intégrité idéale du corps déclenche les capacités et les potentialités d'une société, voire d'une personne, à oeuvrer à la prévention ou à l'évacuation de l'élément perturbateur" (Rossi, 1993-1994).

La pensée savante en relation avec le domaine de la santé et de la maladie ne pose pas la question du sens, mais du comment de la maladie: quelles sont ses manifestations, quelle est son évolution, quels sont les moyens d'intervention, etc. La pensée savante se nourrit des représentations sociales comme les représentations sociales se nourrissent de la pensée savante. C'est pourquoi la distinction entre ces deux catégories n'est pas toujours évidente. Considérons ici qu'il n'y a pas de contradiction entre elles, mais un rapport dialectique d'où émerge un savoir unique que l'on appellera "modèle médical", organisateur à la fois de l'ordre biologique et de l'ordre social.

La présentation des modèles médicaux qui va suivre n'est pas exhaustive; elle ne fait que résumer les fondements des approches occidentale et chinoise de la maladie. Son but est d'éclairer les extraits des consultations que je présenterai dans la deuxième partie de ce travail.

a. Le modèle biomédical

• UNE MÉDECINE DE L'EXPÉRIMENTATION

Le modèle biomédical est dominant dans la société occidentale contemporaine. Pour les historiens, cette médecine est le résultat d'une rupture, d'aucuns parlent de révolution copernicienne, qui a eu lieu entre la Renaissance et le XIX^e siècle: jusque là art de guérir, elle s'est transformée en science, sous l'influence de la pensée rationaliste.

La médecine d'avant cette révolution est d'inspiration hippocratique. C'est une médecine de l'observation clinique et de la description des phénomènes et des substances physiologiques : elle n'agit pas sur le réel pour définir la maladie. D'autre part, l'universalisation des facteurs de la maladie à l'ensemble du genre humain y est inexistante: chaque maladie est considérée comme un phénomène propre à un individu. L'altération des *humeurs* - le sang, le phlegme, la bile jaune, la bile noire - provoque la maladie. A l'inverse, la santé résulte de leurs proportions équilibrées dans l'organisme. Les raisonnements qui président à la détermination des maladies et des remèdes sont la *déduction* et l'*analogie*: en partant des faits connus on peut rendre compte de faits semblables; l'homme (le microcosme) étant une réplique de la nature (le macrocosme), l'observation de la nature permet de comprendre l'homme et de résoudre ses maux. L'idée de *causalité* est étrangère à la pensée hippocratique.

C'est à François Magendie, maître de Claude Bernard, que nous devons l'élévation de la médecine au rang de science expérimentale. Il introduit l'idée "qu'il s'agit d'étudier la vie à partir des sciences physico-chimiques" (Magendie, cité par Lebrun, 1993, p. 16). Anti-hippocratique, il est le premier, en 1861, à remplacer l'épreuve de philosophie, examen préliminaire pour les futurs étudiants en médecine, par une épreuve de physique.

La pensée de Magendie comporte six idées directrices:

1) La physiologie et la médecine n'ont pas encore le statut de sciences: la première est dominée par l'empirisme; la deuxième se donne comme vision du monde au lieu de rechercher les lois de la nature.

2) La physique et la chimie sont des vraies sciences. Grâce aux données expérimentales, physiciens et chimistes sont unanimes quant à l'objet de leur savoir, contrairement aux médecins, qui "prescrivent et réfléchissent tous différemment" (Lebrun, 1993, p. 17).

3) La physique et la chimie sont à la fois des modèles pour la physiologie, et aussi ses bases.

4) La physiologie doit être revue en s'appuyant sur la méthode expérimentale propre à la chimie et à la physique, et sur leurs contenus. Les anciennes classifications des nosologistes¹ d'inspiration hippocratique doivent être remplacées par les seuls faits expérimentaux.

5) La démarche de la physiologie ne se confond pas avec l'étude physique et chimique des êtres inanimés. En ce sens, elle constitue une science autonome, parce qu'elle traite de phénomènes propres aux êtres vivants. Mais elle ne le fait que par l'expérimentation physique et chimique.

6) La pathologie est une branche de la physiologie, traitant des perturbations morbides de l'organisme. Elle le fait non plus en annotant les signes de la maladie, mais en recherchant expérimentalement les mécanismes de ces perturbations. Les connaissant, il est possible de s'attaquer à leurs causes, "de les modifier et même de les prévenir".

La méthode expérimentale de la médecine moderne est inductive: "Elle dérive l'universel d'une loi de la singularité des faits empiriques. (...) Le savant constate que *certain*s faits appartenant à un même ordre se produisent lorsque sont réunies les conditions X et Y. Il en *induit* une loi, à savoir que *tous* les faits de cet ordre se produisent lorsque les conditions X et Y sont réalisées. Il lui reste alors à vérifier la loi par le plus grand nombre possible d'expériences" (Thinès & Lempereur, op. cit.). L'induction n'est pas, à proprement parler, un raisonnement au sens de la logique. En effet, la *loi* dont il est question reste une hypothèse: comme elle déborde le connu, ses explications ne peuvent être que probabilistes. La médecine expérimentale est analytique: elle isole, par sélection des informations, le facteur spécifique à chaque maladie (spécifisme étiologique) et la thérapeutique correspondante (spécifisme thérapeutique).

L'imputation exogène (l'objet maléfique est extérieur au corps) reste l'explication dominante de la maladie dans la médecine contemporaine. La génétique, en apparence, s'y oppose. Mais en réalité, "il y a eu déplacement de l'étiologie exogène vers la lignée familiale" (Laplantine, 1986, p. 280): ce n'est pas une qualité intrinsèque à l'individu, mais au groupe, qui crée la maladie. Peu nombreux sont les médecins qui concèdent que le malade peut être l'auteur de sa maladie. "Ainsi, que la maladie soit appréhendée comme hasard ou comme nécessité, comme innée ou accidentelle, elle est toujours extérieure à l'individu lui-même" (ibid.).

¹Nosologie: "Partie de la médecine qui traite des maladies en général. Elle consiste essentiellement en un classement de celles-ci d'après un certain nombre de critères qui permettent de définir et d'isoler chacune d'elles. Elle diffère donc de l'étiologie (étude des causes et conditions d'apparition des maladies) et de la pathologie (étude des manifestations des maladies)" (Thinès & Lempereur, op. cit.).

- UNE MEDECINE DU REGARD

Dans *Naissance de la clinique*, Foucault (1963) explique de quelle manière la médecine est devenue une science du regard. Il cite Petit: "Il faut, autant qu'il est en soi, rendre la science oculaire"⁴. Tout phénomène pathologique doit se plier au regard du médecin, faute de quoi son existence n'est que spéculation: "Par delà les symptômes, il n'y a plus d'essence pathologique: tout dans la maladie est phénomène d'elle-même.(...) [Les symptômes] ne sont rien d'autre qu'une vérité toute donnée au regard; leur lien et leur statut ne renvoient pas à une essence, mais indiquent une totalité naturelle (...). Le symptôme est ainsi déchu de son rôle d'indicateur souverain, n'étant que le phénomène d'une loi d'apparition; il est au ras de la nature" (Foucault, 1963, pp. 90-91).

Le symptôme n'est pas un élément signifiant de nature. Pour ce faire, il doit être reconnu comme *signe* de la maladie. Cette transformation du symptôme en signe a lieu sous l'impulsion d'un "regard sensible à la *différence* [entre des organismes], à la *simultanéité* ou à la *succession* [des phénomènes], et à leur *fréquence*" (ibid., p. 93). C'est par la *fréquence* qu'à la nosologie hippocratique se substitue l'analyse chronologique des signes; la maladie appartient à une histoire. Cette analyse fonde la maladie non pas sur "*l'individualité complètement observée*", mais sur "*une multiplicité entièrement parcourue de faits individuels*" (ibid., p. 101). Les signes deviennent de ce fait sériables, et pondérables grâce à l'outil mathématique.

La technologie moderne s'inscrit parfaitement dans la contrainte de la visibilité: rayons X, scanner, échographie, microscope, etc. La visibilité des signes conditionne la fiabilité du diagnostic.

Définir ainsi la maladie, c'est aussi mesurer des déviations par rapport à une norme. Nous sommes loin du modèle platonicien, selon lequel la maladie est dissolution de l'harmonie des processus et structures du corps; ou de Galien, où la maladie est un trouble des fonctions. Loin aussi de l'idéal de santé de l'OMS: un état de bien-être total, physique, mental, social, qu'on ne peut pas définir par la seule absence de la maladie.

- "C'EST PSYCHOSOMATIQUE"

C'est un terme censé désigner, à son origine, la manifestation somatique d'un trouble psychique, ou, de manière plus moderne, une corrélation pathologique entre la sphère psycho-affective et la sphère somatique de l'individu. L'expression s'est banalisée, déformée dans la bouche des savants et des profanes, et a fini par exprimer l'invisibilité de la maladie. Il y aurait identité entre le *sujet psychosomatique* de notre époque et le *malade imaginaire* d'autrefois.

Le terme *psychosomatique* reflète le dualisme corps/esprit inauguré avec la pensée rationaliste. La médecine moderne s'est appropriée cette scission en désignant deux types de maladies: les maladies organiques, et les maladies fonctionnelles. Dans l'optique biomédicale, seules les premières ont une réalité; face aux deuxièmes, c'est généralement l'impuissance des médecins qui prévaut. "Une ponction de sinus vous sauve une journée, le malade est soulagé tout de suite et reconnaissant. Les dépressions, c'est avec des "pieds au

⁴M.-A. Petit, *Discours sur la manière d'exercer la bienfaisance dans les hôpitaux* (3 nov. 1797), *Essai sur la médecine du coeur*, p. 103.

cul" que j'ai envie de les traiter" (Buss, 1981, p. 2). Tels sont les propos d'un médecin à un collègue.

Comme le dit Dantzer (1989, p. 25) à propos des recherches sur le *stress*, le mouvement psychosomatique a trouvé "sa caution biologique", en énonçant une causalité linéaire de type:

"détresse psychologique activation neuro-hormonale soutenue altérations fonctionnelles au niveau de l'organe-cible altérations structurelles prépathologiques pathologie constituée".

Le terme *détresse psychologique* peut d'ailleurs être remplacé par *facteurs socio-culturels* - le problème de la causalité linéaire demeure. Le débat est bien celui de l'attribution causale de la maladie. Ce que Dantzer (ibid.) conteste, c'est l'absence de recherches, au sein du mouvement psychosomatique, d'une causalité inverse: du biologique au psychologique et au social.

Quel que soit le niveau où se situe le débat - que l'on parle de causalité ou de corrélation⁵ entre atteinte psychique et somatique -, dans l'acception courante, le malade "psychosomatique" est un cas qui dépasse les compétences du médecin formé à la médecine moderne. D'ailleurs, l'étiquette s'applique le plus souvent au malade sans pathologie constituée. On lui administre d'abord des placebos, fait subir un grand nombre d'exams spécialisés; et si aucune pathologie visible ne se confirme, il arrive que le médecin délègue le cas au "psy". Pour le malade, affligé de deux maladies au lieu d'une, commence parfois un long parcours de légitimation de sa maladie.

S'il est question ici de la médecine en général, il faut reconnaître que des généralistes, de plus en plus nombreux, se spécialisent en vue de soigner des cas "psy". Ces médecins ne se contentent plus d'adopter une attitude d'"écoute" qui faisait d'eux le remède, selon la terminologie de Balint (1960), mais utilisent conjointement à leur pratique de généralistes des techniques psychothérapeutiques diverses, corporelles par exemple.

• UNE MEDECINE SANS SUJETS

Dans l'acte de transformation du symptôme en signe, la plainte du malade passe avant le malade lui-même, "le malade n'étant là que comme informateur sur l'état d'un corps défaillant"⁶. Le médecin, lui, est l'agent de la médecine par laquelle la plainte est interprétée comme maladie. Dans cette opération, malade et médecin disparaissent: "ce qui reste sur le devant de la scène, c'est la maladie et la médecine" (Lebrun, 1993, p. 45).

L'abstraction du sujet malade correspond à un acte de dissociation entre le malade lui-même et son symptôme. "The operation was a success, but the patient died" (Mishler, 1981, p. 80): plaisanterie qui résume bien la dissociation du malade de la reconnaissance du mal.

Eloigner le symptôme de son support, le corps, c'est aussi ôter au patient la possibilité de définir son mal, c'est-à-dire d'en déterminer la cause et de lui donner un sens. Or, pour le sujet malade, le sens et la cause de son mal ne forment pas deux catégories distinctes. "People

⁵Il existerait des corrélations entre des événements comme la mort d'un proche, un déménagement, l'entrée à l'université, un changement professionnel, et la maladie. (Duck, 1992, p. 199).

⁶Jean Clavreul, *L'Ordre médical*, Paris, Le Seuil, 1977, p. 58 (Cité par J.Pierret, in M.Augé, 1984).

react to the meaning of a symptom, not merely the symptom itself" (Freund & McGuire, 1991, p. 161). Dans de nombreuses sociétés, médecine et religion forment un système unique. Ensemble, elles contribuent à définir le mal, à la fois comme atteinte individuelle, sociale, et cosmique. La relation du mal et du malade à un ensemble qui dépasse le microcosme du malade, est elle-même productrice de sens.

Le médecin, lui, est exclu de la scène thérapeutique sous l'effet de la technologie. Comme le dit Mishler (1981, p. 79), "the physician has become a prototype of the technological man". Autrefois figure de l'humanisme, le médecin s'est transformé en usager de techniques spécialisées (Jolly, 1993, p. 9).

- LE PORTEUR DU POUVOIR THERAPEUTIQUE

Lebrun (1993) distingue deux logiques relatives au pouvoir thérapeutique. Dans la médecine hippocratique, c'est le médecin qui est porteur du pouvoir thérapeutique. Cela tient à ce que, dans l'Antiquité grecque, le médecin incarnait le serpent d'Asklepios, symbolisant le pouvoir thérapeutique, non pas parce qu'il possédait le remède, mais parce qu'il détenait la connaissance de la nature qui lui donnait tout pouvoir sur la vie et la mort. Dans la médecine scientifique, en revanche, le médecin n'aurait pas de pouvoir propre, car il le délègue à l'objet thérapeutique, au remède: comprimé, rayons, etc. La demande du malade contemporain répondrait à cette seconde logique: sa demande serait avant tout une recherche de l'objet thérapeutique efficace.

b. Le modèle médical chinois

L'acupuncture - l'introduction d'aiguilles fines dans les tissus (peau, muscles) à des fins thérapeutiques - ne représente pas la totalité de la médecine chinoise, bien que ce soit elle que nous connaissions avant tout en Occident. Cela est dû, vraisemblablement, à son caractère spectaculaire. La médecine traditionnelle chinoise est un système de pensée complexe, avec une pathogénie et des instruments thérapeutiques élaborés. Je n'en propose ici, comme je l'ai fait pour la biomédecine, qu'une version simplifiée.

- FONDEMENTS THEORIQUES DE LA MEDECINE CHINOISE

Le premier ouvrage sur lequel repose la médecine traditionnelle chinoise est le *Huangdi Neijing* (couramment appelé *Neijing*), ou *Livre de l'interne de l'Empereur jaune*. Il est vraisemblablement le fruit de plusieurs auteurs de la période des Royaumes combattants (475-221 av. J.-C.). Il se compose de deux textes: le *Su Wen*, ou *Questions essentielles*; et *Ling Shu*, ou *Pivot de l'esprit*.

Le *Su Wen* se présente sous la forme de questions posées par l'empereur Huangdi à ses conseillers. Elles se rapportent à l'anatomie, la physiologie et la thérapeutique (Hoizey, 1988). Le *Ling Shu*, dit aussi *Zhenjing* (zhen signifie "aiguille"), parle de l'acupuncture.

Le *Neijing* expose les grands principes de la médecine chinoise:

- Le couple du *Yin* (ou *Inn*) et du *Yang*
- Les cinq éléments ou cinq mouvements

LE YIN ET LE YANG

Selon les Chinois, le monde phénoménal est duel: la lumière et l'ombre, le jour et la nuit, l'été et l'hiver, le chaud et le froid, l'homme et la femme, etc. Les pôles de cette dualité ne forment pas des catégories distinctes. Ils découlent en réalité l'un de l'autre, chacun contient l'autre; leur différence est de degré, non de nature. Le Yin et le Yang sont en activité constante en vue du maintien de leur équilibre. Un excès ou une carence en faveur de l'un d'entre eux provoque à terme la mutation du phénomène.

L'organisme humain est composé de Yin et de Yang: le revêtement cutané, le dos, les entrailles (vésicule biliaire, estomac, vessie, intestin grêle, gros intestin et triple réchauffeur⁷) sont yang; les organes (foie, coeur, rate, poumons, reins) sont yin.

La maladie est toujours l'expression d'un déséquilibre de la polarité Yin-Yang. Il y a deux mécanismes à la base de ce déséquilibre: 1) l'hypertonie du Yin entraîne une hypotonie du yang, 2) l'hypertonie du Yang entraîne une hypotonie du Yin.

LES CINQ ELEMENTS ET LES CINQ MOUVEMENTS

La médecine chinoise, comme la médecine hippocratique, est analogique. Sur ce principe, elle affirme que "tous les êtres et les choses peuvent être répartis, d'après leurs caractéristiques et leurs processus de transformation, en cinq catégories portant chacune le nom d'un élément primordial: Eau, Terre, Feu, Bois, Métal" (Nguyen, 1984).

Ces éléments s'insèrent dans un double processus homéostatique:

- un processus cyclique de *production* réciproque: le Bois produit le Feu, le Feu la Terre, la Terre le Métal, le Métal l'Eau, l'Eau le Bois.

- un processus pentagonal (à l'intérieur du cycle) d'*inhibition* ou de *répression* réciproque: le Bois réprime la Terre, la Terre l'Eau, l'Eau le Feu, le Feu le Métal, le Métal le Bois.

Chaque élément est ainsi à la fois producteur et produit, inhibiteur et inhibé. On parle de *mouvements* pour désigner les interactions de production et d'inhibition des éléments entre eux.

Il existe des correspondances étroites entre les cinq éléments et les différents *constituants de l'organisme*: le foie et la vésicule biliaire, c'est le Bois; le coeur et l'intestin grêle, le Feu; la rate et le pancréas, la Terre; le poumon et le gros intestin, le Métal; le rein et la vessie, l'Eau.

Aux cinq éléments sont reliés également les cinq ouvertures du corps, les cinq tissus (muscles, vaisseaux, chair, peau et poils, os et moelle), les emplacements des maladies (la tête, les cinq organes, le plancher de la langue, les épaules, les articulations), les troubles fonctionnels (contractures, tristesse, hoquet, toux, tremblements), ainsi que des *phénomènes naturels*: les cinq couleurs (bleu-vert, rouge, jaune, blanc, noir); les cinq énergies (le vent, la chaleur, l'humidité, la sécheresse, le froid); les cinq transformations (naissance, croissance, transformation, déclin, stagnation); les cinq saisons (printemps, été, fin d'été, automne, hiver).

⁷"Le triple réchauffeur n'est pas un organe réel, mais il commande les fonctions digestive, cardio-respiratoire et génito-urinaire" (Hoizy, 1988).

Chaque organe est lié à un sentiment, lui-même rattaché à l'élément correspondant. Ainsi, le sentiment du foie, c'est la colère; celui du cœur, c'est la joie; la rate, la réflexion; le poumon, la tristesse (ou chagrin) et l'anxiété; le rein, la peur. Il y a correspondance identique entre les organes décrits et des 'entités' du psychisme, respectivement: l'âme, le mental, les pensées-idées, le corps fantômatique, la volonté.

Des correspondances existent également avec les chiffres, les directions (points cardinaux), les animaux, les odeurs, les saveurs, les céréales, les voix (rires, pleurs, etc.), les notes musicales, les planètes.

A titre d'exemple, à l'élément Bois correspondent les phénomènes corporels *foie, vésicule biliaire, yeux, muscles, tête, contractures*, la saveur *acide*, l'odeur *rance-moisi*; le sentiment *colère* et l'entité psychique *âme*, les phénomènes naturels *bleu-vert, vent, naissance, printemps*; l'*Est*, le chiffre 8, *Jupiter*, la note *dôc*⁵; l'animal *poulet*, la céréale *blé*.

La pathogénie chinoise répond aux théories du Yin et du Yang et des cinq mouvements. La maladie est toujours la résultante d'un excès ou d'un manque Yin ou Yang induisant une perturbation des cinq mouvements, sous l'effet conjoint de facteurs internes à l'individu (diminution de l'énergie vitale du terrain ou *hôte*, dans la terminologie chinoise), et de facteurs externes (l'agent pathogène, l'énergie perverse, dits *l'invité*). L'étiologie chinoise accorde un rôle prédominant aux excès climatiques et aux sentiments dans l'apparition des maladies.

En parlant de *mouvement*, on peut se demander ce qui se meut. Selon le *Neijing* il s'agit du *Qi*⁶, l'énergie fondamentale de l'univers, qui se présente comme principe "participant à la formation des éléments constitutifs du corps et permettant à la vie de se manifester", et "constitué par l'activité physiologique des tissus organiques, par exemple le Qi des organes, le Qi des vaisseaux" (Auteroche & Navailh, 1983, p. 27). Le Qi est classé en fonction de sa localisation et de sa fonction dans le corps humain: le Qi des reins, des poumons, du triple réchauffeur, etc. "Les différents Qi ont des déplacements multiples qui peuvent se ramener à la notion d'échange et mouvements".(...) Une circulation du Qi arrêtée ou désordonnée, des mouvements déréglés, des échanges entravés auront un retentissement sur l'ensemble des organes (...) et provoqueront des maladies (...)" (ibid., p. 34).

Le Qi circule sur la surface et en profondeur du corps en suivant des trajectoires préférentielles portant le nom de *méridiens*. Ceux-ci ne se superposent pas nécessairement à la trajectoire des nerfs, ni à celle des vaisseaux sanguins.

Il existe douze méridiens de base à la surface du corps, dits *réguliers*, trois par bras et par jambe, et répartis en Yin et Yang: le méridien du Poumon, du Gros Intestin, de l'Estomac, de la Rate, du Cœur, de l'Intestin Grêle, de la Vessie, des Reins, de l'Enveloppe du Cœur, des Trois Réchauffeurs, de la Vésicule Biliaire, du Foie. Ils sont connectés par paires aux doigts des mains et des pieds, à la tête et au thorax. *Poumon* et *Gros intestin*, par exemple, forment une de ces paires. Ce système est parcouru entièrement par le Qi dans un cycle de vingt-quatre heures.

⁵Je ne connais pas l'équivalent de la gamme occidentale.

⁶Prononcer 'Tchi'.

En plus des méridiens de base, il existe 12 méridiens dits *séparés*, parce qu'issus des douze méridiens réguliers, et huit méridiens dits *particuliers*, parce que sans relation spéciale avec les viscères. Ces derniers ont pour fonction de renforcer les liens entre les méridiens réguliers afin de régulariser le Qi et le Sang (c'est à dire l'énergie tirée des aliments par la Rate et l'Estomac). Il y a encore des ramifications et autres 'circuits' qui ramènent les méridiens à un total de quatre-vingts. (ibid., p. 44).

Tout méridien est jalonné de *points*, lieux d'échanges de l'énergie entre le microcosme et le macrocosme¹⁰. L'ensemble des méridiens réguliers compte 352 points, mais seuls quelques uns d'entre eux sont couramment utilisés en acupuncture.

• LE DIAGNOSTIC CHINOIS

Les Chinois posent le diagnostic à partir de l'interrogatoire, de l'observation des signes du corps, et de la prise des pouls.

L'INTERROGATOIRE

L'interrogatoire chinois porte sur¹¹:

- le Froid (sensation, crainte) et la Chaleur (sensation, température objective)
- la transpiration
- les douleurs (localisation, caractères)
- le sommeil et les rêves
- l'appétit et les saveurs buccales
- les urines et les matières fécales
- l'ouïe et la vue, les vertiges
- les menstruations et les leucorrhées

Si je dispose ici des objets de questionnement de l'interrogatoire, je n'ai pas trouvé d'indications sur la manière de le conduire. Les acupuncteurs que j'ai rencontrés procèdent tous de manière différente, bien que les questions soient sensiblement les mêmes pour chacun: motif de la consultation, antécédents cliniques et familiaux, conditions de vie, etc.

L'OBSERVATION DES SIGNES DU CORPS

Le médecin chinois recourt à plusieurs indices visuels pour définir l'état de santé du malade:

- l'aspect général du corps (obésité, maigreur, etc.)
- le teint du visage, les rides, les lèvres, la peau, les cheveux
- la langue (couleur, enduit, etc.)
- les yeux

¹⁰Des recherches réalisées en Occident montrent que "le point d'acupuncture présente une résistance électrique extrêmement faible, possède par conséquent un potentiel électrique élevé et, par ailleurs (concomitance ou conséquence?), concentre les traceurs radioactifs" (Lavier, 1973). L'utilisation d'isotopes radioactifs aurait mis également en évidence les méridiens (Macherel, 1988).

¹¹D'après Auteroche & Navailh, op. cit.

- les ongles

Le médecin chinois est capable de lire les signes sur la surface des yeux, de la langue et du visage, qui indiquent l'état énergétique des organes. Il le peut grâce au fait que chaque organe reflète non seulement sa propre énergie, mais aussi celle de l'organisme entier¹².

LES POULS

Les pouls sont un instrument diagnostique central en médecine chinoise. Ils ne se résument pas à la mesure du rythme cardiaque, comme c'est le cas en médecine occidentale, mais à la perception, au moyen des doigts, des variations de l'onde. De manière analogue à l'examen des yeux et de la langue, les pouls rendent compte, mais de manière encore plus fine, de l'état énergétique des organes traversés par le sang. Le sang est en effet le 'véhicule' de la qualité énergétique des organes réfléchis dans les pouls.

La prise des pouls décrite par Macherel (1988) est riche d'enseignement:

"Donnez-moi votre poignet. Voyez, je pose trois doigts sur l'artère radiale: l'index, le médius et l'annulaire. J'exerce d'abord une pression légère, pour prendre les trois pouls de surface qui correspondent à trois organes: l'intestin grêle, la vésicule biliaire et la vessie. Puis j'exerce une pression plus forte, toujours au même endroit, pour prendre les pouls profonds qui, eux, me renseignent sur l'état du cœur, du foie et des reins. En réalité il s'agit d'un seul pouls, puisque seule l'amplitude diffère. Mais il est pris à six endroits différents du poignet, trois en surface, trois en profondeur. Ce qui vous donne, en tenant compte des deux poignets, douze pouls au total, chacun d'eux étant relié à un organe précis".

La prise des pouls a ceci de particulier, par rapport aux méthodes diagnostiques occidentales, qu'elle ne donne pas la primauté au visuel, ni ne délègue à la technique le soin de déceler la maladie (bien que les pouls ne décèlent pas, eux, de pathologie proprement dite, mais un état énergétique). Ce qui renseigne le médecin chinois sur l'état de santé du malade, ce sont ses propres sensations.

L'absence du regard en tant qu'instrument diagnostique fait d'ailleurs partie de la légende¹³. Une concubine de l'Empereur fut atteinte d'une maladie qui laissa perplexes les médecins de la Cour. Ils firent venir un confrère afin de confirmer leur diagnostic. Or l'étiquette était telle, dans la Cité Interdite, que les étrangers n'étaient pas autorisés à contempler le visage d'une personne de la Cour. Il y eut de longues palabres entre les médecins de l'empereur pour savoir comment leur confrère poserait son diagnostic sans voir la malade. Celui-là parvint à satisfaire tout le monde en proposant de ne toucher que le poignet de la malade, passé à travers une ouverture percée dans un paravent. On ne sait quel fut le diagnostic. Mais l'idée que le tout est représenté dans la partie fut sans doute la base du raisonnement qui permit au médecin de la légende de découvrir le principe des pouls.

Il existe 28 pouls dits pathologiques. Chacun est reconnaissable selon cinq critères: 1) sa situation (profond ou superficiel), 2) son rythme (régulier ou irrégulier), 3) sa vitesse (lent ou rapide), 4) sa forme (grand ou petit), 5) son aspect (vide ou plénitude) (Nguyen, 1984).

¹²L'auriculothérapie et la réflexologie reposent sur ce principe.

¹³Voir Lavier, 1978.

L'apprentissage de la base des poulx chinois prend environ deux ans. Plusieurs années de pratique sont nécessaires pour en avoir une bonne maîtrise.

• L'INTERVENTION

La pharmacopée, l'acupuncture, la moxibustion et la chirurgie sont les trois principales sources d'intervention. Elles sont accompagnées de massages, de cataplasmes, de manipulations, etc. Je n'ai pas l'intention de parler ici de la pharmacopée chinoise ni de la chirurgie, étant donné qu'aucun des acupuncteurs que j'ai rencontrés n'en a fait usage.

L'ACUPUNCTURE ET LA MOXIBUSTION

L'acupuncture traditionnelle comporte neuf types d'aiguilles. Un seul type est toutefois couramment utilisé en Occident, l'aiguille de type "Hao". Elle se divise en quatre parties: la pointe, le corps, le manche, et la racine, trait d'union entre le corps et le manche. Le corps est en acier inoxydable, d'un diamètre de 2-3 dixièmes de millimètre. Le manche est constitué d'un enroulement de fils de cuivre ou d'argent. L'aiguille est longue de 0,5 à 3,5 pouces¹⁴.

Les acupuncteurs utilisent des aiguilles qu'ils stérilisent et réutilisent ensuite; ou alors, et c'est de plus en plus le cas, ont recours à des aiguilles à usage unique¹⁵.

La position du patient dépend des points à piquer et de son confort. La position couchée est la plus courante. L'acupuncteur peut poncturer des points du dos, et faire allonger son patient sur le dos sans qu'il n'éprouve de gêne. Cela grâce à la minceur et à la flexibilité des aiguilles. Pour que le traitement soit possible, il suffit que les parties à poncturer soient découvertes.

Le choix des points à piquer dépend en premier lieu du diagnostic. Par exemple, si les poulx révèlent une "énergie excédentaire dans le foie, il faut poncturer le point "Feu" sur le méridien du foie (...) En activant le Feu, on consomme du Bois, donc on détend le foie" (Macherel, 1988). Pour traiter en acupuncture, la référence à la cosmologie chinoise et au système des éléments est donc indispensable.

En deuxième lieu, l'acupuncteur pique le point le plus sensible à la pression du doigt. L'hyper-sensibilité du point indique le 'noeud' énergétique que l'acupuncteur doit 'défaire' avec ses aiguilles.

L'aiguille est saisie d'une main entre l'index et le pouce, le médus et l'annulaire pouvant servir de support; de l'autre main l'acupuncteur exerce une pression sur la point à piquer, et il

¹⁴Soit environ 1.5 à 9 centimètres. Ces précisions ne seraient pas utiles ici, si des bruits absurdes sur la forme et la grandeur des aiguilles n'étaient répandus en Occident : liquide contenu dans les aiguilles, dimensions d'aiguilles à tricoter, aiguilles en or, etc.

¹⁵La crainte du SIDA de la part des patients est la raison principale de ce choix. L'acupuncteur préfère souvent les aiguilles jetables non pas à cause du risque réel d'infection, mais pour se protéger de toute accusation de la part du patient déclaré séropositif. De fait, aucune contamination du SIDA par acupuncture n'est connue à ce jour. Quelques cas très rares d'hépatite, en revanche, ont semble-t-il été décelés en France. Cela est possible par le fait que le virus de l'hépatite ne se transmet pas obligatoirement par voie sanguine - en plus de l'attitude manifestement négligente du praticien. Tous les acupuncteurs que j'ai rencontrés disposaient soit d'un stérilisateur, soit d'aiguilles à usage unique.

poncture. La pression facilite la pénétration de l'aiguille, la guide, et atténue la douleur éventuelle. Un des acupuncteurs que j'ai observés a adopté une technique japonaise, qui consiste à introduire l'aiguille dans un petit tuyau métallique, à le poser sur le point, et à donner une tape sur la tête de l'aiguille. L'avantage serait une pénétration plus rapide de l'aiguille à travers l'épiderme qu'avec la manière conventionnelle, ce qui rendrait la poncturation indolore¹⁶.

Lorsque l'aiguille est introduite, le point est stimulé par rotation, propulsion ou rétropulsion de l'aiguille. Ceci provoque un afflux énergétique vers le point en question. Des variantes de cette technique permettent la dispersion ou la tonification de l'énergie du point.

Une fois les aiguilles posées, le patient observe une phase de repos, durant laquelle les aiguilles exercent leur action.

Généralement l'acupuncture est bien tolérée par le patient. Mais il arrive parfois qu'un malaise survienne soudainement, induit par l'état physiologique ou émotif du malade, ou par la manipulation des aiguilles. L'interruption du traitement (retrait des aiguilles) s'impose dans ces cas-là.

LA MOXIBUSTION

Il s'agit de la stimulation des points d'acupuncture en les réchauffant, au moyen de feuilles d'armoise en combustion. Cette technique comporte plusieurs variantes. Celle que j'ai observée est l'utilisation d'un rouleau (un cigare) de feuilles d'armoise, dont la partie incandescente est dirigée vers le point à traiter, et maintenue à faible distance jusqu'à ce qu'une sensation de chaleur (mais non de brûlure) apparaisse.

La moxibustion est fréquemment utilisée en complément à l'acupuncture, notamment dans les cas où celle-ci est contre-indiquée (dans les cas d'intolérance par exemple).

• LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE EN OCCIDENT

La médecine traditionnelle chinoise parvient pour la première fois en Occident au XVII^e siècle, par un prêtre polonais, Michel Boym. Il écrit un ouvrage de botanique, *Flora Sinensis*, publié à Vienne en 1656. Deux médecins hollandais, Busschop et William ten Rhyne, présentent respectivement deux oeuvres inédites, la première sur la moxibustion, en 1676, la deuxième sur l'acupuncture, en 1683. La méthode des pouls parvient en Europe par un Britannique, John Floyer, au courant du XVIII^e siècle.

Des échanges nombreux ont lieu de l'Occident vers la Chine au XVI^e siècle déjà, avec des prêtres et des missionnaires. Ils traduisent en chinois des ouvrages de chirurgie, d'anatomie et de physiologie, sans portée réelle, pourtant, sur la médecine chinoise. Les planches anatomiques du corps masculin et féminin apportées à l'Empereur par le missionnaire Dominique Parennin à la fin du XVII^e siècle font scandale, et ne seront pas publiées. Après la première guerre de l'Opium, en 1842, des missionnaires occidentaux ouvrent en Chine des hôpitaux et dispensaires. Dès cette époque, des Chinois s'initient à la médecine occidentale.

¹⁶L'observation ne montre pas de différence substantielle entre les deux techniques, relativement à la douleur. Par contre, un sursaut du membre poncturé apparaît avec la manière conventionnelle.

Certains viennent se former à la médecine en Europe, et de retour au pays se mettent à l'enseigner. La médecine occidentale gagne du terrain, de nombreux ouvrages sont traduits en chinois. Pour la première fois, une concurrence s'installe entre les partisans de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine occidentale.

D'après Hoizy (1988), en 1929, dix-huit ans après la Révolution chinoise, épris de l'idéologie du modernisme et décidé à extirper tous les symboles de l'ancien régime, le Guomindang prend une série de mesures contre la médecine traditionnelle: interdiction de fonder des écoles, contrôle des publications, etc. Le projet échoue lamentablement, à cause d'une marge majoritaire de la population qui a foi dans cette médecine. Dès 1950, après la prise du pouvoir par le Parti communiste, la Conférence nationale de la santé décide de réunir médecine traditionnelle et chinoise sous la même bannière. Les médecins traditionnels obtiennent une existence 'juridique'. On les initie à des programmes de formation destinés à "les sensibiliser à des méthodes modernes et à une approche scientifique de la tradition chinoise" (ibid., p. 235). La création des hôpitaux traditionnels est encouragée, tout comme l'enseignement de la médecine traditionnelle. Alain Peyrefitte (cité par Hoizy, 1988, p. 236) "notait en 1973 que la médecine occidentale s'est intégrée à la médecine chinoise "sans la dominer ni la remplacer"".

Cet excursus historique est important parce qu'il montre que le terme de *médecine traditionnelle chinoise*, n'est pas le pur reflet de la tradition chinoise. En fait, il semble que deux grands courants soient maintenant à l'oeuvre (Dessèvre, 1989, pp. 19-20). Le premier est une forme occidentalisée de l'acupuncture (et de la médecine chinoise en général), qui tente d'échapper à la logique analogique et cosmologique de la médecine traditionnelle pour intégrer une épistémologie expérimentale de la preuve, sur le modèle des biosciences. La reconnaissance de l'acupuncture en Occident passe par ce courant. Le deuxième prend le contre-pied du premier, en s'inscrivant dans une démarche de retour à une médecine traditionnelle non occidentalisée. Ses partisans retraduisent des textes anciens, reviennent aux sources philosophiques et spirituelles de la médecine chinoise (Tao Te King). Les acupuncteurs que j'ai rencontrés se répartissent sur ces deux courants.

c. L'homéopathie

Un des acupuncteurs rencontrés se sert de l'homéopathie dans sa pratique, lors de l'interrogatoire, et il m'a semblé utile d'en exposer quelques notions. Je vais y consacrer seulement quelques lignes, étant donné qu'elle n'est pas l'objet central de ma recherche.

• QUELQUES PRINCIPES

"L'homéopathie est la méthode thérapeutique basée sur l'application d'une loi pharmacologique dénommée *loi des semblables* ou *principe de similitude*. Cette loi a été énoncée par Frédéric Hahnemann dès 1796 (...): "Pour guérir radicalement certaines affections chroniques, on doit chercher des remèdes qui provoquent ordinairement dans l'organisme une maladie analogue et le plus analogue qu'il est possible"" (Tétau, 1978)¹⁷.

L'homéopathie repose sur un deuxième principe, la loi d'infinitésimalité: "Tout produit qui, administré à dose forte à un homme en bonne santé déclenche des troubles déterminés,

¹⁷Pour d'autres applications de ce principe en dehors de l'homéopathie, voir Laplantine, 1986, p. 185.

peut, à dose faible, faire disparaître ces mêmes troubles chez l'homme malade" (ibid.). Le remède homéopathique est ainsi réalisé en prenant une substance toxique à l'état naturel, qu'on dilue fortement, et qu'on dynamise. Lors du processus de dynamisation, la substance est agitée et broyée à chaque étape de la dilution. Selon le produit et les objectifs que l'on désire atteindre, la dilution est réalisée dans des proportions de 1:10 (dilution décimale), 1:100 (dilution centésimale), ou 1:50'000 (dilution LM ou Q). La dilution décimale, par exemple, comporte une part de la substance de base, et neuf parts d'un excipient fait d'un mélange d'eau et d'alcool. Le produit ainsi obtenu est assimilé *per os*, sous la forme de gouttes ou de granules de xylite imprégnés de ce produit. Dans les dilutions élevées, il ne reste aucune trace chimique de la substance de base.

• L'INTERROGATOIRE HOMEOPATHIQUE

Contrairement à la médecine conventionnelle, le médecin homéopathe ne cherche pas à déterminer le remède qui fera disparaître le symptôme, mais celui qui correspondra au *terrain* spécifique du patient¹⁸ qui a permis à la maladie de s'installer.

La recherche homéopathique est donc une recherche du *terrain* du patient, c'est-à-dire de tout ce qui le caractérise en tant que personne saine ou malade. La détermination du *terrain* se fait à l'aide d'une procédure de questionnement préétablie, comportant une cinquantaine de questions. Celles-ci se répartissent en six groupes¹⁹:

- 1) Les symptômes généraux (avec améliorations ou aggravations horaires, périodiques ou saisonnières; selon les conditions climatiques, l'alimentation, les activités, etc.);
- 2) Les symptômes mentaux: *a)* les symptômes relatifs à l'instinct de conservation (la vie et la mort), *b)* les malaises provenant d'émotions, *c)* les craintes, *d)* l'irritabilité, *e)* la tristesse;
- 3) Les aversions et envies alimentaires;
- 4) Le sommeil et les rêves (y.c. position durant le sommeil, mouvements, etc.);
- 5) La sphère sexuelle et les menstruations;
- 6) Symptômes rares, étranges et particuliers indiqués par le patient ou son entourage.

Dans *L'Art d'interroger* de Schmidt (1975), la conduite de l'interrogatoire n'est pas laissée au hasard. Trois principes sont mis en évidence:

- a) Eviter toute question directe: si la réponse du patient est oui ou non, c'est que la question a été mal posée
- b) Ne jamais suggérer au patient la réponse
- c) Eviter toutes les questions qui se présentent comme deux alternatives (par exemple: *Rêvez-vous de choses tristes ou gaies ?*), et "respecter la règle sacrée de toujours laisser au patient son propre et libre choix" (ibid., p. 7).

Schmidt dit encore: "“Emmagasinez votre *Materia medica* de façon à pouvoir l'utiliser dans vos cas pratiques et elle pourra se manifester comme votre propre langage", telles sont

¹⁸L'hôte en médecine chinoise.

¹⁹D'après Schmidt, 1975. Le questionnaire de Schmidt m'a été fourni par un acupuncteur (Arnaud).

les paroles connues de Kent²⁰. Le médecin, par sa manière d'interroger et par ses questions générales, doit tout faire non pour déterminer mais pour permettre au patient de caractériser lui-même les faits particuliers" (ibid., p. 7). Et plus loin: "(...) Ce n'est pas une mauvaise méthode de dire au patient après son récit spontané: "Je vous ai écouté jusqu'à présent sans vous interrompre, maintenant, nous allons intervertir les rôles et je vous prie de ne pas vous étonner si je vous arrête pendant que vous répondez, pour vous poser la question suivante, car cela voudra dire que j'ai obtenu la réponse que j'attendais. Ne croyez pas qu'en faisant cela, je sous-estime votre réponse, mais cela signifie simplement qu'une plus longue explication ainsi que de nouveaux détails seraient dans ce cas inutiles"" (ibid., pp. 13-14).

²⁰Homéopathe américain, célèbre pour son *répertoire homéopathique*.

2. LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ET JURIDIQUE

Je me contente de rendre ici les éléments de ce contexte qui amènent un éclairage à l'analyse des interactions entre les acupuncteurs et leurs clients²¹.

a. Les facteurs socio-économiques

Le système des soins fonctionne sur le mode du “fee-for-service payment”, pour reprendre les termes de Freund & McGuire (1991): le médecin facture au patient les services rendus à chaque visite. Ce type de relation économique entre médecin et patient n'est pas direct, du fait que le patient ne paye qu'une petite partie des soins qu'il reçoit, le reste étant à la charge des assurances-maladie.

Le mot ‘service’ a d'ailleurs perdu sa connotation éthique: le service de la médecine est à comprendre comme celui d'une branche du secteur tertiaire. C'est pour cette raison, notamment, que le *patient* est devenu un *client*.

Le *droit à la santé* repose sur l'idée que l'accès à l'institution des soins ne doit pas être le privilège des seuls fortunés. Pour les soins courants, admis dans le cadre de la biomédecine, les lois relatives à la santé des pays occidentaux se sont construites autour de ce droit²². Même la personne dépourvue de moyens financiers reçoit des soins minimaux (je ne compte pas entrer ici dans le débat sur la qualité de ces soins). Qu'en est-il des soins complémentaires comme l'acupuncture ?

La prise en charge de l'acupuncture dépend, dans notre pays, de la caisse-maladie à laquelle est affilié le patient. En règle générale, c'est une assurance supplémentaire à l'assurance de base qui couvre une partie des frais occasionnés par une visite chez l'acupuncteur. Cette part est souvent sensiblement inférieure à celle des frais couverts par l'assurance de base.

A ma connaissance, trois types d'acupuncteurs bénéficient, en Suisse, du soutien des caisses-maladie:

- Les médecins-acupuncteurs conventionnés

²¹En général, les acupuncteurs et les patients que j'ai interrogés préfèrent utiliser le mot *patient*, à cause de la connotation trop économique du mot *client*. Pour un acupuncteur, le mot *patient* contient l'adjectif *passif*, et lui préfère par conséquent celui de *client*... Il est vrai que *patient* est un mot ‘chargé’, qui ne peut être confondu avec l'utilisateur d'un service non médical. Pour ma part, j'utilise indifféremment l'un et l'autre.

²²Le droit à la santé est le terme qui désigne, à l'origine, le droit fondamental à recevoir des soins, l'idée sous-jacente étant la démocratisation de l'accès aux soins. Ce sens s'est transformé, sous le développement de la pharmacopée de synthèse et des techniques, en une exigence de santé posée par le malade à l'égard du médecin. Ainsi, le médecin, sous la contrainte du malade, agit en pourvoyeur de médicaments et de soins techniques.

Dès les années quatre-vingts, ce droit s'est doublé d'un devoir d'être bien-portant (Pierret, in Augé, 1984, p. 225). La santé représente la totalité du sens de la vie elle-même, elle devient la norme. Le maintien de la santé est une contrainte, une responsabilité pour chaque individu, au point que le malade tend à développer une “culpabilisation de la victime” (Ibid., p. 226). Ces conduites sont en partie explicables par l'effet de médicalisation de l'existence provoqué par le champ médical lui-même.

- Les physiothérapeutes acupuncteurs dont les patients ont reçu une ordonnance médicale de leur médecin traitant. Il y a deux cas de figure. La première est une situation semi-légale, où les médecins 'couvrent' les physiothérapeutes en prescrivant des séances de physiothérapie, alors que le traitement appliqué sera l'acupuncture. Que le patient obtienne l'ordonnance dépend du bon vouloir du médecin, ou de son ignorance à propos de la pratique réelle du physiothérapeute. Les assurances n'encouragent pas cette pratique, mais certaines la tolèrent, faute de pouvoir vérifier, entre autres raisons, si un physiothérapeute a pratiqué, lors d'une séance, la physiothérapie conventionnelle ou l'acupuncture. La deuxième est une situation légale: l'assurance-maladie du patient prend en charge les médecines complémentaires, et sait que les séances prescrites par le médecin sont des séances d'acupuncture.

- Les acupuncteurs diplômés de l'Association des Praticiens en Thérapies Naturelles (APTAN). C'est une association composée de médecins, de physiothérapeutes et autres naturopathes, qui permet à ceux qui en font partie de bénéficier des prestations de certaines caisses-maladie sans l'ordonnance du médecin.

Parmi les quatre acupuncteurs avec lesquels j'ai travaillé, seul le médecin acupuncteur fait payer les consultations directement à ses clients. Cela tient à ce qu'il a choisi de ne pas être conventionné, pour des motifs liés à sa philosophie des soins: le malade doit apprendre à se rendre responsable de sa santé; en connaître le prix est un moyen d'y parvenir²³. L'individu qui doit payer les consultations de sa poche adopte des mesures préventives pour se maintenir en santé. A une échelle plus large, plusieurs individus se comportant de la sorte déchargent la société globale des coûts de la maladie.

Dans les faits, celui ou celle qui souhaite se soigner légalement par l'acupuncture doit avoir les moyens de le faire: soit en contractant une assurance supplémentaire (peu d'assurances de base comprennent ce genre de prestations), soit en payant les honoraires de l'acupuncteur. Le droit à l'acupuncture n'est pas, dans ce sens, accordé à tous. Les enquêtes sociologiques confirment que l'accès aux médecines complémentaires reste le privilège des classes moyennes et élevées²⁴.

b. Le contexte juridique

Les facteurs économiques dont je viens de parler sont sous-tendus par des décisions juridiques relatives à l'exercice des pratiques thérapeutiques.

En premier lieu, les actes thérapeutiques que le praticien a le droit de mettre en oeuvre dépendent de sa formation dans une école reconnue pour les connaissances fiables et suffisamment approfondies qu'elle dispense. Ceci sert d'abord à protéger le patient d'interventions qui pourraient lui être dommageables. La formation médicale est celle qui ouvre l'accès au plus grand nombre d'actes thérapeutiques légaux. En outre, le médecin est le seul membre de l'institution médicale autorisé à poser un diagnostic. Le fait de parler au

²³Dans ce cas précis, les honoraires correspondent à ceux d'un généraliste conventionné.

²⁴Revue Autrement, 1986, N°85. La situation en Chine est inverse: en dépit de l'idéologie communiste, il y a les patients riches qui préfèrent les soins 'à l'occidentale', tandis que la 'masse' se soigne avec la médecine traditionnelle.

patient de son mal est pour lui une contrainte légale que n'ont pas les autres acteurs de l'institution²⁵.

La formation est le facteur de base de l'organisation hiérarchique des soins: les professions para-médicales (soins infirmiers, physiothérapeutes, masseurs, etc.) sont subordonnées aux professions médicales. Aucun physiothérapeute n'a le droit, par exemple, de poser un diagnostic. Dans la logique institutionnelle, il est l'exécutant d'un ordre médical.

La position des acupuncteurs non médecins qui utilisent les poulx est délicate. En France, la prise des poulx est considérée comme l'équivalent d'un diagnostic, donc illégale. Les acupuncteurs avec lesquels j'ai travaillé parlent de 'bilan énergétique'. Pour eux, poser un diagnostic équivaut à diagnostiquer une pathologie, ce qu'ils ne font pas. Ils ne peuvent pas dire, par exemple, que tel patient est atteint d'un cancer du côlon. Les poulx ne le permettent pas. Par contre, ils pourront dire que l'énergie du côlon est faible. Cela dit, les acupuncteurs non médecins préfèrent recevoir des patients qui ont déjà subi un contrôle médical: en déléguant au médecin la tâche du diagnostic, ils se protègent eux-mêmes. Le terme *diagnostic* recouvre donc des réalités fort différentes selon qu'on se place dans l'optique biomédicale ou chinoise d'une part, et dans le rôle d'un médecin ou d'un non médecin d'autre part.

c. L'institution médicale et le statut des médecines complémentaires

Le terme d'*institution médicale* recouvre deux réalités. La première désigne une structure à la fois matérielle et sociale dont la fonction est de dispenser des soins. C'est le cas, par exemple, de l'hôpital. Les études sociologiques de Strauss (1992) sur la trajectoire de la maladie répondent à cette définition. La seconde est plus large, et désigne l'ensemble des structures matérielles et sociales (le corps médical et paramédical, les chercheurs, etc.) dont se dote une société pour faire face à la maladie. C'est à cela que fait référence Ivan Illich (1975), dans *Némésis médicale*. L'usage que je fais ici du terme correspond à la seconde définition.

Les praticiens des médecines complémentaires et leurs patients jettent souvent un regard critique sur l'institution médicale. L'origine de ce regard est à rechercher dans des attentes que la médecine ou les thérapies conventionnelles n'ont pas su combler. C'est ce que rapportent des recherches sociologiques approfondies (Revue Autrement, 1986, N°85). Je restitue ici les traits essentiels de la critique: l'institution médicale tendrait à promouvoir une médecine *réductionniste* à l'extrême (elle n'a pas de vision d'ensemble de la personne humaine); *élitiste* (les bons malades sont ceux qui sont susceptibles de valoriser son savoir et ses techniques); *expérimentaliste* (elle finit par ne plus vouloir ni pouvoir reconnaître les phénomènes isolés et non reproductibles qui apparaissent dans l'observation clinique, déniaient de cette façon l'originalité de chaque maladie et a posteriori l'originalité de chaque être humain); *dualiste* (elle produit une série d'oppositions qui figent le système médical lui-même: la maladie/la santé, la cause du mal/le sujet atteint, le médicament/l'agent causal). Mes observations et les post-entretiens que j'ai conduits montrent que cette critique et les propos tenus par les acupuncteurs et leurs patients sont de nature identique.

²⁵L'arrêté du Tribunal fédéral 105 II 284 de 1979 stipule: "Le médecin est tenu à une information simple, intelligible et loyale concernant le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. Sur ce dernier point, le malade doit être suffisamment renseigné sur la nature du traitement préconisé et ses répercussions possibles pour pouvoir y consentir en connaissance de cause" (in Institut universitaire K.Bösch, Cahier N°4).

Illich (ibid.), dont j'ai aperçu l'essai dans le cabinet d'un acupuncteur, a systématisé ces critiques. Il dit que l'institution médicale développe sa propre morbidité. Il donne à ce processus le nom de *iatrogenèse*: une maladie iatrogène est une maladie engendrée par le médecin lui-même. L'auteur distingue trois types de iatrogenèse: 1) la iatrogenèse clinique, désignant les effets pervers des contacts techniques entre le système médical et ses clients, 2) la iatrogenèse médicale, c'est-à-dire la morbidité engendrée par la médicalisation de la société, 3) la iatrogenèse structurelle, ou l'identification de l'ensemble de la culture à un programme de santé.

A l'opposé de ces critiques, il y a celles des défenseurs de la médecine expérimentale, médecins ou chercheurs, formulées à l'encontre des médecines complémentaires: charlatanisme, folklore, placebo, etc. pour ne citer que les plus répandues. Au-delà de ces positions souvent extrêmes émerge un problème délicat, qui est la non-appartenance des médecines complémentaires au registre scientifique. Un des reproches que l'on fait à l'acupuncture, par exemple, c'est l'impossibilité de vérifier par les moyens de la science l'existence du système des méridiens. Or, la reconnaissance par le corps scientifique est, dans notre société, une condition essentielle de la légitimation sociale de la pratique médicale. Les tenants des médecines complémentaires tendent alors à légitimer leur pratique en s'appuyant, entre autres, sur le critère de l'efficacité: "c'est le résultat qui compte".

Ces prises de position ont une incidence sur les interactions entre les acupuncteurs et leurs clients. Par exemple, il est arrivé, au cours de mes observations, que les acteurs partagent leurs vues sur l'institution médicale et que le praticien demande au patient de lui confirmer les bons résultats obtenus au cours des séances précédentes. On peut supposer que ces échanges avaient pour fonction de légitimer la pratique des acupuncteurs ainsi que la demande de ce type de soins de la part des patients. Il est aussi fort probable que c'était parfois à moi, en tant que chercheur, que s'adressait le discours.

3. LA CONSULTATION MEDICALE

a. Les séquences de la consultation

- L'ORGANISATION SEQUENTIELLE DES ECHANGES

D'après Cosnier et al. (1993) le terme de *séquence* recouvre deux réalités:

- l'enchaînement des énoncés: tout fragment du discours prend son sens par rapport au fragment qui précède et qui suit. Les conversationnalistes du courant ethnométhodologique ont mis en évidence une structure tripartite du discours: un premier tour de parole (locuteur 1), suivi d'un deuxième tour (locuteur 2), et d'une ratification (locuteur 1).

- l'enchaînement des échanges qui forment le *scénario* de la consultation: l'ouverture - la définition du problème (ou l'entretien, qui comprend l'interrogatoire) - l'examen - le diagnostic - la discussion du diagnostic et des examens complémentaires - la prescription - la clôture.

Cosnier n'établit pas d'analogie entre l'enchaînement des énoncés et le scénario de la consultation. Mais on peut supposer que le sens d'un échange de la consultation n'émerge que si l'on tient compte de l'échange qui précède et qui suit. Dans cet ordre d'idées, pour analyser l'examen (l'auscultation) d'une consultation, on devrait tenir compte des données de l'interrogatoire et du diagnostic. A une échelle plus large, si les échanges entre un médecin et un patient ont lieu sur plusieurs consultations, il conviendrait - idéalement - d'analyser une consultation à la lumière de la consultation qui précède et qui suit.

Je peux extrapoler en disant que ces enchaînements d'énoncés, de séquences de la consultation et de consultations, constituent le contexte *horizontal* de l'interaction, et que le modèle médical et l'institution forment le contexte *vertical*. J'ai l'intention de développer ici les trois séquences qui s'inscrivent dans le contexte horizontal: l'entretien, le diagnostic et le traitement.

- L'ENTRETIEN

L'entretien est la séquence de la consultation qui a fait l'objet des analyses les plus nombreuses. Mishler (1984), a recensé différents types de transcriptions d'entretiens, dans l'intention de montrer que le choix des méthodes et de l'approche théorique faisait varier considérablement la compréhension que nous pouvions en avoir.

De manière générale, les préoccupations des auteurs concernent la gestion même de l'entretien: rôles et objectifs des partenaires de l'interaction et métacontrat (attentes et représentations réciproques); élaboration cognitive du tableau clinique; asymétrie et déroulement de l'échange; registres du discours (les "voix", dans la terminologie de Mishler). Quant aux processus d'interaction, l'accent est mis sur la co-construction du tableau clinique, et sur la négociation de la signification de la maladie et des rôles sociaux.

ROLES ET METACONTRAT

Selon Cosnier (ibid. p. 23), le patient est celui qui présente un problème, et le médecin celui qui doit pouvoir le résoudre. "Le patient est censé se conformer aux principes de confiance et de sincérité (il doit tout dire ce qu'il sait et ressent en rapport avec son problème sans omission ou dissimulation volontaire) tandis que le médecin est censé se conformer aux principes de compétence (il est expert en médecine) et de b n volence (tout ce qu'il fait et dit est au service de la restauration de la santé du patient)". Ces principes sont tacites, le plus souvent inconscients²⁶. Hundeide (1992, p. 139) les appelle "*the interpretive premise or the interpretive background*", et Rommetveit (1979) *métacontrat*.

C'est dans ce cadre de référence que patient et médecin *négocient* ensemble le nom de la maladie. L'idée de la négociation du mal a été introduite par Balint (1960). Elle se limite toutefois aux patients "qui, pour une raison ou une autre ne peuvent affronter les problèmes de leur vie, et [qui] s'en tirent en tombant malades (...) De tels patients *offrent*, pour ainsi dire, ou *proposent diverses maladies*; et ils continuent à en offrir de nouvelles jusqu'à ce que survienne, entre eux et le médecin, un accord au terme duquel l'une de ces maladies est admise comme justifiée par les deux parties" (ibid., p. 26). La définition de la maladie ne résulte pas de la seule compétence du médecin, mais des choix du patient en fonction de "sa constitution, son éducation, sa situation sociale, ses peurs conscientes ou inconscientes, l'image qu'il se fait des maladies, etc."

Les termes de *rôle professionnel* ou *rôle institutionnel* renvoient aussi au méso-contexte. Le rôle professionnel de l'intervenant suppose "le rattachement à une communauté scientifique, le rattachement à un groupe professionnel, l'acquisition d'une expérience professionnelle. (...) Lorsque l'intervenant travaille dans le cadre d'une institution, il est également investi d'un rôle institutionnel qui lui assigne un certain statut et le subordonne à certains objectifs et moyens thérapeutiques définis par l'institution" (Grossen, 1990, p. 114).

L'ELABORATION COGNITIVE DU TABLEAU CLINIQUE

Comme le dit Mishler (ibid.), la maladie n'est pas 'découverte' à travers l'entretien, mais construite. Le travail du médecin est certes de l'ordre de la cognition: "il cherche à faire coïncider le tableau clinique présenté par le malade avec une maladie inventoriée, cod e, décrite et systématisée préalablement à la consultation dans les traités de pathologie qu'il est censé connaître" (Cosnier, ibid., p. 23). Néanmoins, le médecin ne peut le faire que si le patient coopère, s'il travaille avec lui, en lui fournissant les indications qui le mettront sur la 'bonne piste'.

L'ASYMETRIE

La relation entre médecin et patient est asymétrique, tant sur le plan des savoirs que sur le plan des rôles sociaux. Il est donc indispensable que les protagonistes de l'interaction trouvent, pour les deux niveaux en question, un terrain d'entente qui permette d'établir leur relation, ainsi que d'en assurer la continuité.

²⁶Les études de *satisfaction* (Aharony, 1993) montrent que les compétences du médecin font partie intégrante des attentes du malade. Lors des entretiens que j'ai menés, des patients m'ont dit que la capacité des médecins à les guérir était une composante centrale de la relation.

Un des enjeux de l'interaction consiste, pour chaque acteur, à se décentrer de sa *perspective*, pour adopter, au moins en partie, la perspective de l'autre.

La relation médecin-patient ressemble, en de nombreux points, à la situation maître-élève en situation de test. La situation didactique est définie de telle sorte que l'élève doit fournir un effort majeur d'adaptation à la perspective de l'adulte, plutôt que l'inverse. Dans cette optique, ce ne sont pas tant les capacités cognitives de l'enfant qui déterminent la réussite ou l'échec, que sa capacité de décentration pour définir la situation de test dans la perspective de l'adulte (Grossen, 1988).

Dans l'analyse des entretiens médicaux, on constate que l'effort du patient pour adapter sa perspective à celle du médecin est plus important que l'effort d'adaptation du médecin à la perspective du patient. Le questionnement du médecin est souvent de type *fermé* (question-réponse), et les thèmes du discours qu'il introduit n'ont pas, entre eux, de lien logique évident. Le patient doit donc répondre au médecin sans disposer des moyens qui lui permettent de comprendre dans quel sens va le questionnement du médecin. Mishler (ibid.) dit à ce propos: "I noted earlier that as members of this culture we, as observers, and the patient, are likely to assume that the physician has reasons for his questions. It is somewhat remarkable, but understandable on the basis of this shared assumption, that the patient does not reject any of his questions as inappropriate, however disjunctive they are with previous content, but makes an effort to answer them".

L'interaction ne se déroule pas sans qu'il y ait ambiguïté, malentendu, désaccord ou conflit (pas forcément dans le sens de *dispute*). Ceci est inévitable, dès l'instant où l'on admet que la consultation médicale implique des acteurs dont les savoirs, statuts, intérêts et enjeux sont différents.

Le désaccord du patient est souvent silencieux, et peut passer inaperçu auprès du médecin. Dans d'autres circonstances, il y a opposition ouverte. Le désaccord peut avoir lieu à propos de l'attribution causale de la maladie, notamment lorsqu'elle touche la sphère psychique du patient; ou d'une manière générale, lorsque le patient attend une réponse médicale à son problème, et que le médecin en propose une différente (assistance diététique²⁷, psychothérapeutique, etc.).

L'attitude du patient en situation de désaccord révèle que l'asymétrie ne tient pas uniquement aux savoirs en jeu dans l'interaction, mais aussi aux rôles sociaux définis de façon métacontractuelle. Sätterlund Larsson (1989) montre que les silences, le discours indirect - vague ou ambigu, les omissions, les changements de thèmes, les formules de politesse, visent également à réguler la *distance sociale* entre le patient et le médecin. Pour Heath (1993, p. 75), ces stratégies de *préservation de l'asymétrie* permettraient "au patient de préserver systématiquement la différence de statut entre sa propre conception du problème et celle de l'expert".

LES REGISTRES DU DISCOURS

Mishler (ibid.) appelle *voix* les registres du discours dans lesquels médecin et patient s'adressent l'un à l'autre. Il constate que ceux-ci, lorsqu'ils interagissent verbalement, tiennent des discours qui font référence à deux *ordres normatifs* différents, respectivement: la

²⁷Voir Sätterlund Larsson (1989), p. 17 et suivantes, "*On the social choreography of disagreement*".

voix de la médecine, qui correspond à ce que Habermas appelle “conscience technocratique”, dans le sens où les problèmes soumis au médecin sont interprétés à l’intérieur du cadre de la biomédecine; et la *voix du quotidien* (*voice of the lifeworld*), représentative de l’“attitude naturelle” de la vie de tous les jours.

Les caractéristiques de la *voix de la médecine* sont des questions et réponses du médecin privées d’affectivité, fonctionnelles, qui ne tiennent pas compte du contexte de vie du malade et ses symptômes. Mishler montre, par l’analyse conversationnelle, que les propos du patient qui font référence à son contexte de vie sont écartés systématiquement par le médecin.

Selon Aronsson et al. (1990), la voix de la médecine n’est pas la propriété exclusive du médecin. Dans la mesure où tous les dialogues exigent un partage mutuel des perspectives, le patient doit pouvoir adapter son discours au registre biomédical. Les auteurs le démontrent avec le cas de Lisa, dont le langage contient un grand nombre de termes techniques, indiquant qu’elle a une maîtrise élevée du cadre de référence du médecin. En fait, Lisa définit l’origine de son mal à partir de représentations sociales de la maladie qu’elle partage avec son médecin. Le savoir du médecin n’est pas cloisonné à l’intérieur de son champ professionnel, mais partagé par l’ensemble de la collectivité au moyen du langage.

D’un autre côté, le jargon médical du médecin peut être incompréhensible pour le patient, ou mal interprété. Les études qui abondent dans ce sens reflètent toutefois l’idée, selon West & Frankel (1991), que les difficultés de communication entre médecin et patient proviennent d’une déficience relative au code commun. C’est une perspective de la communication construite sur le modèle du ‘téléphone’: si le message ne passe pas bien, c’est qu’il y a des ‘parasites’ entre l’émetteur et le récepteur. L’utilisation d’un code commun devrait, dans ce cas-ci, suffire à rétablir la communication. Des exemples comme celui de Lisa montrent qu’il n’en est rien: en effet, Lisa et son médecin se comprennent parfaitement du point de vue du vocabulaire; mais Lisa est déçue par la définition du mal (implicite) que lui donne son médecin, lorsque celui-ci propose un suivi diététique en lieu et place d’un traitement médical.

• LE DIAGNOSTIC

Ce que recouvre le mot *diagnostic* peut prêter à confusion, selon qu’on se réfère à Balint, Mishler, ou à Heath. Balint (1960) ne situe pas la définition du mal dans une séquence précise de la consultation: diagnostiquer le mal, c’est le nommer. Pour Mishler (1981), le diagnostic équivaut à la mesure d’une déviation par rapport à des normes biologiques; et dans l’optique constructiviste, cette mesure est un processus d’évaluation de certains signes, culturellement significatifs en tant que maladie. Pour Heath (ibid.), le diagnostic est, notamment, la séquence de la consultation où le médecin communique au patient l’évaluation qu’il a faite de son état de santé.

Il n’y a pas de contradictions entre ces définitions du *diagnostic*. Néanmoins, chacune d’elles le réduit à un aspect de l’ensemble du processus qui permet de *définir le mal*. Dans ce sens, définir le mal (le diagnostiquer) c’est à la fois interroger le patient sur son mal (entretien), reconnaître les signes du mal (auscultation), le nommer et le dire.

Heath montre que le patient reçoit généralement une information sur ce dont il se plaint. Le plus souvent, le médecin définit et nomme rapidement le problème: description de l’état du malade; évaluation et dénomination de la maladie. Puis il fait un court silence, signifiant au patient qu’il peut réagir aux informations. En principe, le patient garde le silence. Le

médecin propose alors un traitement. Il arrive que le patient parle après le diagnostic, mais il se contente presque toujours de le faire par une simple ratification (mhh, m'oui).

Dans certaines situations, le médecin fait une première interprétation, et invite le patient à donner sa propre explication sur la cause du mal. Cela arrive lorsque l'évaluation du médecin et la version de la plainte donnée par le patient ne correspondent pas. Mais on peut y voir aussi une forme d'encouragement, adressée au patient, pour qu'il participe à la définition du mal. Quelle que soit la forme du diagnostic, Heath dit que le patient ne s'oppose jamais à la version du médecin. De cette manière, il permet au médecin de poursuivre la consultation en passant au traitement de la maladie.

Il arrive que le patient soit en désaccord avec la version de la maladie que lui propose le médecin. Il ne le marque pourtant pas de manière directe, mais de biais, en introduisant des faits nouveaux qui obligeront le médecin à revoir son jugement initial. Ce faisant, "il préserve systématiquement l'asymétrie entre ses idées, son expérience subjective, et l'avis médical professionnel sur son état de santé" (ibid., p. 74).

• LE TRAITEMENT

La consultation médicale en cabinet privé est généralement exempte de traitement. Le médecin se contente de poser un diagnostic, et de *prescrire* un traitement, à moins qu'il ne doive être administré tout de suite (injection), ou que des examens supplémentaires ne soient nécessaires. La situation est différente en hôpital, où l'infrastructure du traitement fait partie des lieux (rééducation fonctionnelle, radiothérapie, etc.); ou encore dans les cabinets des thérapeutes non-médecins, où les séances sont consacrées exclusivement au traitement.

Les séances d'acupuncture comprennent à la fois des éléments diagnostiques (si ce n'est un diagnostic complet au sens légal, dans le cas où l'acupuncteur est médecin) et un traitement.

Dans la littérature, le traitement comporte deux aspects importants:

- le travail du malade, sa collaboration aux soins promulgués. Lacoste (1993b) voit différentes formes de collaboration du malade dans le milieu hospitalier: son propre entretien (hygiène); le partage des informations sur lui-même; l'action sur son corps (maintenir une posture, p.ex.); l'accomplissement d'exercices physiques; l'utilisation de l'instrumentation technique (dialyse, p.ex.).

- la transgression de la sphère intime par le soignant. C'est une transgression légitimée par le cadre institutionnel; le soignant est autorisé à toucher le corps du malade, d'une manière qui "outrepasse ce qui est normalement admis même pour des intimes" (Heath, ibid., p. 77). Cela est le propre du traitement comme de l'auscultation. Le malade y participe - il en va du processus thérapeutique lui-même - en transformant son corps en objet de l'interaction. Le patient suit le déroulement de l'interaction, note Heath, en adoptant un regard à mi-distance, dirigé vers le bas: pas de regard direct sur le médecin ni sur ses activités, comme s'il cessait l'activité de communication et se rendait inattentif à celles-ci. En réalité, en baissant les yeux, le patient contrôle ce qui se passe à partir de la périphérie du champ visuel, et se rend prêt à intervenir si les données de l'interaction changent.

La maîtrise de soi fait partie des contraintes de la consultation. Lacoste (ibid.) ne la relie pas directement au traitement, mais elle semble évidente à chaque fois qu'il y a une transgression de la sphère intime - sociale et physique - du patient induisant chez lui une

sensation, douloureuse par exemple. C'est une chose courante dans les traitements en acupuncture²⁸.

b. Les rites d'interaction

Bien que médecin et patient soient au fait du déroulement de la consultation et de leurs rôles respectifs, leur rencontre suppose une série d'ajustements mutuels assurant la continuité des échanges. Goffman²⁹ nomme ces ajustements *rites d'interaction*. Ils visent d'une part à redéfinir les rôles des acteurs; et d'autre part à éviter "des incidents et dérives de la situation, en particulier la protection des *faces* et de l'intégrité territoriale et corporelle des partenaires - la *face* étant le terme utilisé par Goffman pour désigner la "valeur sociale et positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée à cours d'un contact particulier"" (Cosnier, *ibid.*).

Goffman distingue trois grands groupes de ritualisations: les rituels d'*accès* et de *séparation*, les rituels de *confirmation*, les rituels de *réparation*.

Les rituels d'*accès* et de *séparation* marquent respectivement la prise et la fin de contact avec autrui. Toute interaction comporte aussi la *confirmation* de l'image que chacun veut donner à l'autre. C'est-à-dire des rituels d'*entretien*, visant précisément à entretenir la relation (invitations, vœux, etc.); des rituels de *ratification*, assurant à autrui qu'une situation changée n'a pas modifié la relation (par exemple par des condoléances). Les rituels de *réparation* font partie des rituels de confirmation. Ils préviennent la rupture de la relation lorsqu'un acte constitue une menace ou une offense potentielle pour la *face* d'autrui. Ils sont fréquents dans le contexte médical, en particulier lorsque le soignant transgresse la sphère intime du patient. Le soignant peut prévenir l'acte, ou alors s'en excuser lorsque celui-ci a eu lieu (et qu'il a provoqué, par exemple, une douleur). Les rituels de *réparation* sont une manière symbolique de montrer à l'autre qu'il est digne de respect, et de lui faire savoir que l'offensant le pense.

c. Le rôle du remède dans l'interaction

De nombreuses études parlent des interactions entre médecin et patient comme d'une relation bi-polaire. En réalité, la relation comporte au moins trois pôles, si l'on tient compte du rôle médiateur des *objets*; voire quatre, si l'on admet que le discours des acteurs est produit en fonction d'autres acteurs absents de la scène au moment où l'interaction a lieu, l'*audience* selon les termes de Duranti (1986).

L'*audience*, pour l'acupuncteur, ce peut être le collègue médecin qui le prend pour un charlatan; s'il est physiothérapeute, ce sera le médecin qui prescrit l'ordonnance, l'assurance-maladie qui contrôle ses actes thérapeutiques. Autant de paramètres susceptibles d'apparaître dans l'interaction avec le client.

Le terme *objet* recouvre des réalités multiples. Il peut s'agir d'objets de savoirs: savoir médical, savoir institutionnel; des représentations sociales de la santé et de la maladie;

²⁸Une patiente m'avait dit que la pose de certaines aiguilles était douloureuse, mais pas insurmontable. Et elle avait rajouté "je ne fais pas ça à l'italienne", c'est-à-dire en criant...

²⁹E. Goffman, *Les rites d'interaction*, Paris : Editions de Minuit, 1974. (Cité par Cosnier, 1993).

d'objets du discours; des écrits (rapports, dossiers médicaux); des techniques; du corps (objectivé); des préjugés, stéréotypes, valeurs et normes³⁰.

Latour (1993) parle d'*objet de médiation* pour désigner un objet qui sert de médiateur entre les partenaires sociaux, non pas en tant qu'outil, mais en tant que porteur d'une contrainte qui dirige *activement* leurs actions. C'est le cas, par exemple, de la clef d'hôtel attachée à une grosse pomme de fonte, tellement gênante qu'on préfère la laisser à la réception; ou le cas du système électronique qui empêche de faire démarrer le véhicule si la ceinture de sécurité n'est pas attachée. L'*objet* de Latour est chargé de *morale*.

Dans une certaine mesure, l'aiguille d'acupuncture peut être aussi considérée comme un objet *actif* de l'interaction. En effet, un acupuncteur m'a expliqué qu'il considérait les aiguilles comme ses ouvrières, parce qu'elles continuaient de travailler pour lui lorsqu'il s'éloignait du patient. Un de ses patients partageait également cette idée, du fait qu'il avait la sensation que les aiguilles s'activaient lorsque l'acupuncteur s'approchait de lui.

Aussi symbolique que soit cet exemple, il ne faudrait pas en conclure que l'aiguille a toujours la même signification pour les partenaires de l'interaction. C'est loin d'être le cas: pour certains patients, l'aiguille est synonyme de *médicament*: l'aiguille induirait la fabrication d'une endorphine qui va supprimer le symptôme. Tandis que pour l'acupuncteur, l'aiguille intervient sur un point du système énergétique du patient pour le rééquilibrer; c'est en raison de l'équilibre retrouvé que le mal s'en ira.

Au cours d'une consultation que j'ai observée, un patient a affirmé à l'acupuncteur qu'il préférerait suivre des séances d'acupuncture plutôt que de consommer un médicament à l'égard duquel il craignait une dépendance. Ce propos eut un effet singulier: le thérapeute décida de réduire le nombre des séances. Un conflit s'en suivit, où le patient chercha à faire valoir le fait que l'acupuncture lui avait permis de se séparer progressivement des médicaments. Logiquement, le patient était en train de remplacer une dépendance par une autre, ce que refusa précisément l'acupuncteur, qui n'était pas prêt à adhérer à l'idée que le traitement d'acupuncture était meilleur que le médicament par le seul fait qu'il ne provoquait pas de dépendance: les deux objets avaient pour lui une signification différente³¹.

Cet exemple suggère que la signification des objets participant à l'interaction ne va pas de soi et qu'elle se négocie, de la même façon que se négocie la signification de la maladie. Ce n'est pas le cas des *objets de médiation* dont parle Latour. Si la signification de l'aiguille était univoque, ce désaccord autour du traitement n'aurait probablement pas eu lieu. En effet, l'aiguille d'acupuncture ne contient pas en elle-même le 'bon' modèle médical: rien n'indique, dans ses apparences, qu'elle est un agent homéostatique plutôt qu'un supprimeur de symptôme. Il y a donc deux logiques différentes autour du même objet.

Etymologiquement, le mot *remède* est porteur de ce type d'ambivalence. En latin, *remedium* c'est ce qui guérit, le remède. C'est aussi *re-medium*, l'objet qui est *au milieu* et qui rétablit. Mais *medius*, *medium*, c'est encore ce qui est mixte, ambigu, équivoque, à *double sens*. Dans cette optique, l'aiguille d'acupuncture peut être considérée comme un remède au sens classique du mot, c'est-à-dire comme un médicament. Ou alors elle peut être

³⁰D'après M. Grossen, *Psychologie de l'intersubjectivité*, (cours non publié), Neuchâtel, 1994.

³¹On peut supposer aussi que l'acupuncteur ne désirait pas être mis au niveau d'un pourvoyeur de médicaments, ce que l'on dit souvent des médecins.

un objet de *remédiation*: elle rétablit le lien (de nature énergétique) entre la personne et l'ordre biologique, social et cosmique.

Il appartient aux partenaires de l'interaction de trouver un consensus autour de la signification accordée au remède. La chose paraît complexe pour les acupuncteurs et leurs patients lorsqu'ils n'ont pas explicité leurs *prémisses interprétatives*, en l'occurrence leurs représentations respectives du remède, et a fortiori du processus thérapeutique, au moment où ils ont établi le contrat thérapeutique. Pour cette raison, un moment clé de la relation peut être la réalisation, par les acteurs, qu'ils ne partagent pas les mêmes représentations du processus thérapeutique - avec les possibilités de conflit, d'ajustement ou même de rupture que cela comporte.

d. Redéfinir le contexte

Le lecteur aura sans doute remarqué qu'un glissement conceptuel a eu lieu dans l'exposé du dernier contexte qu'est la consultation. D'une part je me suis engagé à définir le contexte de la consultation lui-même, d'autre part j'ai fait constamment référence à l'interaction elle-même.

Cela tient moins à la structuration de mon exposé qu'à la distinction, presque impossible à réaliser, entre contexte et interaction. Pourquoi ? Un élément de réponse peut être fourni en levant encore une fois une ambiguïté relative au mot *contexte*: Le contexte n'est pas un cadre rigide qui circonscrit ou délimite l'interaction, c'est un produit de l'interaction elle-même. Nous touchons, à ce niveau, à une micro-dynamique où le contexte et l'interaction procèdent l'un de l'autre. C'est à cette notion de la psychologie sociale que je relie le paradigme holographique: à partir de la plus petite unité conceptuelle qu'est l'interaction entre un patient et un thérapeute émergent les contextes les plus proches et les plus lointains que sont le "cadre" de la consultation, le contexte socio-économique et juridique, les modèles de la santé et de la maladie. *Comment* cela s'actualise dans l'interaction, c'est notamment ce que je vais essayer de montrer dans la deuxième partie de ce travail, lorsque j'aurai exposé de quelle manière j'ai construit l'objet de ma recherche.

DEUXIEME PARTIE

III. LE TERRAIN ET LES SUJETS

1. LA PRISE DE CONTACT

Tous mes contacts ont été réalisés par téléphone. J'ai obtenu un premier lot de références par un cabinet de groupe où pratique un acupuncteur. J'ai joint de cette manière trois acupuncteurs. Le troisième n'était pas disponible, mais m'a renvoyé chez un acupuncteur qu'il connaissait. C'est ce dernier qui m'a communiqué l'adresse du quatrième praticien compris dans mon étude.

Dans un premier temps, j'ai rencontré chaque acupuncteur au cours d'un entretien où j'exposais les bases sommaires de la recherche. Je disais que j'étais étudiant en psychologie, que je m'intéressais aux médecines complémentaires, et que j'avais l'intention de réaliser un mémoire de licence portant sur la relation client-thérapeute en acupuncture. J'expliquais ensuite de quelle manière j'avais l'intention de mener la recherche: assister à la consultation et l'enregistrer en audio; puis avoir des entretiens, également enregistrés, avec l'acupuncteur et le patient séparément. J'estimais, en effet, que c'étaient les conditions minimales pour l'obtention d'un matériau assez complet et utilisable ultérieurement en dehors du contexte de l'observation.

A ce point, les acupuncteurs tenaient souvent à préciser que l'acupuncture était une technique qui ne définissait pas complètement leur pratique. Elle s'insérait dans le cadre plus vaste de la médecine chinoise, mais s'associait aussi à d'autres pratiques, que ce soit la physiothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, la médecine conventionnelle. Ensuite, ils me demandaient généralement combien de patients je désirais rencontrer, à combien de consultations j'assisterais. La plupart du temps, ils avaient déjà une idée des patients qui accepteraient de participer à la recherche. Enfin, je leur laissais une copie d'un court document que j'avais rédigé, intitulé 'Base de travail'³², qui leur permettait de prendre connaissance des détails de ma démarche. Il était convenu qu'ils me rappellent pour fixer les dates des consultations.

Je me suis limité à deux patients par acupuncteur. Je n'ai pas assisté à des consultations où l'acupuncteur et le patient ne se connaissaient pas - c'est-à-dire à leur première consultation - parce que je craignais que le contrat de confiance ne s'établisse difficilement entre eux du fait de ma présence. Un acupuncteur a abondé dans ce sens lors du premier rendez-vous.

La gestion du temps fut assez complexe. Il fallait tenir compte des agendas des acupuncteurs, du mien, et des changements toujours possibles du côté des patients. Cela était compliqué par le fait que les observations se déroulaient sur une période très courte, soit du début janvier à la mi-avril 1994. Des imprévus eurent lieu jusqu'à cette dernière date, mais l'objectif que je m'étais donné - observer seize consultations - fut atteint.

ASPECTS ETHIQUES

Je n'avais jamais assisté à des consultations, et je me demandais comment les acupuncteurs et leurs patients accepteraient la présence d'un observateur.

³²Voir annexe 1, p. 127.

D'abord, il m'avait semblé important qu'ils sachent que j'allais faire preuve de la plus grande discrétion lors du traitement du matériel de la recherche et que l'anonymat était garanti. C'est pourquoi je m'engageais personnellement à laisser consulter le matériel, les bandes enregistrées en particulier, par le directeur du mémoire seulement. Ensuite, appliquant les conseils du code déontologique de l'American Psychological Association (APA, 1990), je m'engageais à informer mes sujets du déroulement global de la recherche et d'un éventuel changement de procédure. Je leur demandais aussi de m'avertir de tout changement de leur part, afin que la recherche se déroule dans des conditions optimales. Ces aspects étaient consignés dans la 'Base de travail', contresignée par l'acupuncteur, le patient et moi-même.

Le but de cette démarche était double. D'une part, je protégeais la sphère privée du patient et la sphère professionnelle du praticien. Cela signifiait également permettre au processus thérapeutique de se poursuivre, malgré les modifications que ma présence apportait au cadre thérapeutique³³. D'autre part, je me protégeais, en tant que chercheur, de conduites de patients et de praticiens qui auraient pu troubler le déroulement de la recherche elle-même.

Cela dit, je ne sais pas si un contrat de confiance (dans le cadre de la recherche) peut être solidement établi à partir d'une base écrite. En ce qui concerne les patients qui ont accepté ma présence, je leur ai fourni la 'Base de travail' à la fin de la première consultation observée. Ils avaient donc déjà répondu favorablement à la demande de l'acupuncteur, sans connaître les clauses exactes du support écrit. Par conséquent, je pense que la confiance qu'ils avaient dans leur thérapeute, et leurs représentations et attentes face à ce genre de situation, ont davantage déterminé leur engagement que mes promesses. Mais il se pourrait aussi que le patient réponde affirmativement à son acupuncteur sous l'effet du pouvoir. Dans cette optique, le fait que j'obtienne l'accord du patient par l'intermédiaire du praticien pourrait être interprété comme un abus de pouvoir par personne interposée. C'est pourquoi il était justifié que j'obtienne le consentement écrit des personnes concernées directement.

2. CARTE D'IDENTITE DES ACUPUNCTEURS ET DE LEURS CLIENTS

J'ai estimé que quatre acupuncteurs, et deux patients par acupuncteur, me fourniraient un matériel d'exploration suffisant. J'ai pu me tenir à ce nombre, malgré quelques changements du côté des patients. Par le fruit du hasard, la répartition des acupuncteurs et des patients en fonction du sexe est équilibrée: quatre hommes et quatre femmes du côté des patients; deux hommes et deux femmes du côté des thérapeutes.

Pour faciliter la lecture du corpus, j'ai nommé les sujets acupuncteurs avec un nom commençant par "A", et les clients par "C"³⁴. Tous les noms de personnes et de lieux sont fictifs, et certains détails de l'identité des clients ont été modifiés.

Ariane est acupunctrice naturopathe; elle se dit elle-même énergéticienne. Elle pratique depuis quinze ans. Elle travaille actuellement dans un cabinet de groupe dirigé par un médecin. Ses clientes:

³³Par la suite, la plupart des patients m'ont dit, au cours des post-entretiens, que la confiance était un élément central de la relation avec leur thérapeute.

³⁴Au début de mon étude, je pensais que le mot *client* était utilisé conventionnellement, dans le milieu médical, pour désigner le malade. C'est pourquoi j'ai nommé les malades avec un nom commençant par C.

- Colette, la soixantaine, secrétaire, se fait soigner depuis deux ans environ, suite à un accident. Elle est acquise aux médecines complémentaires après une longue trajectoire en médecine conventionnelle; mais la pensée chinoise ne lui est pas très familière.
- Christine, la quarantaine, styliste, se soigne depuis quelques semaines d'une néphrite³⁵, avec complications suite à une antibiothérapie. Ariane et elle sont devenues amies il y a quelques années, suite à une autre maladie que l'acupunctrice avait soignée. Christine a suivi des cours relatifs à certaines médecines complémentaires. Elle connaît, de ce fait, les bases théoriques de la médecine chinoise.

Aude est physiothérapeute, acupunctrice diplômée depuis deux ans. Elle exerce dans un cabinet de groupe. Ses clients:

- Clément, la trentaine, se fait soigner depuis quelques mois de douleurs du dos. Il souffre depuis plusieurs années d'une malvoyance héréditaire dégénérative. Il est arrivé à l'acupuncture en passant par la physiothérapie. Comme celle-ci n'a donné que de faibles résultats, il a essayé l'acupuncture. Il se dit content des résultats obtenus jusqu'ici. Il ignore les bases théoriques de l'acupuncture.
- Carmen, la quarantaine, se soigne de maux de tête chroniques. Elle est arrivée à l'acupuncture par la physiothérapie, en désespoir de cause, les thérapies conventionnelles ne pouvant plus rien pour elle. Elle est satisfaite des résultats. Elle a des connaissances générales de l'acupuncture et des médecines complémentaires.

Alex est physiothérapeute, ostéopathe, et acupuncteur diplômé depuis trois ans. Ses clients:

- Charles, mécanicien, quarante ans, se soigne d'une paresthésie³⁶ des quatrième et cinquième doigts de la main. Il a essayé l'acupuncture après des résultats insatisfaisants en physiothérapie classique. La paresthésie a pratiquement disparu, et le traitement touche à sa fin. Il a acquis par Alex quelques notions de la médecine chinoise.
- César, maçon, la cinquantaine, a subi une intervention chirurgicale à un genou. Il a essayé d'abord la physiothérapie classique pour récupérer ses fonctions, sans résultats probants. Alex le soigne en ce moment avec l'acupuncture pour une migraine ophtalmique chronique³⁷. C'est aussi Alex qui lui a transmis quelques notions de la médecine chinoise.

Arnaud est médecin, homéopathe, et pratique l'acupuncture depuis cinq ans. Ses clients:

- Conrad, électronicien, la cinquantaine, se soigne de douleurs crampoïdes et autres gênes aux bras, faisant suite à une encéphalite virale accompagnée de paralysie. L'impuissance

Au fil de la recherche, je me suis rendu compte que le mot *patient* était beaucoup plus répandu. Je n'ai toutefois pas jugé nécessaire de renommer les malades.

³⁵“Nom générique par lequel on désigne toutes les inflammations aiguës ou chroniques du rein” (Garnier/Delamare, 1978).

³⁶“Anomalie de la perception des sensations, consistant en retard, persistance, erreur de localisation, etc., des excitations tactiles, douloureuses, thermiques ou vibratoires” (Garnier/Delamare, 1978).

³⁷Douleur due à la compression anormale de la veine ophtalmique par le sphénoïde, os de la base du crâne.

de la médecine conventionnelle à le guérir complètement l'a conduit à l'acupuncture, dont il ne sait que peu de choses. Il a rencontré Arnaud par le bouche à oreille.

- Céline, infirmière, trente ans, cherche à connaître chez elle l'origine de quelques troubles qu'elle qualifie elle-même de mineurs. Elle est arrivée chez Arnaud par le bouche à oreille. Elle a subi antérieurement un traitement homéopathique chez un autre médecin, sans obtenir complètement satisfaction. Elle s'intéresse depuis plusieurs années aux médecines complémentaires.

Sur huit patients, deux ont de bonnes connaissances de la médecine chinoise et des médecines complémentaires en général, il s'agit de Christine et Céline. Celles de Colette sont moins poussées, mais elle les applique parfois dans son quotidien. Les préoccupations de Carmen se limitent à l'hygiène de vie. Je constate, sur mon échantillon de patients, que ceux qui sont arrivés à l'acupuncture par la physiothérapie sont plus éloignés de la 'culture' des médecines complémentaires que ceux qui y sont arrivés par une recherche personnelle.

IV. METHODES

J'ai associé entre elles quatre méthodes de recherche: 1) l'observation participante, 2) l'observation directe, 3) le questionnaire fermé, 4) l'entretien directif.

1. L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Comme je l'ai dit plus haut, au début de mon étude j'ignorais à peu près tout du déroulement d'une consultation en acupuncture. Cette ignorance, Ariane l'a mise à jour lors de notre première rencontre. "A mon avis, si vous voulez étudier la relation client-acupuncteur, vous devez au moins savoir ce qu'est l'acupuncture, en l'essayant sur vous-même". Tels furent, en résumé, ses propos. Je ne pouvais que lui donner raison. C'était aussi, de façon à peine voilée, une façon de négocier sa participation à la recherche.

J'ai donc accepté l'offre, avec plaisir, d'ailleurs plus pour les avantages que j'en retirais au sujet de la connaissance du terrain de la recherche, que pour l'expérience de l'aiguille. En fin de compte, les deux aspects se sont révélés utiles.

D'abord, j'ai pu voir quelles étaient les séquences qui structuraient une consultation en acupuncture: interrogatoire (ou entretien), prise des pouls, traitement³⁸. J'ai observé aussi comment Ariane procédait à l'interrogatoire, à la prise des pouls, quelle était sa technique de poncturation, et je l'ai interrogée largement sur chacun de ces aspects. J'ai vu de cette manière quelle était la place de la médecine chinoise dans sa pratique. Je l'ai interrogée aussi sur son rôle dans l'institution médicale, sur sa formation.

Les deux consultations auxquelles j'ai participé étaient filmées, et enregistrées séparément en audio. A l'analyse, j'ai relevé que notre discours se référait à six thèmes généraux: la consultation elle-même (durée, ordre des événements, motif); le patient et son contexte (micro- macro-contexte); le thérapeute et son contexte; le modèle médical chinois; le mal ou la santé; le traitement. Du point de vue non verbal, le toucher technique était l'aspect dominant.

L'expérience de l'aiguille m'a donné de bonnes bases pour comprendre, par la suite, les sensations auxquelles se référaient les patients. Je savais ce que signifiait 'toucher l'énergie' ou le 'point sensible', stimuler un point d'acupuncture. Je réalisais aussi qu'étant couché je ne pouvais pas *voir* ce que faisait l'acupuncteur. J'ai mieux mesuré, à ce moment-là, l'importance du ressenti, et à quel point il était difficile de décrire une sensation. J'ai apprécié aussi le sentiment de détente que procure un tel traitement, un mot fréquent dans la bouche des patients.

En résumé, ce vécu m'a aidé à dégager des voies de recherche et à installer les bases de l'observation directe et des entretiens.

³⁸Lors de l'observation participante, j'ai dérogé à la règle. En effet, j'ai demandé à Ariane de me prendre d'abord les pouls, et de faire l'anamnèse ensuite. Car, expliquai-je, je voulais savoir ce que percevait un acupuncteur sans avoir été influencé par le contenu de l'interrogatoire. L'interrogatoire a duré particulièrement longtemps - presque une heure - et le traitement a eu lieu lors d'une seconde consultation.

2. L'OBSERVATION DIRECTE

Les raisons pour lesquelles il était préférable que j'assiste aux consultations me sont apparues seulement lors des derniers préparatifs du terrain.

La littérature, abondante, qui traite de la relation médecin-patient, parle généralement peu des méthodes d'observation. Souvent, les auteurs analysent des transcriptions d'échanges verbaux qui ont eu lieu lors de l'interrogatoire entre un médecin et un patient, sans que l'on sache si eux-mêmes étaient présents à la consultation, si l'enregistrement a été effectué par le seul médecin, si le patient était au courant, etc.

D'abord, j'avais pensé que je pouvais être absent de la consultation, et que l'enregistreur serait mon ouvrier. Cette démarche présentait divers inconvénients, mineurs et majeurs.

Techniquement, je me privais de l'accès aux appareils: je ne savais pas à quel moment je devais intervenir pour les mettre en marche, pour retourner la bande, etc. De plus, en cas de dysfonctionnement, la consultation était perdue. Or, je ne pouvais déléguer aucune responsabilité technique aux acupuncteurs: il était clair que je devais assumer entièrement mon travail et que celui-ci ne devait pas interférer avec le leur.

Mais surtout, je ne pouvais pas savoir ce qui se passait sur le plan non verbal: quand commençait la prise des pouls ? quand finissait-elle ? l'acupuncteur cherchait-il un point ou le stimulait-il ? etc.

L'idée que je devais être absent de la consultation contenait aussi un présupposé: si j'étais absent, il y avait plus de chances que la consultation se déroule de manière 'naturelle'. Mais c'était sans compter, indépendamment de la présence de l'enregistreur, sur le fait que les acteurs définiraient la situation en fonction du regard du chercheur même absent. J'ai donc admis que la consultation se ferait à trois plutôt qu'à deux.

J'ai commencé par supprimer l'utilisation de la vidéo: exigüité des lieux, présence envahissante, dispositif trop long à mettre en place entre deux consultations... De plus, je risquais d'être confronté au refus des patients. En ce qui concerne l'enregistrement audio, je me suis servi d'un ou deux enregistreurs baladeurs, en fonction des dimensions de la pièce. De cette manière, je disposais en tout temps d'un appareil de secours³⁹.

Je désirais également éviter que le patient et l'acupuncteur ne me posent des questions relatives à la recherche au cours des consultations enregistrées. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il valait mieux qu'ils aient l'occasion de me voir lors d'une première consultation se déroulant sans enregistrement et sans post-entretiens. Ensuite, je les verrais une seconde fois, avec enregistrement et post-entretiens.

Au début de la première séance, je demandais au patient et à l'acupuncteur de faire abstraction de ma présence. Je disais au patient qu'il pouvait, toutefois, s'il le désirait, me poser des questions à propos de la recherche. En effet, comme je le voyais pour la première fois, je comptais désamorcer tout questionnement inopportun en vue de la seconde consultation. Ainsi, durant cette séance, je me contentais de prendre des notes sur un

³⁹C'est une précaution que je n'ai pas regrettée, lorsque l'enregistreur principal a refusé de démarrer, une fois au début d'une consultation, l'autre fois au début d'un entretien...

protocole d'observation que j'avais élaboré et qui portait sur la prise des pouls, les thèmes de l'échange, la pose et le retrait des aiguilles⁴⁰.

La gestion de la seconde consultation était délicate. Après l'installation des appareils, j'enclenchais un chronomètre, et relevais, minute après minute, les éléments non verbaux et verbaux de la séance. L'objectif était simple: repérer, lors de la transcription de la bande, à quel moment de la séance et à quel acte thérapeutique correspondait le discours. Lorsque la consultation était terminée, je distribuais au patient et à l'acupuncteur un questionnaire chacun (j'en parlerai plus loin), j'arrêtais les appareils, et les préparais pour les entretiens.

La première séance d'observation a été utile pour deux raisons: d'abord, certains patients ont posé des questions durant la phase de repos du traitement. C'était bien à ce moment-là que j'attendais une manifestation de leur part. Je pensais en effet qu'il ne serait pas aisé pour tous de supporter un silence d'un quart d'heure ou plus, en présence d'un étranger, aussi discret fût-il. Parler était donc un moyen efficace de surmonter la gêne engendrée par la situation. Ensuite, de mon côté, j'ai pu prendre connaissance de l'état de santé du patient, sans disposer d'un dossier médical. Je dois avouer qu'il n'est pas facile de saisir ce dont parlent un patient et un thérapeute qui se connaissent. De façon analogue, c'est comme si l'on surprenait un dialogue entre deux personnes dans la rue. Ignorant les prémisses du discours, on a l'impression d'un échange décousu, presque illogique. Si je n'avais pas disposé d'un temps de réflexion - une séance supplémentaire - pour comprendre la situation, je pense que certains entretiens auraient été plus difficiles à mener.

3. LE QUESTIONNAIRE FERME

J'ai proposé au patient et au thérapeute un questionnaire fermé, très court, à la fin de la consultation. L'objectif était d'obtenir les impressions à chaud des acteurs, de cerner en un clin d'œil leur vécu de la séance et de le leur restituer ultérieurement au cours de l'entretien, en guise de fil conducteur de l'échange.

La pratique des entretiens post-consultation pose la question du temps et de la mémoire. En général, le patient est disponible immédiatement après la consultation. Ce n'est pas toujours le cas du thérapeute, sauf si le patient est le dernier du matin ou du soir. Mais si le praticien reçoit encore plusieurs patients après celui-là, la mémoire de la première consultation s'estompe. Le questionnaire post-consultation sert à pallier cet inconvénient.

La forme du questionnaire a été établie à partir du *Différenciateur sémantique d'Osgood*, du nom du psychologue américain qui l'a élaboré. C'est un outil qui fait partie des tests psychologiques verbaux, "consistant en une série d'échelles *adjectivales* tendues entre un adjectif (p.ex.: bon, fade, chaud) et l'adjectif antonyme (mauvais, savoureux, froid) et comptant entre ces deux pôles une série d'échelons intermédiaires sur l'un desquels le sujet est prié de situer le mot à évaluer" (Bovet & Gilliéron, 1984).

Le questionnaire⁴¹ a été construit en 'miroir': les questions adressées au patient et au thérapeute étaient les mêmes. Il comportait quatre questions relatives au vécu global de la

⁴⁰Voir annexe 2, p. 132.

⁴¹Voir annexe 3, p. 138.

consultation, à la discussion autour de l'état de santé, au vécu du traitement, et à la relation (avec le patient ou le thérapeute).

4. L'ENTRETIEN DIRECTIF

Deux raisons m'ont poussé à conduire des entretiens.

La première était le désir de connaître le point de vue des acteurs sur la consultation. Il me semblait important, dans une perspective ethnométhodologique, de savoir comment les patients et les praticiens définiraient la situation de la consultation, et quels en avaient été, pour eux, les moments forts.

La deuxième était le besoin de comprendre les différences entre les pratiques des acupuncteurs, leurs approches de la médecine chinoise, leurs formations, etc.; et du côté des patients, de voir ce qui les avait amenés à l'acupuncture, et quel était leur degré de familiarité avec la médecine chinoise et les médecines complémentaires.

Dans l'idée de recueillir des perspectives multiples, j'ai élaboré un guide d'entretien en miroir. Les questions recoupaient quatre pôles d'investigation: la consultation et le mal (le vécu de la consultation, la discussion autour de l'état de santé); le traitement (le vécu du traitement, les explications données par l'acupuncteur); le client (le contexte de vie, les motivations pour ce genre de traitement, la relation avec l'acupuncteur); le thérapeute (intérêt pour le contexte de vie du patient, la relation avec le patient, la définition de son propre rôle et de sa pratique). J'ai élaboré les questions à partir des données de l'observation participante, et d'ouvrages traitant de la relation médecin-patient. Comme je voyais chaque acupuncteur à deux reprises, j'ai établi deux séries de questions, se complétant l'une l'autre⁴².

Tous les entretiens ont été enregistrés. Ils se sont déroulés sur les lieux de la consultation, immédiatement après pour les patients, au maximum trois à quatre heures plus tard pour les acupuncteurs. Leur durée était de trente à quarante minutes en moyenne.

⁴²Voir annexe 4, p. 142.

V. RECOLTE DES DONNEES

1. MATERIAU OBTENU AU COURS DE L'ETUDE SUR LE TERRAIN

Sept sources de données ont été constituées pendant la recherche: 1) les lectures sur la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la médecine chinoise, les médecines complémentaires, 2) les transcriptions de l'observation participante, 3) les transcriptions des séances, 4) les protocoles de l'observation directe, 5) les transcriptions des post-entretiens, 6) les questionnaires fermés, 7) un matériau divers fourni par les acupuncteurs.

1) Je ne reviens pas ici sur le contenu des lectures que j'ai faites, étant donné que je l'ai exposé dans la première partie du travail. Je précise néanmoins que les références relatives à la médecine chinoise m'ont été données, pour la plupart, par les acupuncteurs eux-mêmes lors des entretiens.

2) Les transcriptions de l'observation participante:

Elles m'ont servi à circonscrire les éléments utiles pour l'observation du terrain. Leur contenu est celui que j'ai déjà exposé plus haut ("observation participante").

3) Les transcriptions des séances:

Les consultations enregistrées, au nombre de huit, ont été transcrites intégralement. Une copie des conventions de transcription se trouve en annexe.⁴³

4) Les protocoles de l'observation directe:

J'ai obtenu deux types de protocoles: ceux de la première séance; ceux de la seconde séance enregistrée et chronométrée. Ce sont surtout ces derniers que j'ai exploités car ils me permettaient de compléter le discours en y ajoutant les éléments non verbaux correspondants.

5) Les transcriptions des post-entretiens:

J'ai réalisé seize entretiens, huit avec les acupuncteurs, huit avec les patients. Je les ai tous transcrits, mais de façon simplifiée, en comparaison aux consultations: ponctuation classique, suppression des répétitions de mots, etc. En effet, l'analyse linguistique des entretiens est hors de propos ici - c'est leur contenu construit dans l'entretien qui importe. Après la transcription, j'ai repris les réponses des patients et des acupuncteurs, et les ai mises en miroir.

6) Les questionnaires fermés:

Ils m'ont servi essentiellement de base aux entretiens. Leur usage pour l'analyse est limité par le fait que les acupuncteurs et les patients ne remplissaient pas toutes les rubriques. Grâce aux entretiens, j'ai compris que celles-ci n'avaient pas toujours de sens pour eux, et qu'ils n'accordaient pas une grande valeur à ce type de questionnaire.

7) Un matériau divers:

⁴³Voir annexe 5, p. 148.

A titre documentaire, Alex m'a fourni des photos de traitement qu'il a faites lui-même, et Aude m'a autorisé à filmer la prise des pouls et le traitement. D'Arnaud, Alex et Aude, j'ai obtenu les bases de questionnement dont ils se servent pour l'anamnèse et l'interrogatoire. J'ai eu avec Ariane un entretien informel, que j'ai enregistré, mais pas transcrit. Enfin, j'ai pris dans des salles d'attente certaines brochures à la disposition des patients.

2. CHOIX DU MATERIAU POUR L'ANALYSE

Des sources citées, deux sont centrales: les transcriptions des séances et les transcriptions des entretiens.

J'ai choisi de travailler sur les transcriptions des séances avant tout. J'ai écarté l'analyse systématique des entretiens en miroir: il y aurait eu matière pour un deuxième mémoire. En revanche, j'ai trouvé fructueux d'aller y puiser des passages restituant le point de vue des acteurs sur la consultation. De cette façon, la consultation est visitée par trois regards différents: celui de l'acupuncteur, celui du patient, et le mien.

VI. ANALYSE DES DONNEES

LES SENSATIONS DANS LA CONSULTATION

J'ai analysé les transcriptions des séances en me focalisant sur un type particulier de discours, la verbalisation des sensations. La raison de ce choix, que j'ai en partie explicitée dans le chapitre d'introduction, est à mettre également en relation avec ce que je disais à la fin de la première partie de ce travail, à propos de la dynamique entre contexte et interaction: pour remonter aux différents contextes de l'interaction, il m'est possible de partir de l'interaction elle-même. Or, une interaction comporte différents niveaux d'activités, verbale et non verbale notamment. Le support de mes analyses étant essentiellement du domaine de l'audible (même s'il est complété par l'observation directe des comportements non-verbaux), il m'a paru évident que j'allais me concentrer sur la production symbolique, c'est-à-dire le langage, qui émanait des interactants. Outre cela, l'acupuncture entretient un lien très fort avec la sphère corporelle: il y a dans l'interaction entre patient et acupuncteur un corps à corps, au sens même d'un accord entre les corps. En l'occurrence, la verbalisation des sensations représentait la relation la plus étroite entre la sphère symbolique incarnée par le langage et la sphère corporelle (qui a aussi sa propre symbolique) que je pouvais "observer". Par conséquent, j'ai estimé qu'elle pouvait éclairer au mieux la dynamique relationnelle ayant cours dans les séances d'acupuncture.

L'analyse des verbalisations est sous-tendue par deux catégories de questions, relatives à:

1) la verbalisation des sensations:

- y a-t-il une manière particulière de verbaliser les sensations ?
- en quoi la verbalisation des sensations participe-t-elle au processus thérapeutique ? ou de manière plus générale, quel rôle joue la verbalisation des sensations dans l'interaction patient-acupuncteur ?
- dans quelle mesure la verbalisation des sensations permet-elle l'accès à une signification du mal ou du traitement qui soit partagée par le patient et l'acupuncteur ?

2) la pratique de la médecine chinoise dans le contexte culturel occidental:

- comment les modèles médicaux respectifs de l'acupuncteur et du patient interagissent-ils au cours d'une consultation en médecine chinoise ?
- y a-t-il des malentendus entre le patient et l'acupuncteur autour de la signification de la maladie et du traitement en rapport avec les modèles médicaux de référence ? si oui, comment le patient et l'acupuncteur s'accordent-ils ?
- comment un patient "formé" à la pensée biomédicale peut-il comprendre le modèle médical chinois ? en d'autres termes, que faudrait-il qu'un patient sache pour être en mesure de comprendre comment le modèle médical chinois fonctionne ?

Mon analyse est de type qualitatif. Il existe une grande variété d'analyses dites qualitatives, qui dépendent à la fois des perspectives disciplinaires des chercheurs et de leurs objectifs. J'ai retenu la définition qu'en donne Dey (1993): il distingue trois processus conjoints dans l'analyse qualitative: la description des phénomènes, leur classification et l'établissement des corrélations entre les phénomènes.

Décrire un phénomène c'est le mettre en mots, en restituant les caractéristiques d'une personne, d'un objet ou d'un événement. Ce n'est pas seulement énoncer un fait, mais aussi informer du contexte, par exemple, d'une action, des intentions des acteurs (c'est-à-dire qu'ont les acteurs de leurs actions), des processus dans lesquels s'inscrit cette action.

La *classification* peut être conçue comme une forme de raisonnement pratique, où le chercheur crée des catégories de significations dans les données dont il dispose. Cet acte de différenciation dans la réalité des données est accompli sur la base des données elles-mêmes, des questions de recherche, de repères théoriques, de l'imagination, de l'intuition et des connaissances antérieures du chercheur. La classification n'est pas une opération qui précède l'analyse, elle est un niveau de l'analyse.

Une troisième étape éventuelle de l'analyse - que je n'ai pas franchie ici - consiste à vérifier que les catégories établies sont reliées entre elles, au moyen de l'outil statistique. L'établissement de ces liens ou *corrélations* implique notamment une certaine abondance de données, faute de quoi leur quantification est irréalisable ou non significative.

L'analyse des transcriptions des séances que je propose est accompagnée, à chaque fois que l'occasion se présente, du *point de vue des acteurs* sur la séance. Il y a dans cette démarche l'idée des ethnométhodologues selon laquelle le discours savant n'est pas plus "vrai" que le discours de sens commun. Selon Alfred Schutz (cité par Coulon, 1990), nous sommes tous des "sociologues à l'état pratique": le langage ordinaire est capable de dire la réalité sociale, de la décrire et de la constituer en même temps. Il y a seulement, entre les deux discours, une différence de *perspective*. Les deux perspectives s'enrichissent l'une l'autre. Mon exposé comprend en réalité trois perspectives: les deux déjà décrites et celle du lecteur sur les extraits, plus "neutres", des séances et des post-entretiens enregistrés que j'ai sélectionnés. L'exercice de sélection des extraits me force pourtant à reconnaître qu'une telle étude ne saurait échapper à la création par l'écriture - qui n'est pas invention - d'une réalité que les données brutes de la recherche ne peuvent livrer d'elles-mêmes. Ainsi, le point de vue des acteurs reste soumis, dans une large mesure, à l'inévitable tyrannie de la plume du chercheur.

J'ai divisé le matériau en trois chapitres, en fonction des séquences de la consultation, respectivement l'interrogatoire, le diagnostic et le traitement. Je l'ai fait à des fins de clarté, car la réalité est parfois différente: les séquences se chevauchent, se superposent; un thème de l'interrogatoire est réintroduit durant la prise des pouls ou le traitement; le traitement est parfois jalonné de prises des pouls, et les acupuncteurs ne marquent pas toujours le passage d'une séquence à l'autre. Afin que le lecteur puisse s'y retrouver, j'ai fait en sorte que l'analyse d'une séquence soit restituée en entier dans le chapitre correspondant, quitte à ce que l'extrait recoupe en partie la séquence précédente ou suivante.

1. LES SENSATIONS DANS L'INTERROGATOIRE

Sur la base des analyses d'entretiens entre les acupuncteurs et leurs clients je vais présenter les extraits suivants:

- Extrait 1 : les sensations d'un dossier médical (Alex et Charles)
- Extrait 2 : sens interdits (Ariane et Colette)
- Extrait 3 : les sens du vent (Adèle et Carmen)
- Extrait 4 : la langue des sensations (Arnaud et Conrad)

Le contenu des extraits recoupe deux axes: les sensations ainsi qu'une problématique particulière de l'interaction: dans l'extrait 1 il est question de l'asymétrie et du statut professionnel du thérapeute; dans l'extrait 2, de l'asymétrie et de la gestion de l'identité lors d'un désaccord entre l'acupuncteur et le patient sur l'attribution causale du mal; dans l'extrait 3, du rôle du modèle médical dans la résolution d'un désaccord entre l'acupuncteur et le patient sur l'attribution causale du mal; dans l'extrait 4, du rôle du modèle médical dans la verbalisation des sensations.

Chaque extrait est suivi d'une analyse, assortie du point de vue des acteurs sur la situation, et d'un commentaire.

a. Les sensations d'un dossier médical (Extrait 1)

L'échange suivant a lieu entre Alex et Charles. Ils sont assis en face à face: Alex sur une chaise; le dossier médical à la main; Charles sur le bord du lit, attendant que l'acupuncteur ouvre le dialogue.

A - à nous deux + cinquième doigt'

C - { C n'a pas compris }

A - le cinquième doigt'

C - ouais

A - il reste encore un peu ou c'est disparu'=

C - =c'est minime

A - minime

C - ouais

A - d'accord +++ eu:h docteur K. vous y r'tournez ou pas'

C - demain

A - demain + alors on f'ra un p'tit papier pour lui' ++++ vous avez encore cette sensation métallique' + quand vous prenez quelque chose + le doigté'

C - non maint'nant ça vient + c'est c'est bon maint'nant ++++ maint'nant su' l'p'tit doigt c'est c'est plus comme eu:h le- le bout + ça vient plutôt ici maint'nant

A - X ça change=

C - =<qui><il reste>

A - change d'aspect { A écrit dans le dossier de C } (16 sec.) alors tout le reste maintenant hein' qui est lié au sommeil'

C - ça joue

A - ça joue' +++ eu:h la douleur au niveau du trapèze gauche

C - ça j'ai toujours

A - toujours

C - ouais (20 sec.) { A écrit dans le dossier }

A - euh au niveau vessie' toujours une urine plus importante'

C - ouais +++ ça fonctionne pas mal + comparé d'avant

A - nickel' +++ d'autres phénomènes'

C - non toujours les mêmes phénomènes euh quand j'avais en voiture euh mal au bas du dos mais bon bin ça je sais c'que c'est ++ autrement ça joue

Analyse

Alex ouvre la séance avec un "à nous deux"⁴⁴. Il contrôle entièrement les thèmes du discours, sous la forme de questions fermées, et Charles n'essaie pas d'en introduire de nouveaux. La situation est donc nettement asymétrique.

C'est dans le cadre de ce questionnement que Charles doit rendre compte de ses sensations. Charles n'introduit lui-même aucune sensation. C'est Alex qui le fait, en s'appuyant sur le dossier médical, où sont enregistrées les sensations décrites par son patient dans des séances antérieures à celle-ci. Le médiateur de l'échange qu'est le dossier médical se présente comme une mémoire commune au patient et à l'acupuncteur. Mais c'est Alex qui la gère, la rend active, et la met régulièrement à jour au début de chaque séance, en fonction des objectifs de traitement qu'il s'est donnés dès les premières séances: y a-t-il eu modification des contenus ? des ajouts sont-ils nécessaires ?

L'interrogatoire est court, concis, proche du style télégraphique. C'est un moyen économique qu'Alex s'est donné pour savoir si des modifications sont à apporter à la ligne du traitement. Lorsque la vérification est terminée, Alex pose une question ouverte: "d'autres phénomènes ?" Ce n'est pas le cas; le traitement peut commencer.

Le point de vue des acteurs⁴⁵

Voici ce qu'en dit Alex:

- (...) Bon, la discussion⁴⁶ a été satisfaisante pour moi dans le sens que j'en ai tiré le minimum pour le traiter.

- C'était suffisant ?

⁴⁴Pour les socio-linguistes, *à nous deux* est un énoncé métacommunicationnel dont la fonction est de réguler l'interaction. Notamment, ce type d'énoncé marque dans ce contexte l'ouverture et la fermeture des séquences de la consultation. Depuis ici, tous les mots soulignés dans les extraits des consultations indiquent qu'il s'agit d'énoncés métacommunicationnels, ou de marqueurs métacommunicationnels (ouais, bon, mais, puis...) (De Gaulmyn, 1987; Apothéloz & Grossen, 1991).

⁴⁵A partir de maintenant, *le point de vue des acteurs* se rapporte aux extraits des séances analysés, sauf précision. Il est le fruit des post-entretiens que j'ai conduits séparément avec l'acupuncteur et le client.

⁴⁶Le mot *discussion*, que j'ai utilisé dans mes questions au cours du post-entretien et qui est repris ici par Alex, désigne l'échange qui a eu lieu entre le client et l'acupuncteur au cours de l'interrogatoire.

- C'était suffisant, oui. Dans le cadre de sa pathologie c'était suffisant. Profonde elle ne l'a pas été, parce que je n'ai pas investigué tous les pôles du questionnaire, mettons "idéal", que l'on pourrait avoir en énergétique, ce qui prendrait au moins une demi-heure d'interrogatoire. Alors là tous les aspects de la personne, ses côtés, comme on dit, plénitude ou vide, son équilibre général. La discussion n'a été ni enrichissante ni pauvre cette séance-ci, parce qu'elle fait partie d'une dernière séance. Elle est l'aboutissement de tout ce qu'on a discuté, qui était très enrichissant, mais cette séance-ci je m'attendais déjà à voir toutes les réponses à mes questions. Alors il est sûr que la discussion aurait été plus enrichissante au début d'un traitement, parce que là on a encore tout à découvrir. Tandis que là on arrive à la fin, presque tout est découvert et puis le patient va bien. C'est dans ce sens-là que ce n'était pas trop enrichissant et pas trop pauvre.

Qu'en pense Charles ?

- (...) *Qu'est-ce que vous avez retenu d'essentiel dans la discussion ? Je ne sais pas s'il y a quelque chose qui vous a peut-être marqué plus spécialement ou..*

- Non ce qu'il y a de bien quand on vient ici, au départ on fait un peu un global, on fait un peu un check-up de ma personne, pour dire il y a ça qui va pas, il y a ça qui va pas. Je trouve que c'est bien parce qu'on peut dire bon bin là j'ai un petit problème sur un muscle euh là le trapèze, je trouve que c'est bien d'avoir justement ce contact avec le physio.

- Ouais.

- Vous lui expliquez bin tiens j'ai ça, j'ai ça, j'ai ça. Je trouve que c'est bien.

- Ouais. *Par rapport au physio classique ça n'existait pas ça avant ?*

- Bin écoutez, le physio chez qui j'allais avant non, parce qu'il travaillait à un point où on devait venir se faire soigner, et ça s'arrêtait là. Il n'y avait pas ce dialogue, et puis ce check-up au départ.

Pour Charles, les résultats sont là, l'issue de la maladie est positive. Il peut, par conséquent, faire confiance à Alex, c'est-à-dire le laisser faire:

- (...). Puis je vous dirais que la première fois j'étais venu ici à la physio puis on a fait de l'acupuncture, quand vous voyez le résultat bin vous êtes vraiment content, puis vous faites confiance. Je vous dis j'ai eu un problème avec un coude, on a fait des piqûres de cortisone, il n'y avait rien à faire. Puis quand je suis venu ici on a fait un peu de physio classique, pas de bons résultats. Et après quand on a fait l'acupuncture, le résultat s'est avéré après deux séances vraiment bien. Et quand on a fini le laps de temps des séances qui étaient prescrites par le médecin, je n'avais plus rien. Et je n'ai plus jamais ressenti ce mal que j'avais. Et c'est pour ça que quand je reviens à la physio, je dois venir ici, ça ne me gêne absolument pas, parce que je sais qu'on aura un résultat.

D'un côté Alex a atteint ses objectifs de soins, de l'autre Charles a reçu une réponse positive à ses attentes.

Commentaire

L'asymétrie, dans la littérature, est souvent synonyme de pouvoir, et revêt une connotation négative. A moins qu'on ne montre, comme le fait Heath (1993), que le patient a lui aussi un pouvoir sur le déroulement de l'échange, et qu'il préserve lui-même l'asymétrie. D'une certaine façon, ces deux thèses se confirment ici: Alex se sert d'un dossier qu'il n'a pu construire qu'avec la collaboration de Charles; et Charles délègue à Alex l'organisation de la mise à jour de la mémoire commune.

D'un autre côté, s'il est vrai du point de vue psychologique que l'analyse de l'interrogatoire dénote une interaction hautement asymétrique, la situation n'en a pas été

moins bien vécue par le patient. Cela tient à deux choses: d'abord, le contrat initial (guérir et être guéri) a été honoré. Ensuite, Alex a même dépassé les attentes de Charles, car non seulement il l'a guéri de manière satisfaisante, mais en plus il l'a fait en ajoutant un élément que son patient n'avait jamais rencontré chez un physiothérapeute conventionnel, à savoir le "check-up" au début de la consultation, ce qui implique une prise en considération globale de sa personne en tant qu'unité psycho-corporelle.

Ce dernier aspect est important, car il révèle que Charles a une représentation du rôle des physiothérapeutes, au sein de l'institution médicale, qui correspond à leur statut réel, à savoir celui de simples exécutants d'une ordonnance rédigée par un médecin. Ce n'est pourtant pas ce que pense Alex:

- (...) Certains médecins s'imaginent que je ne fais que de l'acupuncture, d'autres ne savent pas que j'en fais, d'autres pensent que la physiothérapie c'est simplement du massage bête et idiot. Souvent, hélas, et c'est là le grand hélas, on dépend des médecins, mais ils ne connaissent rien en majeure partie de la situation actuelle de la physiothérapie, ils ne savent que très peu de choses de ce qu'on fait, de ce qu'on peut faire, à quel degré on en est. Et puis il y a tellement de spécialisations en physiothérapie qu'il est impossible de suivre chaque physiothérapeute en sachant ce qu'il fait et ce qu'il est. Il y a tellement de degrés de spécialisations différentes que c'est un peu le *petschi*, comme on dit.

Ces éléments pourraient suggérer que Charles apprécie l'interrogatoire parce que, paradoxalement, le métacontrat n'a pas été respecté...

b. Sens interdits (Extrait 2)

L'échange, dont je rends ici les passages clés du fait de sa longueur, a lieu entre Ariane et sa patiente Colette.

L'interrogatoire commence par une question ouverte d'Ariane, et Colette annonce son symptôme.

A - [(R)] voilà' + alors comment ça va'

C - euh ça a été nettement mieux après le dernier traitement

A - ouais'

C - j'avais dit qu'il y avait une baisse de forme [(R)]

A - [ouais (R)]

C - et puis maintenant j'me: replains comme toujours un peu là de: + la nuque et: [[d'cette]] partie du dos mais j'ai r'fait du jardin coupé des=

A - [[ouais']] -vous avez fait des efforts

C - =coupé des branches + c'est pas tout à fait pour me mettre ça hein' (R)

A - mhh' ++ ok alors voyons { A consulte le dossier } +++ donc ouais la dernière fois il y avait + il y avait une grippe hein' [+ un] état grippal des maux d'tête et puis les dents + c'était bien ça' [[XXX]]

C - [oui] [[exactement]] oui

Ariane prend le dossier médical de Colette, et poursuit l'échange avec des questions fermées, reprenant point par point les symptômes dont sa patiente souffrait la fois précédente:

rhume, toux avec 'lancées' dans la gorge, remèdes, constipation, intestin douloureux. Colette introduit alors un nouveau symptôme:

C - puis j'sentais aussi un p'tit peu euh les reins + le matin quand j'me lève ++++ [ça va ensemble là parce que c'est vraiment-]

A - [quand vous vous l'avez + ouais=]

C - =oui' + plu- mais surtout l'matin

A - et puis ça s'améliore [quand vous marchez']

C - [ça s'améliore] exactement

A - vous le sentez déjà quand- quand vous êtes euh- [quand] vous vous réveillez'

C - [oui] oui + mais c'est pas- au moment où j'veux me r'tourner j'le sens' + puis quand j'mets les pieds par terre faut que j'fasse un effort pour me: pour me r'dresser

A - [[mhh']]

C - [[puis après]] quelques pas bin ça: ça va +++ c'est difficile à dire si ça vient d'la colonne ou bie:n c'est - c'est vraiment en face là où -

A - ouais

C - c'qui me fait mal à l'intestin ou bien si ça va ensemble

A - de- bon disons de la colonne j'pense pas hein' [parce] que c'est- ce s'rait plus central comme douleur'

C - [non] oui

Plus loin, Colette amène encore un autre symptôme, une douleur dans le haut du bras:

C - [seul'ment à droite] oui +++ et puis aujourd'hui ça va mais j'sens assez souvent le: j'sais pas si c'est l'nerf là dans le: + le haut du bras'

A - ouais en tout cas c'est l'long d'un méridien hein'

C - oui

A - gros intestin'

C - oui + bon (R)

A - donc ça c'est sûr'ment en liaison avec la: [la douleur eu:h] que vous avez aussi à: à droite là

C - [aussi à droite] oui: + et c'est surtout quand je suis tranquille'

A - bon il y a poumon ici + [[c'est X-]] c'est à l'intérieur du bras là'

C - [[quand j'bouge]] +++ c'est vraiment là { C décrit le chemin que fait sa douleur au bras droit }

A - ouais mais non mais ça c'est poumon + hein' + mais d'toute façon c'est lié à: intestin' d'accord' ++ en bougeant + en f'sant des [efforts]

C - [en] e:n non' j'ai mal plutôt quand je suis tranquille

L'interrogatoire s'achève après qu'Ariane a relancé l'hypothèse initiale de Colette sur le mal.

A - puis ça c'est v'nu en faisant des efforts au jardin [comme ça]

C - [j'ai eu l'impression] que: ç- ça a pas amélioré disons + quand je- quand je regarde en l'air ++ quand j'fais ça [[ça m'fait]] mal ouais

A - [[ouais]] (23 sec.) ok' + alors voyons est-ce qu'on a fait l'tour' [[[({})]]]

C - [[[j]crois qu'on a fait l'tour]]]

A - il faudra faire la synthèse de tout ça'

C - oui + j'compte sur vous' [(R)]

A - [(R)] (15 sec.) mhh + ok + alors vous [XXXXXX]

C - [[j]sais qu'vous pouvez]] m'aider alors j'me plains' (R)

A - ouais ouais' non mais vous avez raison' vous prenez un tableau complet (R)

C - (R) (9 sec.)

Analyse

Cet extrait renvoie à une situation analogue à la précédente: Ariane interroge sa patiente à partir du dossier médical. Elle lui donne d'abord la parole avec un "comment ça va". C'est dès l'instant où Colette fait une hypothèse (le travail au jardin) sur la cause de son mal (une sensation douloureuse à la nuque), qu'Ariane reprend la conduite de l'échange. A y regarder de près, Ariane ratifie et interprète ("ouais - vous avez fait des efforts"), mais ne tient pas compte de l'hypothèse de Colette, étant donné qu'elle se tourne vers le contenu du dossier médical, et que celui-ci n'a pas de rapport direct avec les propos de la patiente.

C'est peut-être en poursuivant la lecture du dialogue que les raisons de la conduite d'Ariane vont apparaître. Certes, Ariane contrôle les thèmes de l'échange. Mais à deux reprises encore, Colette réussit à glisser de nouveaux symptômes dans le dialogue, et à formuler deux hypothèses sur leur origine: la colonne vertébrale est à l'origine du mal de reins, un nerf est à l'origine de la douleur dans le haut du bras. Dans le premier cas, Colette introduit le symptôme, Ariane interroge à son sujet, Colette fait une hypothèse sur son origine, puis seulement l'acupunctrice nie l'hypothèse de sa patiente, en tirant son argument de la localisation du mal: si c'était la colonne vertébrale, la douleur serait plus centrée. Dans le deuxième cas, Colette annonce le symptôme, le localise sur son corps, et dans le même temps, fait l'hypothèse sur son origine. Ariane ne cherche plus, ici, à en savoir davantage. Elle impose tout de suite sa version, en désaccord avec celle proposée par Colette: ce n'est pas un nerf, c'est un méridien. Colette est mise au pied du mur: "oui + bon (R)".

Dans la dernière partie de l'interrogatoire, Ariane tempère: "puis ça c'est v'nu en faisant des efforts au jardin". La réponse de Colette est significative: "ça a pas amélioré disons". La voie médiane est trouvée, chacune a fait des concessions sur la nature du mal. Long silence, Ariane consulte le dossier, fait le point et conclue l'interrogatoire: "il faudra faire la synthèse de tout ça". Colette délègue la tâche à Ariane, c'est elle la personne compétente: "je compte sur vous", "j'sais qu'vous pouvez m'aider, alors j'me plains". Ariane lui donne raison, tout en signifiant que c'est elle qui formule les plaintes: "vous prenez un tableau complet".

Le point de vue des acteurs

Voici ce que dit Ariane:

- *Mhh. Bon vous avez parlé de son état de santé, je ne sais pas s'il y a quelque chose que vous avez retenu d'essentiel, d'important dans cette discussion ?*

- Bon, ce n'était pas une discussion profonde, des fois c'est vrai qu'on peut parler disons des problèmes relationnels avec des membres de sa famille, ou des choses comme ça. Là on n'a pas touché ça, c'est pour ça que c'était plus routinier, dans ce sens-là.

- *Il y avait une raison qui fait que ce n'est pas allé plus profond ?*

- Et bien je pense parce qu'il n'y avait pas vraiment de problèmes.. parce que certaines fois il est arrivé qu'elle ait disons des problèmes d'attitude, par exemple elle est invitée chez des gens, ils mangent dans un jardin, il fait froid, il pleut, mais ils sont quand même dans le jardin, elle prend froid, mais elle n'ose pas demander un châle ou un manteau pour se couvrir. Alors après elle arrive avec une monstre crève, et puis.. donc là il faut vraiment discuter sur des questions d'attitude quoi, mais pourquoi elle ne peut pas demander ça, elle se laisse prendre froid parce qu'elle est trop polie, enfin ce serait ce genre d'attitudes-là. Alors à ce moment-là on parle de l'attitude, pourquoi elle n'a pas fait quelque chose à temps. Et puis après il faut deux trois semaines pour sortir de cette histoire, et ça se répète. Bon dans son jardin des fois elle en fait beaucoup trop, et puis après il faut réparer les dégâts. Donc c'est un peu cette attitude-là, des fois, qu'on essaie de changer.

- *Mhh. Et il y avait quelque chose de cet ordre-là, aujourd'hui, dans la discussion ?*

- Oh ça a frisé, mais c'était léger, dans le sens où bon, elle sentait sa nuque aussi parce qu'elle avait travaillé au jardin, mais j'entends ce n'était pas forcément excessif. Là je crois qu'on n'est pas retourné sur le sujet, mais je pense qu'elle fait plus attention maintenant quand même hein. Parce qu'elle aurait une attitude disons de se sacrifier facilement aussi pour les autres, et d'en faire trop quoi.

Le vécu de Colette:

- (...) *Vous m'aviez dit tout à l'heure que la consultation n'avait pas été tout à fait profonde du fait de ma présence..*

- Oui..

- *C'était aussi en relation avec ça ?*⁴⁷

- Oui oui, c'est à cela que je pensais, pas du tout en ce qui concerne ma santé, parce que je n'ai aucun secret quoi.

- *Voilà. Oui, très bien.*

- Mais c'est ce côté-là, on sentait plus le lien du médecin face à son client aujourd'hui, qu'autrement. Il y a une certaine amitié entre nous qui s'est manifestée maintenant.

- *Ah d'accord. C'est ma présence qui fait l'effet du médecin ?*

- Non, elle se conduisait plus comme un médecin face à son client que d'habitude. D'habitude je n'ai pas ce sentiment, et puis moi aussi disons. Mais je pense que c'est inévitable ou bien ?!

- *Oui, c'est marrant. C'est-à-dire que tous ne réagissent pas de la même manière, alors pour moi c'est difficile de sentir comme ça. C'est bien que vous me le disiez par après.*

- Non mais ça m'a amusée, parce que je me suis dit il y a quand même une petite froideur qu'il n'y a pas d'habitude. C'est quand même différent, disons.

⁴⁷Colette vient de me faire un bref récit de sa vie, lourde en événements douloureux. Elle a l'habitude d'en parler avec Ariane, mais ça n'a pas été le cas cette fois-ci, à cause, pense-t-elle, de ma présence.

Commentaire

Si l'on reprend l'interrogatoire depuis le début, on peut voir qu'il y a un *crescendo* dans le désaccord entre Ariane et Colette, à propos de l'attribution causale du mal. La première fois, Ariane reprend la conduite du discours, en se cantonnant au dossier médical. La deuxième fois elle nie, mais en argumentant; la troisième fois elle nie et impose sa version. C'est ici que les raisons du désaccord apparaissent vraiment: l'imputation causale du mal par Colette est de type mécaniste, et appartient de ce fait à la voix de la biomédecine: travail excessif au jardin, colonne vertébrale, nerf. Tandis que pour Ariane, la cause du mal (des maux) est énergétique, c'est un méridien; sa voix est celle de la médecine chinoise.

Du point de vue goffmanien, la dernière partie de l'interrogatoire ("puis ça c'est v'nu en faisant des efforts au jardin") peut être comprise comme un acte réparatoire, où Ariane restitue la face à Colette, après avoir refusé systématiquement toutes ses propositions sur la nature du mal. En termes imagés, Ariane a poussé un peu loin le bouchon, et si elle veut que la relation se poursuive, elle doit faire machine arrière en donnant en partie raison à Colette (le travail au jardin n'est pas étranger à l'apparition du mal). Au moment où elle le fait, sa patiente relativise: "ça a pas amélioré disons". Il y a donc *ajustement des perspectives* du patient et du thérapeute sur l'origine du mal, chose qui correspond parfaitement à une dynamique de co-construction de la référence (bien que les acteurs soient en désaccord).

A la fin de l'interrogatoire, Colette et Ariane reformulent le métacontrat:

C - "je sais que vous pouvez m'aider, alors j'me plains"

A - "vous avez raison, vous prenez un tableau complet".

Lorsque Colette dit qu'elle se plaint, elle met en évidence les implicites guidant le comportement de deux personnes interagissant dans un cadre thérapeutique. En d'autres termes, elle justifie sa plainte par la relation dans laquelle elle et Ariane se trouvent. Ariane ne la contredit pas: "vous prenez un tableau complet". Ce qui voudrait dire, dans l'optique de Heath: "sans la déclaration de vos plaintes, je ne pourrais rien faire". Or, si la référence à ces implicites a lieu, c'est précisément parce que les modalités de la relation ont quelque chose d'inhabituel pour Colette. Sous-entendu: "vous jouez le rôle du médecin, alors je joue le rôle du malade qui se plaint". On peut faire l'hypothèse que la reformulation du métacontrat est une stratégie dont dispose Colette pour signifier à Ariane que le conflit qui a lieu entre elles n'a pas à voir avec la nature du mal, mais plutôt avec le non-respect de la relation entre patient et thérapeute dans un contexte thérapeutique "alternatif".

Colette a abondé dans ce sens au cours du post-entretien, en affirmant qu'elle n'avait pas reconnu l'acupunctrice qu'elle voyait d'habitude. Elle lui avait trouvé une froideur qui n'était pas sans rappeler, selon elle, l'attitude des médecins. L'explication que m'a donné Colette sur le comportement d'Ariane correspond à une redéfinition de la situation: ce qui a changé par rapport aux autres consultations, c'est qu'il y a eu une présence étrangère, celle d'un chercheur de l'université. Pour elle, il doit donc y avoir un lien logique entre le changement d'attitude de son acupunctrice et la présence du chercheur.

Si j'accrédite la thèse de Colette au sujet de ma présence, je dois reconnaître que la précaution que j'ai prise, à savoir assister à une première séance sans enregistrement ni entretiens, aura été inutile. Mais je ne suis pas certain que ma présence ait joué un rôle aussi important: ce n'était pas la première, mais la deuxième fois que j'assistais à une consultation

avec Ariane et Colette, et la première consultation s'était déroulée sans les tensions de la seconde (enregistrée, je le rappelle). Dans ce cas, le changement d'attitude d'Ariane serait à rechercher dans le désaccord entre elle et sa patiente à propos de l'attribution causale du mal, ce que j'ai montré plus haut. C'est pourquoi je fais également l'hypothèse que l'explication que m'a donnée Colette vise à diminuer la dissonance entre le sentiment d'estime qu'elle a pour Ariane⁴⁸, et le fait que l'acupunctrice se soit imposée de manière aussi forte dans le dialogue. Ce qui correspond, dans l'approche goffmanienne, à un acte réparatoire de la face d'Ariane.

Ariane, elle, impute les problèmes de Colette à sa personnalité. Colette aurait un problème psychologique d'adaptation sociale: elle ne sait pas dire non, par conséquent elle en fait trop et tombe malade. Ariane le dit: le travail au jardin, "ce n'était pas forcément excessif". En d'autres mots, ce n'est pas la vraie raison de son mal. L'attribution causale correspond à ce que Laplantine (1986) appelle l'imputation endogène de la maladie. L'interprétation de l'acupunctrice s'oppose à l'imputation exogène faite par Colette (le travail au jardin).

Ariane définit la consultation comme une situation de routine. La discussion n'était pas profonde. Elle dit aussi qu'elles n'ont fait que "friser" le problème psychologique de sa patiente lors de la consultation. Pourquoi ce problème n'a pas été explicité, Ariane ne le dit pas. Deux raisons sont envisageables: la première se résumerait à la protection de la face de Colette par l'acupunctrice au cours de l'interrogatoire, à cause de ma présence. Cela tendrait à confirmer le tabou qui entoure la sphère psychique dans notre société, en dépit du fait que nous nous trouvons ici dans un cadre thérapeutique où il y a théoriquement une reconnaissance égale du corps et de l'esprit. La seconde raison serait une stratégie qu'Ariane adopte au cours du post-entretien pour éviter de me parler du désaccord qui a eu lieu entre elle et sa patiente. La question reste ouverte.

c. Les sens du vent (Extrait 3)

L'échange a lieu entre Aude et Carmen. La discussion est d'abord informelle, l'interrogatoire proprement dit n'a pas encore commencé. Carmen annonce une crise récente de mal de tête, affection dont elle souffre depuis plusieurs années.

C - oui c'est hier j'ai cru qu'il y avait beaucoup de vent à Fomet puis aujourd'hui il y en avait ici + puis j'ai attrapé ici + { C désigne sa tête } mais vraiment la moitié hein ça m'a fait mal!

A - toujours à gauche hein?

C - oui mais alors c'est moins moins longtemps + avant j'en avais pour trois jours tandis qu'à cette fois c'est après-midi ça va déjà

(...)

L'interrogatoire a commencé, l'acupunctrice a d'abord cherché à connaître les conditions d'apparition du mal. Elle poursuit en reprenant la cause du mal que Carmen lui a désignée à son arrivée, puis introduit une autre version de son origine:

A - ouais + ouais + et vous attribuez ça au vent?

C - oui y m'semble + parce qu'il y avait quand même vraiment senti l'vent hier

⁴⁸Colette me l'a dit en entretien.

A - ouais

C - par exemple s'il y a un chang'ment assez fort ou bien s'il y a du foehn ou bien s'il- alors j'ai t'jours un peu mal quand même [X (chuchotement)]

A - [mh ouais ouais] puis c'est vrai qu'ça a beaucoup tourné hein

C - ouais

A - ouais + vous avez parlé il y a quelques temps qu'vous avez mal au sommet d'la tête, + ça ça va mieux'

C - ça ça va mieux alors

A - ouais ++ est-ce que vous avez l'impression, X c'était eu:h lundi + que vous avez- bon vous v'nez de dire que vous avez pas eu mal à peu près pendant une semaine hein'

C - mh

A - mais que vous êtes plutôt prise quand vous avez beaucoup d'travail' quand vous êtes stressée' + ou qua::nd justement le week-end qu'vous- que vous X à faire + vous êtes plus ou moins bien suivant les activités

C - ça dépend + des fois c'est vraiment en cours d'semaine puis des fois seul'ment l'week-e::nd

A - donc ça n'a: pas [d'X]

C - [chez moi ça XX-] par exemple XXX un peu pour les vacances

A - plus' que: [[XX]]

C - [[XX]] très très fort + ça m'est arrivé pendant les vacances très fort

A - donc c'est indépenda:nt [de: de l'activité] que vous avez

C - [c'est vraiment indépenda:nt]

A - X

C - bon là mon frère est v'nu avec ses quatre gamins j'pense qu'ça fait quand même pas mal de: de travail le dimanche [disons' mai::s]

A - [ouais + ouais ouais] + ils sont jeunes' ces gamins'

C - la plus grande elle a quinze ans' mais le plus p'tit il a deux ans'

A - ah ouais alors [ça amène beaucoup de: (ʔ)]

C - [XXXX (ʔ)]

A - ouais ouais

C - puis il a fallu tout préparer alors j'ai quand même j'- j'ai fait ça tout l'week-end j'me suis quand même énervée c'est vrai

A - ouais ouais + mais ça aussi c'est du vent hein' (ʔ) { A fait allusion à un des cinq éléments de la médecine chinoise } + ouais (6 sec.)

C - puis bon c'est vrai qu'souvent- maint'nant ça: ça allait cette fois ils étaient plus calmes mais des fois ils cri:ent c'est trè::s

A - ouais c'est quand même tout un changement hein' quand ils viennent +

Analyse

Cet échange est semblable au précédent, dans la mesure où la patiente formule une hypothèse sur la cause de la sensation douloureuse et l'acupunctrice ne la partage pas.

Toutefois, la résolution du désaccord se passe de manière différente. Au lieu de contrôler les thèmes de l'échange comme le fait Ariane, Aude reprend très tôt, sous la forme d'une question ouverte, l'hypothèse de sa patiente, le vent. Elle ne la nie pas: "c'est vrai qu'ça a beaucoup tourné hein". Puis, elle change de thème de discours. Elle fait allusion à une sensation douloureuse passée, au sommet de la tête. Simple répit, car elle ne tarde pas à introduire sa propre hypothèse, le stress, sous la forme d'une question. Elle le fait de manière indirecte, en imputant le stress à un facteur extérieur, le travail. Carmen nie, le mal de tête peut survenir n'importe quand. Aude reformule: "donc c'est indépendant de l'activité que vous avez". Carmen reconfirme, "c'est vraiment indépendant". C'est alors que Carmen introduit un facteur externe: elle a reçu son frère avec quatre "gamins", cela a donné du travail, et elle s'est "énervée".

Le registre étiologique a changé. Il y a eu glissement d'une imputation exogène du mal vers une imputation endogène, amenée par le questionnement d'Aude. Aude a réussi à baisser progressivement les résistances de sa patiente jusqu'à lui faire dire par elle-même que l'énervement était à l'origine de son mal de tête; et par là, à lui faire reconnaître ("c'est vrai") que ce ne sont pas directement les circonstances extérieures qui sont la cause du mal, mais plutôt son attitude face à de telles circonstances.

Aude fait également une analogie qu'elle emprunte à la médecine chinoise: l'énervement aussi, "c'est du vent". Cela signifie, du point de vue de la médecine chinoise, qu'il n'y a pas de différence de nature, mais seulement de forme, entre le phénomène interne qu'est l'énervement, et le phénomène externe qu'est le vent. Tous les deux sont rattachés au même élément archétypiel *vent*⁴⁹.

Le point de vue des acteurs

Carmen:

- (...) Par exemple chez monsieur G. ou chez madame J.[Aude], on sent qu'il y a quelque chose de rassurant, il y a peut-être un intérêt, je dirais encore, de la personne, ou une chose comme ça. Puis je crois que ça nous fait aussi du bien à ce niveau-là.

- *Madame J. ou monsieur G. s'intéressent à vous, c'est le sentiment que vous avez ?*

- Oui, je crois, oui. Disons peut-être plus aux choses, je dirais, de la vie courante, vous voyez ? Un docteur vous dira il y a ça, il y a ça, puis ce sera très schématique, tandis qu'avec eux on peut dire bon bin j'ai eu mal à la tête parce que.. il y a eu du vent, parce que.. puis ça ne paraît pas aussi absurde, disons. Tandis que des fois on a peur de dire des bêtises, devant un docteur, peut-être plus. Puis on se dit il n'a pas le temps, alors on hésite à discuter trop longtemps, parce qu'il y a trois personnes dans la salle d'attente, parce que.. donc il y a une détente qu'il n'y a peut-être pas chez le médecin, je dirais.

- *Mhh. Pourquoi ça passerait comme quelque chose de bizarre auprès du médecin, ce que vous disiez, ça peut être le vent ?*

- Bon moi j'ai eu l'impression, mais pas avec mon dernier médecin, mais avec le premier médecin que j'avais eu quand j'avais les migraines, d'ailleurs il me disait vous êtes une femme, vous êtes stressée, c'est

⁴⁹C'est effectivement ce qui est dit dans les manuels de médecine chinoise.

normal que vous ayez mal à la tête. Et puis quand je lui racontais quelque chose j'avais l'impression qu'il me prenait pour une cinglée, il n'y a pas d'autre mot. Donc j'avais peur d'aller chez lui, je pleurais avant d'aller chez lui des fois ! (r) parce que c'était l'horreur!

Aude:

- (...) Tandis que depuis que j'ai fait l'acupuncture, là effectivement il y a tellement de choses dans la relation.. dans le mouvement déjà de l'acupuncture, le Yin et le Yang, puis je veux dire que c'est une telle unité, que si quelqu'un vient puis il m'explique qu'il a mal ici, je vais forcément lui demander ce qu'il a fait ces derniers temps. Donc éventuellement il a pélé la neige, par exemple. Mais s'il n'a rien fait de spécial, je vais lui poser la question, et avant je ne savais pas de quel droit je le faisais. Tandis que maintenant ah tiens, c'est le méridien de la vésicule biliaire, est-ce que ce patient, comme dans notre langage, ne se fait pas un peu trop de bile ? Alors je vais lui demander s'il a eu des contrariétés. Alors là, il dit ouais, mais vous ne pensez quand même pas que c'est psychique ? Certains patients me sortent cette phrase, puis je dis non, surtout pas, mais il y a une relation bien précise; il se peut que, et je leur explique, je dis il y a un méridien qui passe par là, et dans notre langage on dit des fois se faire de la bile, parce que c'est le méridien de la vésicule biliaire. Alors là ils se disent ah tiens, si je dis que je me suis fâché, comme je pense à un cas très précis, avec ma petite fille qui n'est pas venue à mes cinquante ans de mariage, mais qui est venue juste au dessert, en disant grand-papa ça ne m'intéresse pas, alors le type il était extrêmement frustré. Alors il a osé m'en parler, parce qu'il s'est dit tout d'un coup si je lui dis ça elle ne va pas dire que je suis à côté de mes plaques. Il se sentait en confiance de me dire un truc parce que je lui tends une perche, et en même temps je lui dis si vous me le dites, ce n'est pas forcément 100% interprété comme psychique, parce que ce point à la hanche, ça correspond.. Et pour le patient, ça lui ouvre aussi une possibilité d'aider à sa guérison, de parler, de..

- Mhh. Ça veut dire que les Chinois et la médecine chinoise comprennent la relation entre le patient et le thérapeute par ce chemin-là chaque fois, ou est-ce qu'ils voient encore d'une autre façon ?

- Je ne sais pas comment vous entendez.. Quand on fait une anamnèse chinoise, alors il se passe souvent des questions est-ce que vous.. bon ce n'est pas les termes comme ici, mais ils disent par exemple est-ce que vous êtes un peu colérique ? Et le patient y vient de lui-même ! En disant ouais, je suis un peu colérique, vous voyez. Parce que c'est des termes qu'ils connaissent, c'est des relations qu'ils connaissent. Alors ça, c'est une question qui est presque tout autant fréquente que de demander est-ce que vous vous levez la nuit pour aller uriner ? Il y a dans l'anamnèse une question, est-ce que vous êtes un peu colérique ? Alors c'est une question normale, des gens qui viennent vous dire, comme ils disent je suis sensible au vent, au foehn ici, tout aussi normalement qu'ils disent (ici) j'ai mal à la tête parce qu'il y a le foehn, ils vous disent moi je ne sais pas ce que j'ai, mais je suis bien colérique ces temps ! Alors ça ici, ce n'est pas l'habitude. Alors on pose un peu autrement la question, mais on revient à la même chose. Et les gens, quand ils peuvent le dire, même ici, ils disent comme.. ouf, je peux le dire ! Et ça c'est assez étonnant, ouais.

Commentaire

Il me semble important de savoir ce que signifie la référence à l'élément *vent* dans le contexte de l'interaction. Aude a fait avec Carmen ce qu'avait fait Ariane avec Colette, elle lui a restitué son hypothèse initiale sur l'origine du mal, le *vent*, en la validant. Dans l'optique goffmanienne, cette stratégie pourrait servir à préserver la face de la patiente, après l'avoir mise en danger. En effet, si je me réfère aux représentations des affections psychologiques dans notre société (irrémediabilité, marginalisation), c'est un risque que court Aude de faire dire à sa patiente qu'il y a une composante psychologique dans son trouble. La chose est d'autant plus délicate que sa patiente souffre de mal de tête, affection atypique, fréquemment désignée, par le corps médical, par les termes de *maladie fonctionnelle* ou de *maladie psychosomatique* (causalité du haut vers le bas, de la psyché vers le soma). Du point de vue biomédical, c'est une maladie qui n'existe pas.

D'un autre côté, Aude dit en entretien que la difficulté à laquelle elle est confrontée, c'est de faire passer dans les représentations du patient l'idée que toute maladie a des composantes à la fois somatiques et psychiques. L'enjeu relationnel consiste à introduire cette idée sans provoquer des résistances. Pour arriver à ses fins, Aude sait qu'elle ne peut pas être directe,

comme c'est le cas en Chine. Elle y arrive de biais. En entretien, elle n'explicite pas sa manière de procéder. Mais la consultation révèle une manière d'y parvenir.

Aude fait aussi allusion, en entretien, à la légitimité institutionnelle de sa démarche. Avant qu'elle ne se forme à la médecine chinoise, elle ne se sentait pas en droit, comme physiothérapeute, de parler avec ses patients d'aspects liés à la sphère psychologique. Depuis elle le fait, parce que le modèle médical chinois intègre les aspects psychologiques et somatiques. Autrement dit, c'est le modèle thérapeutique de référence qui lui confère la légitimité des champs d'investigation et de travail.

Carmen ne parle pas, dans l'entretien, des facteurs psychologiques soulevés dans la consultation. Au contraire, elle se dit heureuse d'avoir une thérapeute qui tienne compte de son hypothèse sur l'exogénéité du mal - le vent. On ne sait pas, donc, ce qu'elle garde de l'idée de l'endogénéité de sa maladie.

Les explications d'Aude ne sont pas très éloignées du modèle psychosomatique. La causalité linéaire psyché-soma reste présente, même si son modèle explicatif relie les deux aspects. Ceci contraste avec ce qu'elle déclare en consultation sur l'identité de nature entre le phénomène interne qu'est l'énervement et le phénomène externe qu'est le vent.

Dans ce sens, les propos ultérieurs de Carmen, à la fin de la prise des pouls, montrent qu'elle n'est pas totalement rassurée par la définition du mal que lui a donnée Aude:

A - (...) {fin de la prise du pouls} bon + savez' + j'pense qu'on va arriver justement à pas seulement soigner le mal de tête mais un p'tit peu l'origine du mal de tête ++ parce que jusqu'à maint'nant c'qu'on a fait- tirez-voir la langue ++ ouais

C - X quand j'ai mal à la tête j'pense qu'ça s'voit hein + non'

A - ouais

C - parce que moi j'ai l'impression qu'j'ai l'estomac tout aigre

Dans ce contexte, on peut penser que Carmen n'insisterait pas auprès d'Adèle pour localiser physiquement le mal, si elle ne soupçonnait pas l'acupunctrice de croire que le mal est uniquement "psychologique".

d. La langue des sensations (Extrait 4)

L'échange suivant a lieu entre Arnaud et Conrad. Je le résume, étant donnée sa longueur.

Il commence par une question ouverte du médecin, "comment est-ce qu'vous allez". Le client annonce son symptôme. Arnaud poursuit son questionnement avec des questions fermées: manifestations du symptôme, récurrence, autres examens médicaux. Il cherche à comprendre quels sont les facteurs déclenchants du symptôme. Puis il annonce un changement de thème: "mais à part ça euh". Il se met alors à rire, et explique au patient que son rire vient de l'incongruité de sa question. Arnaud prend les pouls, demande à son patient s'il a une explication à propos de son mal. Négatif. Arnaud finit par lui demander de décrire ses sensations.

A - comment est-ce qu'vous alle:z

C - bin euh pas trop bien parce que j'ai très mal au ventre depuis + depuis deux jours j'ai- j'fais un blocage j'ai une hyperirritation du côlon mais ça c'- + c'est chronique j'vous l'ai déjà dit

A - vous avez [d'jà dit ça]

C - [mai:s] j'ai très très mal alors puis ce: ça commence un p'tit peu d'se décontracter mais + mais j'ai:: ouais ça a commencé quand c'tait mardi soir j'crois

A - mais y a- y a- y a une euh vous- vous avez pu aller à selle ou bien c'est-

C - -non just'ment j'suis bloqué'

A - [complèt'ment bloqué']

C - [euh ouais] + ouais + [[je s-]] j'sens qu'ça r'commence un tout p'tit peu mieux + ouais + puis alors c'est très douloureux + j'ai r- quasiment rien mangé hier euh

A - [[ouais]] c'est ça

C - il m'semble qu'ça: qu'c'est en train d'se XXXX

A - mhh + vous avez d'jà eu ça'

C - oui ça m'arrive + pas souvent mais d'temps en temps ouais ouais

A - vous avez eu ça récemment'

C - non

A - vous avez d'jà eu ça avant d'avoir c'[problème d'paralysie']

C - [ouais ouais + ouais ouai:ais] c'est une vieille histoire

A - une vieille histoire' [[ça + XX]]

C - [[j'ai le- un côlo:n=]]

A - =côlon irrité'

C - ouais ouais + chroniquement + ouais=

A - =ouais c'est ça

C - ouai:ais

A - mais c'est pa:is ça a pas par exemple un caractère euh inhabituel + [pour vous + ça]

C - [non + non]

A - plus fort ou: [[particulièrement bizarre ou:-]]

C - [[du reste j'ai fait un contrôle il y a-]] il y a pas très longtemps j'avais fait un contrôle euh coloscopique [tout ça:] mais il y a pas d'problème=

A - [ouais] =il y a rien=

C - =non

A - à la [coloscopie] on voit rien ou bien=

C - [non il y a] =on voit une irritation euh [[permanente]]

A - [[ouais]] ouais=

C - =mais il y a pas d'tumeur ou des trucs comme ça

A - d'accord ++ mais à part ça euh

C - sinon ça va bien oui' + oui' il m'semble qu'j'ai moins d'crises + de: de crampes

A - ouais + ça va XX [j'rigole] c'est parce que j'dis à part ça voyez [[les gens]] arrivent presque mourants

C - [oui] [[ah oui]] (X)

A - alors à part ça (X)

C - "très inaudible" (X)

A - (X)

C - non j'suis pas mourant quand même il faut pas exagérer

A - { A prend le pouls à D et à G) (47 sec.) mais vous pourriez voir par rapport à ces épisodes euh d'obstruction

C - mhh'

A - vous pouvez voir de:s des circonstances déclenchantes'

C - non justement j'ai jamais trouvé: s'il y avait un alime:nt ou quelque chose qui m'écoeurerait j'crois pas + 'fin j'ai jamais trouvé

A - { A continue de prendre le pouls } (57 sec.) puis ça vous fait des douleurs qui sont comment

C - eu::hff + mon Dieu +++ oh' c'e:st + comme si j'avais un caillou pointu dans- dans l'ventre quoi euh j'sais pas

A - mhh { A continue de prendre le pouls } (10 sec.) bon + ouais + Xez juste:: qu'j'puisse mettre une aiguille sur l'ventre

Analyse

Conrad fait un prédiagnostic sur son mal: une "hyperirritation du côlon". C'est une expression technique, qu'il a apprise dans la trajectoire de sa maladie, vraisemblablement lors d'examens antérieurs où il a subi une coloscopie⁵⁰. Arnaud ne fait pas tout de suite de commentaire sur le prédiagnostic de son patient. Il cherche à en savoir davantage, et pour ce faire, lui pose une série de questions fermées qui pourraient le conduire à saisir les facteurs du mal. Apparemment il n'aboutit pas, et demande à Conrad s'il voit lui-même des facteurs déclenchants (question ouverte) - sans résultat. Arnaud finit par demander à son patient de lui décrire le caractère de sa douleur. Conrad lui donne la réponse du "caillou pointu". L'interrogatoire se termine alors, en même temps que la prise des pouls - le traitement peut commencer. En fait, le commentaire d'Arnaud sur cette sensation viendra ultérieurement, après recherche dans des documents médicaux, lorsque Conrad sera dans la phase de repos du traitement:

A - { A consulte des documents, se lève et sort de la pièce, revient env. 4 min. plus tard} (4'26") ça va'

C - ouai:ais

A - vous avez mal en c'moment'

C - non rien { A stimule les points qu'il a piqués, puis retourne à la table } (2'05")

⁵⁰Le dictionnaire médical Garnier/Delamare (1978) donne de ce mot la définition suivante : "Méthode d'exploration visuelle du côlon au moyen du colofibroscope introduit par voie rectale".

A - mais c'est pas du tout l'même type d'douleur euh- qu'vous avez c'est pas une douleur crampoïde'

C - [non pas du tout + no-non] +

A - [XX ces douleurs] c'est pas ça hein' =

C - =no-non + absolument pas =

A - =quelque chose d'tout à fait différent

C - ouais + ouais (7 sec.)

A - c'est intéressant parce qu'les caractères douloureux + par exemple l'aspect crampoïde qui est- qui a- qui- qui:- que vous ressentez dans- dans les membres dans l'abdomen aussi

C - ouais'

A - depuis cette paralysi:e + on voit que ça a une relation du point d'vue du caractère de la douleur avec le foie

C - a:h' ouais'

A - alors que les- le:s- c'est intéressant vous m'dites là- caractère d'la douleur c'est comme un caillou pointu

C - ouais'

A - 'ai:s + alors eu:h + ça c'est typiquement une douleur qui est liée dans son caractère à l'intestin + du [point d'vue] fonctionnel

C - [ouai:s] ouais

A - l'intestin pour les Chinois c'est l'élément métal

C - hein'

A - comme le poumon' + et- et l'mét- c'est- c'est les pierres en fait + [c'est-] c'est l'minerai et tout ça + alors c'est intéressant vous vous disiez *caillou pointu*

C - [ouais] ah ouais'

A - vous voyez'

C - ouais + ouais

A - alors que les- les- les mouv'ments d'contraction + crampoïdes c'est typiquement lié au foie + [mais c'est d'une autre nature]

C - [voilà + aha'] ouai:ais + ouais ouais + ouais alors c'est tout clair'

Le commentaire d'Arnaud est intéressant, parce qu'il montre que ce n'est pas le prédiagnostic que lui a fait Conrad, dans la voix de la médecine, qui lui a donné les indications pour définir la nature du mal, mais la sensation du "caillou pointu", expression appartenant au registre de la voix quotidienne, selon nos catégories. Cette sensation est le fruit de la 'stratégie' d'Arnaud, qui a consisté à faire passer le discours du patient dans un registre interprétable à partir de son modèle de travail.

Le point de vue des acteurs

Conrad:

- (...) *Est-ce qu'il y a quelque chose de plus important ou d'essentiel qui vous a marqué durant cette discussion ?*

- Non.. bon il y a eu le fait amusant que j'ai eu une image pour lui décrire la douleur que je ressentais, qui jouait avec la conception chinoise de.. le ventre et enfin comme il l'a dit, le ventre et le coeur, c'est la pierre, c'est le métal, etc., puis je lui ai justement parlé d'un caillou pointu, enfin c'était.. bon c'était un peu poétique, mais c'était amusant parce que ça entraînait dans le système. Mais bon pourquoi est-ce que les Chinois assimilent l'intestin, le ventre à la pierre et.. que le foie est en relation lui avec je ne sais plus quoi, X, ça je n'en sais rien, c'est comme ça je pense, il faut l'admettre comme ça.

- *Qu'est-ce que vous pensez de ces explications qu'ils vous a données ? Vous avez dit c'est un peu poétique.*

- Oui, ça me paraît un peu poétique, ça me paraît un peu poétique. Mais pourquoi pas. Qu'est-ce qu'on sait de la nature, finalement, peu de choses.

Manifestement, Conrad ne connaît pas vraiment les prémisses du modèle médical chinois. Il le reconnaît lui-même:

- (...) je suis novice, ça m'intéresse.. je ne peux pas du tout dire que je suis déçu, absolument pas. Bon ce n'est pas miraculeux non plus, mais il semble qu'il y a des choses intéressantes. Et je crois cette médecine chinoise tellement ancienne, l'acupuncture, ce n'est certainement pas rien, ce n'est pas de la rigolade. C'est trop sérieux et trop ancré dans une culture pour que ce soit une chose superficielle ou une mode, disons. Donc je pense que ça vaut la peine d'essayer, c'est ça.

- *Vous aviez déjà lu un petit peu à propos de l'acupuncture avant ?*

- Non, rien du tout. Je ne suis pas du tout un fanatique de ça, pas du tout.

- *Ouais vous me dites que vous savez que c'est une science ancienne, alors justement..*

- Ça oui d'accord, mais je n'ai jamais approfondi le problème.

On pourrait croire que Conrad a compris que l'image du caillou pointu peut entrer dans ce modèle médical. Mais la démarche reste inhabituelle pour lui, ce que désignent les mots *poétique* et *amusant*, par comparaison implicite au modèle biomédical. Et il ignore les prémisses qui permettent cette interprétation.

Pour Arnaud, les explications qu'il fait servent d'abord le patient:

- (...) en tout cas c'est important que les gens sachent de quoi il s'agit, et comment la situation est comprise, et qu'ils puissent percevoir, qu'ils puissent le comprendre eux-mêmes quoi, dans la mesure du possible.

- *Pourquoi est-ce qu'ils devraient le comprendre, justement, dans ce cas-là ?*

- Mais parce que je pense qu'en tout cas une grande aide pour guérir c'est de sentir en soi-même à quoi les choses se relient. Donc d'avoir une vision des choses. Alors la médecine chinoise a justement la particularité de pouvoir amener une vision et une compréhension d'un état donné. Et en ça elle peut même avoir une vertu.. Si on explique qu'on voit la situation pour soi-même, on la comprend mieux. Il y a même des gens qui se sentent mieux après simplement une explication. Première consultation, on explique, tout à coup je peux voir à quoi sont reliés mes troubles, pourquoi ça c'est là, ça c'est là et tout ça. Et puis ils viennent la fois suivante, mais c'est magn.. je me sens déjà mieux. Vous m'avez expliqué et je me sens déjà mieux. Parce que je comprends, je comprends la.. Alors c'est certainement quelque chose qui participe au traitement ça. Ça ne fait pas tout, je

pense, mais en tout cas ça participe certainement quoi. Et d'une fois à l'autre je ne l'explique pas. Bien sûr on pourrait expliquer, mais en même temps..

- *Aujourd'hui il n'y avait rien de cet ordre ou bien ?*

- Comment ça ?

- *Au niveau de l'explication, qui aurait pu fournir un élément, une vision justement, à votre patient ?*

- Ouais il y avait des choses qui s'y reliaient, mais qui étaient un petit peu des parenthèses par rapport à des choses que je lui avais expliquées. Enfin vous avez enregistré, je lui ai expliqué les différents types de douleurs en relation avec les différents organes et tout ça. Et chez lui il y a deux faiblesses, X le foie et l'intestin. Et qu'il y a en fait par moments des douleurs d'un certain type, par moment des douleurs d'un autre type, et je lui ai réexpliqué ça. Ce qui appuyait l'éclairage que je lui avais donné la première fois, si on veut.

Si les explications d'Arnaud servent le patient, elles font également partie de la représentation qu'il a de son rôle:

- (...) Il y a un moment donné où on sent que vraiment on est sur la même longueur d'onde, et ce que je peux percevoir par rapport à quelqu'un correspond à ce qu'il ressent et il y a une espèce de partage où on cherche ensemble à comprendre quelque chose plutôt. C'est ce sentiment-là quoi. Et qu'il y a quelque chose qui se fait ensemble. Je viens pour tel problème, on regarde le pouls, on comprend le problème et tout ça, et puis on essaie de comprendre ensemble à quoi ça se relie tout ça. Alors je donne des directions, moi je perçois ça, de telle manière, ça correspondrait à telle et telle chose, comment est-ce que vous voyez les choses, et quelque chose peut se construire ensemble. Il y a un intérêt ensemble pour l'état de la personne qui vient me consulter. Elle elle est intéressée, moi aussi je suis intéressé, et j'amène mon éclairage, et on essaie de comprendre ensemble. Et à un moment donné ça devient vraiment éclairant. La personne.. il y a quelque chose, ça amène quelque chose, une vision de sa propre situation. Vous voyez ? Alors s'il y a un processus vivant de ce type-là qui peut se faire, souvent les gens reviennent parce qu'ils ont été intéressés par quelque chose, interpellés. Mais j'ai envie qu'ils soient actifs, il y a quelque chose qui est nécessaire par rapport à une activité de soi-même quoi. Passivité complète, on va consulter le médecin comme on va avec sa paire de souliers troués chez le cordonnier, en disant débrouillez-vous avec ça, moi je ne m'en occupe pas, mais débarrassez-moi de ça parce que ça m'emmerde, c'est une situation en général où ça se passe très mal. Parce que je ne veux pas répondre à ça. Et puis si les gens ne sont pas prêts à faire autre chose, alors ils ne viennent pas, par la suite. Ou bien ils viennent mais ils sont déçus, ou bien j'essaie de m'en débarrasser d'une manière ou d'une autre, parce que je sens que ça ne correspond pas, voyez ce que je veux dire ? Moi je ne suis pas tendre avec ça. Ou bien il y a une correspondance par rapport à une curiosité, une recherche, par rapport à une connaissance de soi, parce que les choses ne viennent jamais par hasard, je n'en suis pas responsable étroitement, il y a peut-être mon hérédité, il y a... mais en fait ou bien je suis interpellé par mon état, et puis à ce moment-là, si quelqu'un d'autre est interpellé par mon état, on partage une question, et puis il y a une communication qui s'établit, mais si on ne partage pas de questions, alors il n'y a pas de communication. Et moi ça m'intéresse beaucoup moins, vous voyez ce que je veux dire, vous comprenez ?

Conrad partage avec Arnaud la conception de son rôle:

- (...) Il y a quelque chose de plus.. pas de plus intime, mais c'est plus un accompagnateur disons, si je peux dire. C'est ça, peut-être.

Mais Arnaud sait aussi quelles sont les limites de la participation de Conrad à la définition du mal:

- (...) Bon ce n'est peut-être pas quelqu'un chez qui le questionnement par rapport à ça est allé très loin. Mais peut-être que maintenant il est dans une période où vraiment une question se pose, parce qu'il est dans un état de santé assez grave, il a eu un pépin grave, qui fait qu'une question se pose d'une manière forte. Et qui fait qu'il est ouvert à ça, j'ai l'impression. Mais ce n'est pas quelqu'un qui fait une démarche très X par rapport à ça. Il ne comprend pas très bien tout ça. Et moi non plus, je ne prétends pas X explication, mais enfin pour moi, par rapport au terrain la situation était claire, et on a pu la voir ensemble, et il faut peut-être accepter de soigner des gens non plus sans qu'ils soient X. Mais alors manifestement une question se pose pour lui, sinon il ne serait pas non plus venu voir un acupuncteur je pense. Il faut qu'il y ait différentes motivations. Et lui je n'ai pas l'impression que c'est une motivation uniquement d'efficacité par rapport à.. J'ai plutôt l'impression,

comme je me souviens et tout ça qu'il y avait quand même un désir de comprendre quelque chose quoi. De comprendre, d'avoir une action pour l'avenir etc, préventive, de rétablir un état de santé et tout ça. Donc j'ai l'impression qu'il y a une question, dans ce sens-là on est sur la même longueur d'onde. Même si elle est partielle, vous voyez ce que je veux dire ? Ce n'est peut-être pas la personne avec qui, par rapport à ça, on a le contact le plus fort. Mais c'est quelqu'un qui manifestement se pose une question que je partage quoi.

Commentaire

Le prédiagnostic de Conrad, "hyperirritation du côlon" est peut-être précis du point de vue biomédical, c'est un phénomène visible avec un fibroscope, mais ne renseigne pas Arnaud sur la perception subjective du mal par Conrad, ni sur ses sensations. C'est pourquoi Arnaud en vient à demander à son patient de lui décrire sa douleur. La métaphore du "caillou pointu" est signifiante pour Arnaud. En effet, les modèles médicaux dont il dispose - la médecine chinoise et l'homéopathie - intègrent ce type de métaphore. En médecine chinoise, la pierre est à mettre en relation, parmi les cinq éléments fondamentaux, avec le métal. Les homéopathes, de leur côté, ont recensé un grand nombre de descriptions de sensations récurrentes faites par leurs patients. Les sensations crampoïdes et la métaphore du caillou, ou de la pierre, en font partie, notamment celle de "pierre anguleuse" dans l'abdomen. Toutefois, c'est par déduction que je fais allusion à l'homéopathie, car Arnaud n'y fait pas directement référence⁵¹.

Les propos d'Arnaud dans l'entretien montrent que les explications qu'il a données à Conrad servent un but, celui de définir avec lui la nature de son mal. C'est ainsi qu'il conçoit sa pratique. Conrad partage avec lui la démarche, même si, du point de vue de l'acupuncteur, le questionnement de son patient est encore partiel, peu avancé.

La démarche d'Arnaud est à proprement parler une construction de la signification de la maladie avec Conrad. Mais en vertu de quoi a-t-il adopté cette démarche ? L'hypothèse la plus immédiate m'a été suggérée par Arnaud lui-même. La conception qu'il a de sa pratique et de son rôle s'insère étroitement dans la représentation qu'il se fait de la médecine. Pour lui, la médecine conventionnelle se réduit à la réparation de corps malades. C'est une approche qui consiste essentiellement à supprimer les symptômes de la maladie, et non pas à la prévenir. Logiquement, le médecin ne peut jouer que le rôle du réparateur. Et le patient est celui qui vient se faire réparer. Arnaud refuse ce jeu-là. Le problème ne se poserait pas avec la médecine chinoise, préventive par essence. Dans ce cadre, l'enjeu n'est plus la suppression de la maladie, mais la préservation de la santé.

En médecine chinoise, les individus peuvent aussi effectuer des visites chez le médecin, à titre préventif, quelques fois par année, pour prendre les pouls. Ceci leur permet, théoriquement, de juguler toute maladie potentielle en amont, avant la manifestation des symptômes. Dans cette idée, le médecin chinois n'est pas celui qui supprime le mal chez son patient, mais celui qui l'aide à se maintenir en santé ("promouvoir un état d'équilibre", selon les termes d'Arnaud); ou, si la maladie est déclarée, à retrouver la santé. C'est bien dans ce sens que parle Conrad, lorsqu'il dit d'Arnaud qu'il est un "accompagnateur". Cette représentation de la santé cherche à induire chez les individus une attention accrue à l'égard d'eux-mêmes, un sentiment de responsabilité, selon les termes d'Arnaud.

⁵¹ Voir Roberts (1990), ainsi que le répertoire homéopathique de Kent, qu'Arnaud utilise dans sa pratique.

Selon Arnaud, il y a des patients qui viennent chez lui pour recevoir des soins, sans désirer s'impliquer eux-mêmes dans le processus. C'est une difficulté pour lui, car il doit généralement redéfinir avec eux la situation de la consultation telle qu'il la conçoit. Il n'y parvient pas toujours, soit que les attentes des patients soient incompatibles avec ses vues (on lui demande de réparer, au lieu de collaborer), soit qu'il doive adapter ses vues à la complexité des cas.⁵²

Toutefois, je dois préciser que si le patient peut avoir compris l'importance de sa collaboration au processus thérapeutique, cela n'implique pas pour autant qu'il se soit approprié le modèle médical du thérapeute. Lorsque Conrad dit d'Arnaud qu'il est un accompagnateur, il satisfait une exigence qui est de l'ordre du relationnel. Mais lorsqu'il qualifie de poétique l'interprétation de la métaphore du caillou pointu par Arnaud, il indique l'existence d'un écart entre ses propres représentations de la santé et de la maladie et le modèle médical de l'acupuncteur. Cela pourrait signifier que l'exigence relationnelle de la collaboration à la définition de la maladie est ici plus importante que les modèles médicaux de référence du patient et du thérapeute. En d'autres mots, la participation active du patient à la compréhension de sa maladie serait plus importante que son adhésion à la médecine chinoise. Par conséquent, il ne serait pas indispensable que le patient sache comment le système médical chinois fonctionne pour que le processus thérapeutique se déroule dans des conditions satisfaisantes.

⁵²Voir annexe 6, p. 150, *Attitudes face à la maladie selon Arnaud*.

2. LES SENSATIONS DANS LE DIAGNOSTIC

Ce chapitre illustre de quelle manière l'acupuncteur s'informe de l'état de santé du patient au moyen de ses propres sensations, lors de la prise des pouls. La prise des pouls ne constitue pas à elle seule le diagnostic. Elle en est toutefois un élément important, dont la centralité varie d'acupuncteur en acupuncteur.

Je fais une analyse de la prise des pouls chez chaque acupuncteur, à laquelle fait suite un commentaire sur les significations que les praticiens accordent à cette technique.

a. Alex

Je n'ai pas vu Alex prendre les pouls à son premier patient. Je n'ai pas d'explications précises à ce sujet, si ce n'est qu'il m'a dit en entretien que le diagnostic était clair, les causes du mal connues et non modifiables. Il s'agissait aussi des dernières séances d'un traitement dont la ligne avait été la même depuis le début. Il a pris les pouls à son deuxième patient, à qui j'ai demandé en entretien de le confirmer, tant cela s'était fait discrètement, les pouls se confondant avec le début du traitement:

- *J'ai vu la dernière fois qu'il vous a pris le pouls, c'est ça ?*
- Bin je pense, ouais. Cette fois aussi.
- *Ce pouls c'est lié à la pratique d'acupuncture, il vous a expliqué ou bien ?*
- Non, ça il ne m'a pas..
- *Il ne vous a rien dit ?*
- Aha. (Confirmation)

L'explication que m'a donnée Alex sur ce silence est éloquente:

- *Est-ce que vous lui avez expliqué des choses par rapport au pouls ?*
- Non, pas du tout.
- *Pas du tout.*
- Les gens ne saisissent pas les phénomènes du pouls, ils posent des questions des fois, mais je répond très vaguement, pourquoi chaque pouls correspond à chaque organe, puis c'est tout.
- *Mais lui est-ce qu'il savait dans ce cas-là, quand vous avez pris le pouls, que c'était un pouls de médecine chinoise et pas un pouls..*
- Non.
- *Il ne s'en doutait même pas, vous pensez ?*
- Non, il ne s'en doutait pas, donc il n'a pas posé la question.
- Ouais.
- Parce que les gens sont assez curieux de ce qui est neuf, donc ils posent les questions.
- Ouais. *Ce ne serait pas intéressant pour eux de savoir, en fait ?*

- Oui et non. Mais il y a une limite de choses que j'explique, et une limite de choses que je n'explique pas, parce que les gens interprètent mal, par mauvaise connaissance, chose qu'ils rapportent de temps en temps au médecin, et puis ça tourne en truc loufoque. Parce qu'ils vont chez le médecin, ils sortent d'ici avec un trouble énergétique d'un organe, puis ils vont chez le médecin en disant qu'ils ont une pathologie de l'organe. Alors les toubibs sautent au plafond. Alors des fois moins ils posent de questions mieux c'est, alors je donne le minimum.

Le silence qu'Alex préfère quelquefois garder pourrait avoir un rapport avec la législation. Légalement, seuls les médecins ont le droit de poser un diagnostic. Les acupuncteurs se défendent de le faire: en prenant les pouls, ils ne font que déterminer l'état énergétique des organes. La chose est cependant peu claire pour le patient, qui se rend chez le médecin en affirmant que son physiothérapeute a diagnostiqué une pathologie. Ceci n'est évidemment pas correct, mais reste que le médecin traitant peut ne pas l'accepter et déposer plainte pénale à l'encontre du physiothérapeute pour exercice illégal de la médecine. On peut donc faire l'hypothèse qu'Alex a choisi de garder le silence sur la réalité des pouls pour se protéger de ce risque.

Cela dit, le maintien de ce silence est possible parce que l'objet "pouls" existe dans une forme analogue aussi bien en médecine occidentale qu'en médecine chinoise. Le patient non averti ne peut distinguer une prise des pouls à la chinoise, d'une autre à l'occidentale. C'est pourquoi il lui accorde la signification appartenant au modèle le plus proche, auquel il a été instruit, le modèle médical occidental; tandis que l'acupuncteur travaille, lui, selon le modèle médical chinois. L'acupuncteur exerce ainsi sur la base d'une ambiguïté similaire à celle dont j'ai parlé à propos de l'aiguille conçue comme médicament: il y a deux logiques autour du même objet. La situation diffère ici, en ce sens que l'ambiguïté sert l'acupuncteur plutôt qu'elle ne le dessert: en voilant la nature de son acte, le praticien évite le risque de se trouver dans une situation gênante sur le plan légal.

Cette situation montre aussi qu'il n'est pas toujours possible, pour un acupuncteur, de se plier aux positions d'ordre éthique adoptées par un auteur comme J. Katz (1984). Selon cet auteur, une bonne relation entre le médecin et le patient dépend de l'aptitude du médecin à parler ouvertement et sincèrement au malade, ou de manière plus générale, de leur capacité de dialoguer. Mais l'acupuncteur, de par son statut professionnel, peut être parfois contraint au silence - c'est une condition permettant à la relation thérapeutique de se poursuivre dans le moyen ou long terme.

b. Aude

Chez Aude, interrogatoire et prise des pouls se chevauchent. Après une première phase d'interrogatoire, la prise des pouls a lieu, mais sans discontinuité dans le discours. Elle s'y 'noie', en quelque sorte:

Extrait 1 (Carmen)

C - [[[oui oui]]] mais déjà aussi du fait que j'prends moins de médicaments [euh] tout ça=

A - [ouais]

C - =j'me sens mieux quand même hein'=

{ prise du pouls à gauche }

A - =parce que quand vous prenez moins- vous prenez quoi en ce moment'

C - moi j'prends t'jours du Spasmo-Cibalgine® composé hein'

A - combien par jour'

C - quand j'ai vraiment les grosses crises ça m'arrive d'en prendre deux trois [hein']

A - [ouais] + puis maint'nant

C - bin là j'ai pris un hier hein

L'échange se poursuit autour du thème du médicament. Aude prend les pouls à l'autre poignet, le discours est toujours aussi fluide:

C - parce que si j'arrivais à un week-end puis qu'j'en ai pas je- j'aurais l'impression qu'[*très inaudible*] ce s'rait un peu angoissant hein oui

A - [un p'tit peu angoissée' + ouais] ça va <l'autre> <votre> côté { prise du pouls à droite }

C - j'dois dire c'est un peu ça qui commençait à m'faire peur

A - mhh'

La prise des pouls se termine sans retour d'information à la patiente. Aude marque toutefois le passage à la séquence suivante en annonçant la couleur du traitement:

A - [[oui oui']] ouai:ais (9 sec.) {fin de la prise du pouls} bon + savez' + j'pense qu'on va arriver justement à pas seulement soigner le mal de tête mais un p'tit peu l'origine du mal de tête ++ parce que jusqu'à maint'nant c'qu'on a fait- tirez-voir la langue ++ ouais

Je n'ai pas interrogé Aude sur sa façon de prendre les pouls. Néanmoins, je constate qu'elle se trouve, en tant que physiothérapeute, dans la même situation légale qu'Alex. Noyer la prise des pouls dans le discours serait, ici, une manière de ne pas avoir à en rendre compte auprès du patient. L'absence de retour d'information à la patiente tend à accréditer cette thèse.

c. Ariane

Chez Ariane, la prise des pouls constitue une séquence clairement distincte de l'interrogatoire et du traitement. L'ouverture et la fin de la séquence sont annoncées, et le patient reçoit un retour d'information sur ce qu'ont révélé les pouls:

Extrait 2 (Colette)

A - (...) +++ ok + alors on va voir si les pouls correspondent + à la description' { A commence par prendre le pouls } (2'56'') { fin de la prise du pouls à G et à D) ouais donc il reste encore un déséquilibre de: des suites de la grippe hein' + sur euh + euh poumon et gros intestin' + et puis ça ça- ça explique un peu les douleurs que vous avez quoi ++ donc c'est pas bien grave'

C - non non (R) sûr'ment pas

A - { A prépare les aiguilles } (35 sec.) (...)

d. Arnaud

Arnaud ne marque pas le passage de l'interrogatoire à la prise des pouls, et ne donne pas de retour d'information à ses patients. Dans les exemples suivants, une fois que le pouls est pris, à un poignet ou aux deux, Arnaud reprend l'interrogatoire où il l'avait laissé:

Extrait 3 (Céline)

A - puis vous avez XX- une telle pêche qu'vous arriviez plus à dormir ou bien'

C - non mais l'soir j'ai l'coup d'pompe + [j'm'endors] sans problème

A - [ouais] ouais ++ mais- mais l'sommeil est pas d'bonne qualité

C - oh quelle horreur non + non + j'ai déjà eu hein' [[ça:]] je connais ce sentiment-là + [[[de: + donc]]]
c'est pas qu'c'est juste main'nant mais [[[c':-]]] c'est brutal parce que j'ai pas eu ça ces derniers temps'

A - [[oui]] [[ouais + ouais]] [[[mh]]] ouais { A prend le pouls à D et à G } (2'35") mais sinon il y a pas d'autres symptômes la journée: ça va' + ou bien il y a- il y a un état euh + une coloration d'état qu'vous sentez dans la journée par exemple

Extrait 4 (Conrad)

A - ouais + ça va XX [j'rigole] c'est parce que j'dis *à part* ça voyez [[les gens]] arrivent presque mourants

C - [oui] [[ah oui]] (ℵ)

A - alors *à part* ça (ℵ)

C - "très inaudible" (ℵ)

A - (ℵ)

C - non j'suis pas mourant quand même il faut pas exagérer

A - { A prend le pouls à D et à G } (47 sec.) mais vous pourriez voir par rapport à ces épisodes euh d'obstruction

C - mhh'

A - vous pouvez voir de:s des circonstances déclenchantes'

C - non justement j'ai jamais trouvé: s'il y avait un alime:nt ou quelque chose qui m'écœurerait j'crois pas + 'fin j'ai jamais trouvé

A - { A continue de prendre le pouls } (57 sec.) puis ça vous fait des douleurs qui sont comment,

Commentaire

En se tenant strictement à la transcription des échanges verbaux, on pourrait assimiler la pratique d'Arnaud à celle d'Alex ou d'Aude: silence sur la nature des pouls⁵³, pas de retour

⁵³Céline m'a dit en entretien qu'Arnaud ne lui avait pas expliqué en quoi consistaient les pouls. Mais elle les connaissait par une lecture.

d'information⁵⁴, pouls 'annexés' par le discours. En réalité, le dispositif diagnostique d'Arnaud est différent du dispositif des autres acupuncteurs, et il n'y a pas d'ambiguïté possible, pour le patient, quant à la signification des pouls.

Arnaud et son patient sont assis à la même table, dans un angle de quatre-vingt dix degrés l'un par rapport à l'autre; le patient présente successivement ses avant-bras, appuyés sur un coussinet, à l'acupuncteur. Celui-ci avance son bras, pose l'index, le majeur et l'annulaire de sa main droite sur les poignets droit puis gauche du patient, et y exerce des pressions qui durent plusieurs minutes, dans le silence, les yeux fermés. Le patient, même s'il ne connaît pas en théorie les pouls chinois, comprend *de facto* qu'il ne s'agit pas d'une prise du pouls ordinaire. Faut-il le rappeler, une telle prise de pouls se fait montre en main, et trente secondes suffisent pour connaître le rythme cardiaque du patient.

Le patient d'Alex est assis sur le lit lors de l'interrogatoire, déjà déshabillé, et c'est lorsqu'il vient de se coucher pour le traitement que l'acupuncteur, s'étant levé de sa chaise, lui prend les pouls, très brièvement. Puis il passe sans rien dire à la recherche des points qu'il va poncturer. Les pouls sont en quelque sorte annexés au traitement.

Le patient d'Aude est déjà couché et déshabillé pour l'interrogatoire, et elle-même se tient assise à ses côtés. La prise des pouls, qui peut durer autant que celle d'Arnaud, fait partie de la phase finale de l'interrogatoire, et se termine avec l'interrogatoire.

Ariane se tient derrière un bureau, et fait généralement face à son patient, encore vêtu, pendant l'interrogatoire. L'interrogatoire terminé, le patient se déshabille et s'allonge. Elle lui prend alors les pouls, dans le silence, non sans avoir proposé une couverture ou un châle pour prévenir le froid, étant donné que l'exercice prend, ici aussi, plusieurs minutes. Ensuite elle fait part au patient de ce qu'elle a perçu, et passe au traitement proprement dit.

Le dispositif diagnostique, conjointement à la production verbale et non verbale (les silences) des acteurs, permet de dire qu'Arnaud et Ariane ont une pratique des pouls similaire. De même puis-je réunir Alex et Aude par la leur. Cela peut paraître étrange, si l'on songe au fait que la prise des pouls repose sur une base théorique semblable pour tous les acupuncteurs.

La variable liée au statut professionnel et à la législation est une première hypothèse de cette différence: Alex et Aude sont physiothérapeutes; Arnaud est médecin et Ariane naturopathe. Ariane travaille dans un cabinet de groupe dirigé par un médecin, avec lequel elle partage les dossiers médicaux des patients qu'ils ont en commun - fait assez rare, selon elle, même entre médecins. Pour ces raisons, elle et Arnaud occupent, dans l'organisation médicale, une place différente des physiothérapeutes, moins contraignante, du moins en ce qui concerne la légalité de l'exercice de la médecine.

La variable de la formation est une deuxième hypothèse: renseignement pris, Aude et Alex se sont formés à la même école d'acupuncture. La prise des pouls y est enseignée, mais de manière moins centrale que dans d'autres écoles, comme celle d'Arnaud par exemple. Pour faire des catégories assez grossières, Aude et Alex ont suivi une filière occidentalisée de l'acupuncture, assez technique, tandis que Arnaud a été instruit de manière plus traditionnelle, avec une forte base philosophique. Or, les post-entretiens avec les

⁵⁴ Ce n'est pas une règle : Arnaud m'a dit lors du post-entretien qu'il le faisait parfois, mais pas systématiquement.

acupuncteurs ainsi que mes sources (Lavier, 1973) m'indiquent que de nombreux acupuncteurs occidentaux formés dans le premier type de filière (en Occident ou en Chine) ne prennent plus les pouls - une aberration pour un médecin traditionnel chinois. La valeur accordée aux pouls dans les consultations n'est pas la même pour tous les acupuncteurs, et semble varier en fonction de leur filière de formation. La chose reste bien entendu à vérifier. Arnaud a toutefois confirmé, lors du post-entretien, la place centrale accordée aux pouls dans sa formation en acupuncture:

- Est-ce que dans vos formations thérapeutiques, il y avait dans l'enseignement des aspects qui portaient sur la relation patient et médecin, patient-thérapeute ?

- Il n'y avait pas vraiment, mais il y a en tout cas une chose qui avait été dite, c'est que.. le fait de prendre le pouls, c'est très beau. C'est une attitude qui correspond vraiment à une attitude d'écoute. C'est-à-dire que simplement.. en même temps être présent à soi, ne pas adhérer aux pensées, simplement être présent à soi et à ce qu'on perçoit à l'autre, comme ça, de manière directe. Une écoute comme ça, directe, qui était en tout cas.. Et comme j'ai vu pratiquer monsieur T., parce que je lui ai parfois montré des gens, et tout ça, on sentait vraiment que pour lui c'était très central, ça. Quelque chose dans cette attitude, d'être centré. On ne peut pas écouter les autres sans s'écouter soi-même. Il doit y avoir quelque chose qui est très.. il doit y avoir un centrage par rapport à une sensation de soi, quelque chose de.. Une présence à soi pour pouvoir être présent à l'autre, au moment de la prise du pouls. Sinon, s'il n'y a pas ça, je ne suis pas là, je suis loin de moi, donc je ne peux pas être proche de quelqu'un d'autre. Donc il y a quelque chose dans cette attitude, dans cet acte, qui concerne aussi bien le praticien, soi-même, que celui qui vient consulter. Vous comprenez ? (...) Mais en tout cas la prise du pouls est un moment comme ça, important, intense, de ce point de vue-là.

- Ouais. Vous savez comment ils ressentent cette attitude-là, vos patients ?

- En tout cas j'ai entendu plusieurs fois des gens qui étaient touchés par ça, qui étaient très frappés, et...

- A quel niveau ?

- Bin qui disaient que ce qu'il y avait de.. qui sentaient en tout cas important d'être touchés. Alors le pouls c'est être touché dans un très petit endroit, mais en même temps d'être touché comme ça, longuement, par quelqu'un de très attentif à percevoir ce qu'il perçoit, et ils étaient touchés. Comme sentir d'être écoutés, de manière silencieuse, comme ça. Et plusieurs personnes m'ont dit que c'était quelque chose qui les avait touchées lors de leur première consultation.

Au cours de la recherche, je m'étais souvent demandé si, en fin de compte, l'interprétation des pouls par l'acupuncteur ne reflétait pas simplement les propos de l'interrogatoire. J'ai obtenu un élément de réponse, inattendu, lors de l'entretien avec Céline:

- (...) je lui ai dit aujourd'hui [pendant la pose des aiguilles] que j'étais constipée, il m'a dit ouais justement. Alors euh..

- Comment justement, qu'il l'avait vu avec le pouls ?

- Bin je pense, puisqu'il me mettait des aiguilles dans le méridien de l'intestin, donc il avait senti avec le pouls, et puis.. voilà.

En d'autres termes, Arnaud avait piqué un point du gros intestin sans que Céline lui dise, au cours de l'interrogatoire, qu'elle était constipée. La transcription de la consultation a révélé que c'était exact. Non seulement Céline n'avait pas parlé de son problème de constipation au cours de l'interrogatoire, mais en plus elle l'avait fait au moment où Arnaud était en train de poser une aiguille sur le méridien du gros intestin⁵⁵. C'étaient donc les pouls qui avaient orienté Arnaud dans ce sens, et non l'interrogatoire:

⁵⁵Point N°11, à la commissure du coude droit.

C - ouais il y avait une- une image comme ça ouais j'suis aussi plutôt constipée + bon enfin + même vraiment

A - ouais + ouais XXXX ++++ pour ça qu'i'mets ce point-là

C - ouais

Cet exemple montre qu'un acupuncteur peut se passer, dans certaines circonstances, des paroles de son patient pour établir - du moins en partie - un bilan de santé, au moyen des pouls. L'idée sous-jacente est que ce sont d'abord les sensations de l'acupuncteur, au bout de ses doigts, plus que l'échange verbal, qui l'informent sur l'état de santé de son patient.

On peut se demander si la prise des pouls est seulement subjective, ou si elle aussi intersubjective. Si l'on ne tient compte que du niveau verbal de l'échange, on peut dire que la démarche d'Arnaud est totalement subjective, étant donné qu'il n'informe pas le patient de ses perceptions - dans les extraits présentés en tout cas -, quel que soit le travail cognitif qu'il effectue par la suite (mise en relation des perceptions avec le modèle théorique et décision d'une ligne de traitement). Au contraire, la démarche est intersubjective si l'on tient compte du fait qu'Arnaud ne peut prendre les pouls que dans la mesure où le patient collabore avec lui en se laissant toucher longuement au poignet.

Il y a toutefois une différence de taille entre le processus intersubjectif visible dans l'interrogatoire et celui de la prise des pouls. Lors de l'interrogatoire, le patient exerce un contrôle sur le discours qu'il soumet à l'acupuncteur. Il peut, par exemple, faire de la rétention d'information, masquer une plainte par une autre, ou simplement croire que le praticien peut deviner le mal dont il est atteint sur la base d'informations très pauvres. C'est ce qu'on appelle l'*agenda caché*: "la plainte initiale du malade en cache une autre, plus importante, qui se manifeste en cours de consultation et peut remettre en cause ce qu'on croyait acquis" (Lacoste, 1993, p. 91). Il est courant que la plainte cachée apparaisse lorsqu'une première série d'investigations a échoué.

La prise des pouls s'apparente plutôt - toutes proportions gardées - à une radiographie, en ce sens que le patient peut collaborer ou non à l'investigation. Mais s'il le fait, en aucun cas il ne peut influencer sur le résultat: quoi que dise le patient, les pouls ont des qualités objectivables, partageables par tous les acupuncteurs qui ont appris à les prendre, de la même manière que plusieurs médecins sont en mesure de lire les mêmes signes présents sur une radiographie. La comparaison se limite au fait que le patient, dans la consultation conventionnelle, guide le regard du médecin vers le lieu du mal pour la réalisation de la radiographie. La chose n'est pas possible avec la prise des pouls, censée rendre compte de l'état de santé global du patient. Ainsi, théoriquement, un acupuncteur qui maîtrise les pouls est capable de "lire" tous les maux du malade, y compris ceux qui n'ont pas été verbalisés.

La verbalisation des pouls repose entièrement sur la métaphore: un pouls peut être rugueux, lisse, en forme de grain de riz, tendu comme la corde d'un arc... C'est de cette manière que la qualité d'un pouls ou la technique des pouls se transmettent:

"Et quand vint mon tour d'apprendre la prise des pouls, il me guida, à l'aide d'images décrivant le pouls que je percevais sous mes doigts. Qu'est-ce que je sentais ? "Une sorte de grain de riz" ou était-ce plutôt "comme la pointe d'une flèche d'un arc tendu" ou "comme la pomme d'un arrosoir" ou encore "dur comme la pierre" ou "tout mou, qui disparaissait à la pression", etc. Au début, je ne voyais rien, ou plutôt je ne sentais rien que le pouls qui venait heurter mon doigt. Je ne distinguais à vrai dire pas grand-chose puis, petit à petit, je

remarquais les anomalies. Je lui faisais part de mes observations et il me confirmait ce que j'avais trouvé ou il le rejetait. Ainsi, j'apprenais à me servir de mes doigts pour détecter ce qui n'allait pas dans l'organisme. (...) Ce que le doigt perçoit au pouls est d'une telle finesse qu'il est difficile de le traduire en paroles. On le "sent" intérieurement, au dedans de son être; cela ne s'explique pas verbalement ni ne se conçoit intellectuellement. On essaie de l'exprimer comme on peut sous forme d'"images". C'est également par images que les anciens ont tenté de nous communiquer leur savoir lorsqu'ils décrivaient par exemple le pouls du "moineau qui picore", celui du "toit percé où suinte la pluie" ou celui du "poisson qui saute" (Nguyen B.T., in Macherel, *ibid.*).

D'après mes observations, lorsqu'un acupuncteur dit à un patient ce qu'il perçoit en prenant les pouls, il ne se sert pas de ces métaphores, mais fournit déjà une interprétation de ses sensations en termes courants. Par exemple, il ne dira pas "tel pouls est tendu comme la corde d'un arc", mais "vous avez un trouble énergétique de tel organe". Ainsi, la verbalisation des sensations relatives aux pouls a un caractère intersubjectif: le discours de l'acupuncteur varie en fonction de son interlocuteur, selon que celui-ci est acupuncteur comme lui ou patient.

3. LES SENSATIONS DANS LE TRAITEMENT

L'analyse des séances a révélé six types d'échanges en rapport avec les sensations lors du traitement: ceux centrés sur le traitement, ceux relatifs à des phénomènes mnésiques, à l'orientation du traitement, aux représentations du corps, aux manifestations psychiques, à l'absence de sensations.

a. Les échanges centrés sur le traitement

Ce type d'échanges est le plus répandu de tous. Sa fonction est de guider le praticien lors de la pose des aiguilles, indépendamment de la maîtrise qu'il a de la 'carte' des points. Ceux-ci sont localisés aux mêmes endroits du corps pour tous les êtres humains⁵⁶. Ils sont repérables visuellement, ainsi qu'à la palpation, du fait qu'ils sont sensibles, même douloureux, s'ils sont en relation avec un méridien en vide ou en excès (d'énergie)⁵⁷. Toutefois, des variations subsistent de cas en cas quant à la localisation exacte de la zone sensible. Ces variations sont de l'ordre du millimètre, ou plus, lorsque le choix se fait entre deux points très proches ayant une fonction analogue. L'acupuncteur exerce des pressions avec un doigt sur le(s) point(s), et c'est au patient de lui communiquer l'endroit le plus sensible. C'est sur celui-ci que l'aiguille sera piquée. A partir de là, la pratique peut varier selon l'école d'acupuncture. Soit l'acupuncteur a terminé la poncturation et passe à la suite du traitement; soit alors, et c'est le cas le plus fréquent, lorsque l'aiguille a pénétré la peau, l'acupuncteur va rechercher en profondeur le point sensible. Le patient ressent à ce moment-là comme une 'décharge', un 'courant', qu'il communique au thérapeute⁵⁸. Celui-ci cesse alors d'enfoncer l'aiguille. Cette manipulation peut être douloureuse, mais la perception de l'intensité de la douleur varie de manière significative selon les individus.

La pose des aiguilles se fait donc en trois mouvements distincts:

1. La recherche des points à poncturer avec pressions des doigts par l'acupuncteur.
2. La poncturation proprement dite (après désinfection du point).
3. La recherche du point sensible avec l'aiguille.

Dans la pratique, les acupuncteurs ne respectent pas nécessairement l'ordre chronologique de ces étapes. Alex, par exemple, cherche tous les points, les désinfecte, pose toutes les aiguilles, puis seulement cherche les points sensibles en profondeur. Chez Aude, les étapes 2 et 3 se suivent directement. Aude et Arnaud se conforment généralement à ce schéma.

L'extrait suivant illustre une pose d'aiguille 'type'.

⁵⁶C'est ce que disent les manuels d'acupuncture et Adèle me l'a confirmé en entretien.

⁵⁷Des patients m'ont dit être toujours étonnés de l'aisance avec laquelle les acupuncteurs parvenaient à trouver les points sensibles.

⁵⁸Mots utilisés par les patients eux-mêmes. Alex, Adèle et Ariane poncturent de cette manière. Arnaud n'est pas systématique dans la recherche de la zone sensible, et n'attend pas toujours le retour d'information de la part du patient pour poncturer et poursuivre le traitement.

Extrait 1 (Ariane et Colette)

1. Ariane demande à Colette de lui indiquer l'endroit le plus sensible

A - (...) (31 sec.) alors ici c'est là l'long hein' { le long du bras droit }

C - oui

A - [là c'est sensible]

C - [voilà + c'est] sensible

2. Poncturation

{ A pique aiguille 9 }

3. Ariane recherche le point sensible en profondeur

A - (13 sec.) comme ça'

C - X (39 sec.) voilà { aiguille 9 a touché le point sensible }

A - ça y est (14 sec.)

Cet échange a duré un peu plus d'une minute, temps particulièrement long pour une pose d'aiguille, si je la compare à celles que j'ai eu l'occasion d'observer. Certaines fois, une poncturation dure quelques secondes, sans échange du tout.

Commentaire

Le retour d'information de la part du patient n'est pas une règle stricte. Elle varie en fonction des endroits à poncturer, de la difficulté du traitement, de la sensibilité du patient aux aiguilles et de son attitude à l'égard du traitement (crainte, nervosité).

Néanmoins, durant mes observations, j'ai été très intrigué par le fait qu'Ariane passait énormément de temps à échanger avec ses patientes lors de la pose des aiguilles, alors qu'Arnaud parlait très peu, et recevait peu d'informations en retour. Je me suis donc demandé s'il existait à cela d'autres raisons que celles évoquées. J'ai interrogé Ariane à ce sujet:

- Est-ce qu'il y a un lien entre cette façon de pratiquer et puis la relation avec le patient ?

- Ouais, dans ce sens-là on est obligé d'être en communication avec la personne. (...) Je demande en début de traitement, avec les gens je mets les choses clairement, je dis bon, vous me dites ce que vous sentez, des fois je le répète assez souvent, et puis il y a certaines personnes où ça se passe pratiquement.. ça devient spontané ou ça l'est déjà, ça dépend de la sensibilité de la personne. Elles disent bin tiens, je sens ci, je sens ça. Et ça ça m'aide énormément. Je pense que c'est un moyen de ne pas se tromper, vous voyez, quand il y a ce style de communication.

- Donc ce que vous mettez sous le mot communication, c'est ça.

- (...) Je crois que c'est vraiment essentiel de passer par le vécu de la personne. Pas de faire juste un raisonnement dans sa tête, se dire bon, théoriquement c'est ces points qui devraient améliorer. Je crois que là, on n'a fait quand même que la moitié du chemin quand on en est là. Et puis il y a aussi ceux qui ne font aucun raisonnement dans leur tête, et qui passent juste par le ressenti. Ce n'est pas forcément mal.. ce n'est pas forcément mal (r), à la limite je préfère encore ça. Mais j'essaie d'associer les deux, le raisonnement intellectuel, et puis le ressenti, disons le mien aussi, puis celui de la personne pour arriver à une convergence

hein, si possible. Je pense que comme ça on évite de faire des graves erreurs, parce que la personne peut dire bon bin si un point est agréable, ou si à un moment donné s'il est désagréable ou...et c'est quand même ça le plus important.

Ce que dit Ariane est en mesure de m'éclairer sur sa pratique, comme sur celle d'Arnaud. Ariane conçoit comme insuffisant d'avoir une connaissance théorique des points, et de traiter en fonction de schémas établis au préalable. Selon elle, les sensations du patient lui permettent de pratiquer sans commettre d'erreurs, et surtout de construire avec lui le traitement.

En termes imagés, Ariane privilégie la navigation à vue (importance de savoir ce que ressent le patient). Arnaud, lui, navigue plutôt aux instruments: il prend les pouls, établit un schéma de traitement, et la poncturation peut avoir lieu sans qu'il demande à ses patients ce qu'ils ressentent, et cela pour la majeure partie des aiguilles posées.

La même démarche existe chez l'un et l'autre lors de la définition du mal. Arnaud laisse peu de place à l'interrogatoire. C'est avant tout la prise des pouls qui lui permet de "percevoir la situation", et appliquer le traitement. L'interrogatoire sert moins à construire le traitement qu'à signaler une situation anormale, qui risquerait d'échapper lors de la prise des pouls, et qui pourrait modifier la ligne du traitement.

- (...) Est-ce que vous pouvez vous passer totalement de l'échange verbal qu'il peut y avoir au sujet de l'état de santé, et ne tenir compte que du pouls, pour le traitement ?

- Bon, je pense que c'est important de savoir si les gens sont grippés, par exemple. Parce que si les gens sont malades, mieux vaut peut-être ne pas faire d'acupuncture, parce qu'on n'est pas bien. Donc par rapport à ça c'est important, pour moi, s'il y a quelque chose de spécial. Mais à part ça, sinon, j'ai l'impression que je pourrais me baser sur le pouls uniquement, oui. Mais c'est toujours un petit peu dangereux, parce qu'on pourrait, dans l'absolu, si on était vraiment très sensible, on pourrait absolument se baser sur le pouls; mais parfois les gens amènent quelque chose, les jours avant il y a quelque chose qui a prédominé dans leur état, qui était peut-être déjà présent dans le pouls, qui est peut-être un petit peu plus accentué que ce que vous sentiez les premières fois, mais vous ne pouvez pas le savoir absolument, qui vous fait dire ah si c'est ça qui prédomine dans les symptômes actuellement, c'est là-dessus que je vais travailler. Bon dans ce sens-là c'est toujours utile de poser la question, de savoir ce qu'il y a au moment même.

Lors d'une consultation que je n'ai pas enregistrée, Céline avait rappelé à Arnaud un propos qu'elle lui avait tenu lors de la séance précédente. Arnaud lui avait répondu qu'il ne s'en souvenait pas, et que de toute manière il oubliait systématiquement ce qui se disait lors des consultations antérieures. Céline avait déclaré que ça pouvait être choquant de tenir pareil discours. Arnaud lui avait alors répondu qu'il fallait être au moment présent, ne pas déterminer la situation présente en fonction de la mémoire des situations passées. Céline l'avait relancé, lui demandant de reconnaître que c'était un peu provocateur de formuler les choses ainsi. Arnaud avait acquiescé.

Ariane, au contraire d'Arnaud, tend à redéfinir l'état de santé de ses patients à chaque consultation. Elle le fait à partir d'un interrogatoire très structuré, aussi bien lors de l'anamnèse (où elle construit le dossier médical et détermine le 'terrain' du patient), qu'au cours d'une consultation de 'routine' où elle met à jour le dossier médical. C'est un travail cognitif construit dans l'intersubjectivité, où le ressenti du patient est objectivé et partagé, qui contribue à redessiner à chaque consultation la ligne du traitement. Dans ce cas, la fonction de la prise des pouls est davantage de vérifier les contenus de l'interrogatoire que d'établir un schéma de traitement définitif.

L'interrogatoire que fait Arnaud lors de la première consultation (anamnèse) est aussi très structuré. Mais le questionnement homéopathique, qui a lieu après une série de quatre séances d'acupuncture, l'est encore plus. L'idée semble être que l'acupuncture prépare le terrain pour le traitement homéopathique. Cette logique n'apparaît pas chez Ariane.

Dans un cas comme dans l'autre, on remarque que l'acupuncteur aménage son cadre thérapeutique de telle sorte qu'il puisse traiter le problème que lui soumet le patient. Cela fait référence à un processus plus général, qui est celui de la transformation de l'usager en client: d'un côté, le praticien aménage le cadre thérapeutique pour transformer la demande du malade en un problème traitable sous l'angle de son approche médicale; de l'autre, le patient doit être à même de formuler sa demande afin qu'elle participe au mieux aux schémas interprétatifs du médecin. Ce processus est le propre de toute interaction impliquant un usager et une institution censée répondre à sa demande, comme la consultation psychologique, l'assistance sociale (Cedersund, 1992).

Il est intéressant de noter qu'Arnaud, qui est médecin, a choisi un mode de traitement fortement ancré sur son modèle théorique; et qu'Ariane, qui est non-médecin, traite en grande partie en s'appuyant sur le ressenti des patients⁵⁹.

Cela dit, mes propos doivent être nuancés. Certaines situations observées, quoique peu nombreuses, ne montraient pas d'échange verbal autour de la pose de l'aiguille, mais le patient retournait l'information par un geste, une forte respiration, une secousse du membre poncturé. Parfois, l'échange verbal diminue au cours du traitement, et le non-verbal s'impose progressivement. Il semble que le verbal sert au début à lever l'ambiguïté sur l'interprétation des sensations. Puis, lorsque le contrat de l'échange est suffisamment sûr, le non-verbal prend le dessus. D'ailleurs, simultanément, le temps nécessaire à la pose des aiguilles s'accélère.

Au-delà du constat de l'articulation ou de la synchronicité entre les aspects verbaux et non-verbaux de l'échange, je pense qu'il est intéressant de souligner ici l'importance de la gestion du temps en tant qu'indicateur, au même titre que la gestion du dispositif spatial, d'un travail de construction et de définition du cadre thérapeutique lui-même par les acteurs sociaux, au sein duquel émergent, en ce qui nous concerne, les significations relatives aux sensations. Dans ce sens, sans vouloir jouer sur les mots il conviendrait peut-être de parler d'*espace-temps thérapeutique* plutôt que d'*espace thérapeutique* (voir Grossen & Perret-Clermont, 1992).

b. Les sensations et la mémoire

Si les échanges centrés sur le traitement sont de loin les plus nombreux, sur l'ensemble des consultations, ils ne constituent pas pour autant le cœur de la relation entre les acupuncteurs et leurs patients. Il arrive que le traitement provoque des sensations amenant les acteurs à discourir de choses qui n'ont plus de rapport direct avec le traitement lui-même, mais qui semblent revêtir une importance centrale dans la dynamique relationnelle. C'est le cas des sensations qui déclenchent chez le patient des phénomènes mnésiques.⁶⁰

J'ai pu identifier quatre thèmes d'échanges:

⁵⁹On peut, ici aussi, faire l'hypothèse que la formation thérapeutique a une incidence sur la pratique.

⁶⁰De manière analogue à la madeleine de Proust, sauf que ce ne sont pas ici les sens de la langue et de l'odorat qui réveillent la mémoire, mais le sens du toucher.

- Un événement critique lors d'une séance antérieure
- La trajectoire du traitement
- La trajectoire de la maladie
- Une histoire de vie

- REMEMORATION D'UN EVENEMENT CRITIQUE

Extrait 2 (Arnaud et Céline)

L'incident a eu lieu pendant une consultation où je n'étais pas présent. Arnaud a l'habitude de stimuler de temps en temps les points d'acupuncture, à intervalles réguliers, dès la pose des aiguilles jusqu'à la fin de la consultation. Chose rare, une de ces manipulations a induit un violent malaise chez Céline. A peine allongée sur le lit, elle le rappelle à l'acupuncteur. L'échange se poursuit alors que le traitement a commencé.

C - par contre j'arrivais encore très bien m'remémorer l'effet (X) horrible eu:h de quand vous tourniez les aiguilles + j'y r'pensais deux trois fois puis j's- [j'pouvais droi:t-] quasi sentir + ouais là

A - [c'est où j'avais fait mal] ah ouais' + ah ouais c't'espèce de:

C - offh l'horreur ++++ là c'est pile dedans { A pose les aiguilles très rapidement. Pas d'échange autour de chaque aiguille. Pose aux mains, poignets et coudes, tot. 8 aiguilles }

A - ouais'

C - ping (X) ouais (10 sec.)

A - mais par exemple' vous aviez pas un état nauséeux'

C - non + non + pas du tout

A - parce qu'il y avait un peu d'ça dans la réaction

C - ouais il y avait une- une image comme ça ouais (...)

La particularité de l'échange vient de ce que Céline anticipe la sensation. La raison de l'introduction du thème semble évidente: prévenir un nouvel incident. Le recours à la mémoire a une fonction régulatrice sur le traitement lui-même. En rappelant l'incident, Céline incite Arnaud à la prudence. Mais peut-être conjure-t-elle aussi de cette manière sa propre peur en se faisant rassurer.

Arnaud a bien 'reçu le message':

A - j'vous mets XXX + pas d'souci

C - pardon'

A - j'vous mets juste une de chaque côté { une aiguille à chaque cheville }

La tension reste pourtant chez Céline. Elle gère sa crainte par le rire.

A - ça fait mal les aiguilles'

C - (ʁ) j'suis plus crispée qu'd'habitude

(...)

C - =c'est quand j'veus vois arriver (sur le ton de la plaisanterie, son guttural exprimant la crainte) + mh

(...)

A - ouais + vous m'dites si XX + j'<veux><vais> juste retourner deux tout douc'ment {A parle des aiguilles}

C - (ʁ) (5 sec.)

A - ça va'

C - ouais

A - ouais { A va s'asseoir à la table }

- LA TRAJECTOIRE DU TRAITEMENT

Extrait 3 (Aude et Clément)

Clément réagit de manière marquée à la pose des aiguilles. Aude trouve que les sensations exprimées sont fortes, et elle les interprète:

{ pose aiguille 3, pied D } (13 sec.)

C - ou:h'

A - XX hein'

C - (ʁ)

A - ouais ouais' +++ voilà + détendez-vous bien hein, relâchez + ouais { pose aiguille 4, cheville D } ++++ voilà + déjà' ça va déjà vers [le pied']

C - [ouais] je l'sens tout d'suite ouais

A - ouais' + vous avez les nerfs à fleur de peau aujourd'hui'

Clément ratifie:

C - a:h + ah la la

A - comme on dit (ʁ) c'est bien' parce qu'on n'a pas besoin de pousser très au fond'

C - ouais

A - voilà

Il parle alors de ses débuts en acupuncture, avec un autre praticien.

C - mais les premières fois quand j'allais chez G. + [a::h] je supportais pas du tout hein

A - [ouais] puis là il avait commencé [[tout de suite autour des yeux']]

C - [[ou:h et puis j'étais tellement]] excité disons tellement [[[énervé euh]]]

A - [[[ouais + ouais]]]

C - j'arrivais pas les supporter + puis une fois qu'ils étaient d'dans ça allait

A - [là ça va hein]

C - [mais pour les] mettre alors euh + il avait de la peine

A - ouais puis surtout autour des yeux [[c'est délicat]] hein

C - [[ouais c'est-]] ouais

Commentaire

En raccourci, pour paraphraser l'échange:

A - "vous avez les nerfs à fleur de peau aujourd'hui"

C - "mais autrefois c'était pire".

Il se peut qu'il soit inacceptable, aux yeux de Clément, d'être perçu par Aude comme une personne un peu trop sensible. Le recours à la trajectoire du traitement vient ici à son secours; elle permet de diminuer aux yeux d'Aude l'importance des sensations présentes, elle les relativise. Selon la terminologie de Goffman, Clément cherche à préserver sa face. Dans ce sens, l'exemple illustre une situation de gestion de l'identité dans la consultation.

• LA TRAJECTOIRE DE LA MALADIE

Ariane est en train de poser des aiguilles dans le dos de Colette. Elle cherche un point dans la région de la nuque.

Extrait 4 (Ariane et Colette)

A - (...) + puis au niveau d'la nuque' ++++ là c'est-

C - -c'est sensible oui

A - ici aussi=

C - =oui

A - d'ce côté'

C - non ++ un p'tit peu mais moins qu'avant

A - nett'ment moins hein' + X

Les pressions de doigts d'Ariane dans la région de la nuque réveillent chez Colette l'événement à l'origine du mal:

C - ça faisait deux ans dimanche que- on a- j'avais eu l'coup du lapin là { A parle de son accident de voiture }

A - ah ouais' + mh + ça va vite

C - j'ai progressé d'puis (X)

A - bin dites donc { A palpe le point à piquer à la nuque } (6 sec.)

C - oui

A - ici hein'

C - là ouais

A - { A pique aiguille 7 } (6 sec.) là'

La réponse d'Ariane au thème introduit par Colette, "ça va vite", et la réplique de Colette, "j'ai progressé d'puis", peuvent conduire à deux interprétations. La première est que Colette ne ratifie pas le "ça va vite" d'Ariane, et qu'elle introduit un nouveau thème, "j'ai progressé d'puis". La deuxième est que la signification accordée à l'accident n'est pas la même pour les partenaires de l'interaction. L'acupunctrice interprète le propos de sa patiente comme une donnée temporelle. Colette, en revanche, essaie de montrer à Ariane que le mal a évolué favorablement. Ariane le confirme: "bin dites donc". Autrement dit, l'évolution n'est pas minime.

Commentaire

Pris hors du contexte global de la consultation, l'extrait est assez difficile à comprendre. Pour quelle raison Colette introduit-elle l'idée d'une évolution positive du mal ?

Une hypothèse émerge à la lumière de l'interrogatoire, que j'ai analysé plus haut. Ariane avait mis la face de Colette en danger, en refusant toutes les hypothèses que cette dernière pouvait faire sur l'origine de son mal. L'estime de soi de Colette avait été mise à rude épreuve. Ici, Colette demande à Ariane de reconnaître qu'elle a progressé. On peut interpréter la demande de Colette comme une tentative de reprendre à Ariane l'estime perdue lors de l'interrogatoire. Ariane la lui restitue fort bien. Elle fait d'une pierre deux coups, puisque c'est elle qui la soigne. Elle renforce donc aussi sa propre estime. Dans ce sens, la demande de Colette se double d'un compliment à l'égard de l'acupunctrice.

• L'HISTOIRE DE VIE

Aude est en train de poser des aiguilles à Clément, dans la région de la nuque. Elle l'avertit qu'elle va s'approcher de son appareil acoustique avec la main, ce qui pourrait le faire siffler.

Extrait 5 (Aude et Clément)

{ pose aiguille 7, nuque à G } (12 sec.)

A - c'est bon

C - voilà'

A - et l'autre ça risque de siffler un p'tit peu hein vous effrayez pas moi non plus

{ pose aiguille 8, nuque à D } (5 sec.)

Clément explique à Aude que l'acupuncteur chez qui il se rendait avant, le piquait au même endroit. En effet, la déficience visuelle due à sa maladie était accompagnée d'une déficience auditive. Aude lui demande s'il en a retiré des bénéfices.

C - avant il les mettait sous les oreilles hein monsieur G. ++ parce que moi j'ai d'la peine aussi aux oreilles

A - il mettait là'

C - ouais ouais

A - ouais + mais ça vous a aidé'

C - oui XX

A - oui

C - X parce que moi c'était dans le- d'après la vue c'était- ça m'baissait l'au:- l'audition hein

A - ouai:s

{ pose aiguille 9, poignet G, sans interruption du dialogue }

C - c'était en même temps avec la vue + parce que moi j'ai ma soeur c'était beaucoup plus là X les oreilles=

A - =les oreilles hein ouais + ouais ++ puis maintenant la vue pour vous, c'est plus ou moins stable'

C - c'est toujours stable ouais

A - ouais + et pour l'oreille aussi'

C - ouais ouais c'e:st=

A - c'est comme si la maladie s'était stabilisée'

C - voilà + voilà

A - c'est chouette' dans un certain sens,

Clément exprime son inquiétude à propos de sa déficience visuelle, croissante.

C - mai:s + le plus qui m'dérange c'est ces nuages dans les yeux'

A - ouais

C - c'est- comme aujourd'hui j'suis bien dans les yeux mais demain j'ai ce nuage- ça fait comme un nuage blanc dans les yeux + puis ça il paraît c'est d'après la maladie que j'ai ça: ça fait comme ça

{ pose aiguille 10, poignet G, sans interruption du dialogue }

A - mhh

C - paraît qu'une fois que j'aurai l'âge de soixante et quelque encore=

A - mhh'

C - =euh j'aurai tous les jours les nuages + maintenant c'est un jour oui puis un jour non

Aude cherche à savoir d'où Clément tient cette information, si elle est sûre. Clément n'y répond pas tout de suite. Il parle de sa peur de se rendre en ville seul. Ariane demande à

Clément s'il sait pourquoi sa vue est plus mauvaise un jour sur deux; Clément lui dit que c'est le cours normal de la maladie. Avec l'âge, il perdra définitivement la vue.

Commentaire

La sensation de l'aiguille dans la nuque à réveillé chez Clément le souvenir d'un traitement acuponctural, localisé aux mêmes points que ceux que vient de piquer Aude, destiné à soigner sa déficience auditive. Cela lui permet de parler de sa déficience visuelle, son problème majeur actuellement, et des conséquences qui en découlent. Clément dit à Aude que sa maladie le contraint à l'isolement, à la fois spatial (son domicile) et social. En d'autres mots, Clément communique à Aude sa détresse face au cours inéluctable de la maladie.

Aude intervient peu. Le plus souvent, elle ratifie ("mhh", "ouais"), ou reformule les propos de Clément. En fait, elle n'a pas de remède, elle ne peut pas aider Clément à recouvrer la vue ni à rétablir le lien social. Ses nombreuses ratifications et reformulations, ses silences, ressemblent à un aveu d'impuissance. Son rayon d'action est limité; indirectement elle le reconnaît elle-même:

- Quand il avait très mal au dos, il ne pouvait plus faire face lui-même hein, alors là il est venu, il n'avait qu'une idée en tête, qu'on lui donne une possibilité d'aller mieux. Alors c'est vrai, dans ce cas précis, donc, j'ai fait de l'acupuncture, et une fois que ça va bien, lui il s'arrange avec la vie. Il a fait sa déprime, il a pris le dessus, puis pour le moment je crois que pour la vie on n'a pas besoin de l'aider plus, ça va, j'ai l'impression.

c. Les sensations et l'orientation du traitement

En commentant l'extrait 1, relatif aux sensations centrées sur le traitement, je relevais le fait qu'Ariane accordait une grande importance aux sensations de ses patients pour construire le traitement. L'extrait suivant illustre comment des sensations exprimées à l'aide de la métaphore l'ont conduite à poncturer des points qui n'étaient pas prévus dans le schéma de traitement initial.

Extrait 6 (Ariane et Christine)

Ariane vient d'appliquer à Christine un traitement de cicatrice⁶¹, à droite de l'abdomen. Elle termine la pose des aiguilles en poncturant un point sur chaque pied.

A - c'est sensible là' { A cherche un point à piquer sur un pied }

C - mhh { A pique } (12 sec.) (soupir)

⁶¹Il arrive "que la cicatrisation [suite à une intervention chirurgicale] se fasse mal, qu'il y ait un vice de cicatrisation, pas nécessairement apparent d'ailleurs, mais dans le plan sous-cutané. Ce vice peut entraîner des désordres variables comme des douleurs atypiques, de la fatigue, de la constipation ou la prise excessive de poids, etc. On dit alors que la cicatrice est pathologique. Ce mécanisme a fait l'objet d'une théorie et d'une thérapie allemandes que l'on appelle la neuraltherapie. Elle indique comment on peut annuler de façon simple le champ perturbateur de la cicatrice. Mais l'acupuncture permet, dans la plupart des cas, de comprendre pourquoi c'est plutôt tel ou tel symptôme qui est déclenché selon le méridien "coupé", ou parasité. Certains malades atteints de ce type de troubles décrivent des sensations tout le long d'un méridien d'acupuncture, lequel ne se superpose d'ailleurs ni à un trajet artérioveineux ni à un trajet nerveux, ce qui les fait considérer parfois comme des malades imaginaires." (Requena, 1982).

A - ok'

C - mhh' { A pique un point à l'autre pied } (9 sec.) aha + pile

A - X là'

C - (soupir)

Ariane s'enquiert des sensations de sa patiente:

A - comment tu sens maint'nant'

C - que: que veux-tu savoir'

A - c'que tu sens dans ton corps

C - ah j'ai XXXX

A - ouais

C - j'ai l'impression qu'il y a un ++ autour d'toutes ces aiguilles à droite + beaucoup d'choses qui s'passent

A - mhh'

C - et les points d'en bas c'est comme si tu avais eu:h tourné un bouton tu sais' pour faire passer + c'est comme si ça circule mieux

A - mhh'

C - ça a fait vraiment + clac tu vois'

A - mhh' + ouais ça agit ça fait un circuit qui monte là XX justement

C - là à droite c'est comme une fourmilière qui travaille

A - mhh + mais c'est l'moment après quinze ans de: somnolence (A reprend le pouls à G } (1'06") on laisse un p'tit peu travailler comme ça hein'

C - mhh' { A manipule le stérilisateur }

La pose des aiguilles est terminée. Au bout d'une minute, Christine exprime une nouvelle sensation.

(1'05")

C- tu sais qu'ça fait une image amusante'

A - mh'

C - c'est comme si les deux aiguilles qui sont sur les pieds c'étaient le roi et la reine fourmi + et puis ils montent' j'les sens monter' + le long des deux jambes puis ils viennent ici dans la fourmilière {l'abdomen}

A - ouais ouais'

C - j'sens ça comme ça ++ [XXX]

A - [XX bien]

C - ils ont d'la peine depuis la ch'ville

A - il y a un passage difficile à la ch'ville'

C - oui (16 sec.) comme si c'était arrêté en route tu vois'

Ariane interprète les sensations de Christine, puis elle les localise:

A - ouais bin tu vois la ch'ville c'est l'méridien des reins donc

C - mhh'

A - XXX +++ alors c'est plutôt ici: ' + ou là' + ou là' {A est en train de chercher le point à piquer à la ch'ville D}

C - r'commence un peu'

A - plus haut'

C - oui

A - ou là=

C - =là

A - c'uilà'

C - là

A - ok=

C - =ils sont bloqués là=

Ariane confirme la localisation des sensations sur des points d'acupuncture, un pour chaque cheville, et y pose les aiguilles.

A - =ça colle +++ c'est parfait quand c'est comme ça ++ il y a qu'à suivre'

C - mhh'

A - ouais { A pique une dans la cheville D } (8 sec.) tu le sens là'

C - oui merci

A - c'est bon (16 sec.)

C - mhh' { C a ressenti l'aiguille que A vient de piquer dans la cheville gauche }

A - voilà ++ donc ça c'est tout à fait cohérent tu vois' + il faut sout'nir les reins évidemment { A manipule du matériel et prend les pouls à G puis à D } (1'29")

Cette fois, la pose des aiguilles est achevée.

Commentaire

La faculté de prendre en compte les sensations du patient est étroitement liée au modèle de travail du thérapeute. C'est ce que j'ai montré plus haut, en parlant de l'interrogatoire, à propos de l'échange entre Arnaud et Conrad autour du "caillou pointu".

Ici, Ariane va plus loin. Pour elle, si sa patiente exprime ce genre de sensations, c'est qu'elle lui ouvre une voie vers un problème qu'elle n'a pas aperçu par ses propres moyens d'investigation et qui demande à être résolu. La localisation des sensations sur des points du

méridien des reins correspond étroitement au mal de Christine. L'image des fourmis qui ne peuvent plus avancer, lui indique que l'énergie est bloquée sur ces points. Pour rétablir la circulation, il est donc nécessaire de les poncturer; ce qu'elle fait.

Comme lors de l'interrogatoire avec Arnaud et Conrad, la capacité de Christine à mettre ses sensations en mots permet à Ariane d'exercer ses compétences. On peut aussi, sur le modèle de la boucle de rétroaction, faire l'hypothèse que Christine accroît les compétences d'Ariane en verbalisant ses sensations; et en demandant de verbaliser ses sensations, Ariane augmente les capacités de Christine à le faire.

Lors de la consultation avec Arnaud et Céline, une situation similaire à l'extrait 6 a eu lieu. Céline avait dit à Arnaud qu'elle ressentait deux aiguilles piquées aux chevilles, alors qu'il n'y en avait pas dans la réalité. Arnaud a localisé avec Céline la sensation, mais n'y a pas donné suite. Ce que je disais à propos de la pratique d'Arnaud et d'Ariane est à nouveau confirmé par cet exemple: à chaque instant, Ariane est prête à modifier l'orientation du traitement, si les sensations exprimées par les patients l'incitent à le faire. Elle le dit elle-même:

- (...) Là ça se passe par le dialogue, dans le sens où les gens disent bon tiens je sens ci, il y a ça qui se passe dans mon corps, donc moi je peux en déduire bin tiens l'énergie est en train de circuler là, elle se bloque là sur tel méridien, donc ça devient tout à fait cohérent de mettre une aiguille à cet endroit là (...) Le dialogue est aussi dans le ressenti, pour que la personne exprime ce qu'elle sent.. Voilà ce qui se passe, ça chauffe ici, ça picote là, et puis ça fait mal là. Alors tout à coup tiens.. parce que c'est vrai qu'il peut y avoir une douleur qui apparaît momentanément, et puis bon, ça fait partie des mouvements d'énergie dans le corps. On met en circulation des énergies, et puis des fois elles avancent un petit bout, puis elles se bloquent un peu plus loin par exemple. Donc ça fait une douleur dès qu'elle se bloque. Et là c'est important que les gens le disent, vous voyez. (...) je préfère rester quand même un maximum en contact avec eux, pour justement toutes les éventualités des sensations.

Cela dit, je pense qu'il n'est pas correct de faire des catégories rigides quant à ces différences de pratiques. Lorsque Céline s'était sentie mal, Arnaud avait interrompu la stimulation des aiguilles. Les acupuncteurs sont au courant de ce que les aiguilles peuvent provoquer des sensations fortes, des malaises, réveiller des émotions, etc.; et ils en tiennent compte. Toutefois, l'interprétation de la métaphore n'est pas le propre de tous les acupuncteurs. Cela dépend de l'école de formation, des intérêts personnels, etc.

d. Les sensations et les représentations du corps

Une sensation, ici douloureuse, engage les partenaires de l'interaction à dissenter autour du corps.

Extrait 7 (Aude et Carmen)

C - { C aspire fort de l'air pour exprimer une douleur, alors que A lui presse des points d'acupuncture aux pieds }

A - là + voilà (4 sec.)

C - a-t-on l'idée d'avoir aussi mal aux doigts d pieds (R)

A - n'est-ce pas hein'

C - (R)

A - ces beaux pieds + mais il y a-

Carmen parle d'abord à Aude d'un ongle du pied qu'elle a perdu et qui est en train de repousser. Ce faisant, elle éveille un souvenir en relation avec l'importance des pieds pour la santé.

C - mais ça m'fait penser qu'il y avait un très très vieux docteur' il y a oh- il y a plus d'vingt ans d'ça' + et puis une fois j'avais eu une grippe et puis il m'avait vraiment r'mise en état parc'qu'j'avais fait encore d'l'anémie et tout- puis j'lui ai dit cette fois j'suis en ordre d'la tête aux pieds' + puis il m'avait dit mais si vous saviez les pieds tout c'qu'on peut faire avec les pieds des gens et qu'ils s'en doutent pas' et combien d'gens n'ont pas les pieds en ordre,

A - mais c'est vrai hein'

C - hein c'est vrai=

A - =c'est une base de: la posture'

C - mhh'

A - e:t [XXX la réflexologie]

C - [puis j'vois qu'il y a beaucoup d'points sensibles] + puis il m'avait dit ça- il m'avait dit il y a plein de points sensibles dans les pieds'

A - ouais'

C - et puis à l'époque c'était assez révolutionnaire' comme idée [j'dirais]

Aude fait des considérations sur l'hygiène des pieds, et Carmen confirme en relatant un fait historique:

A - [bon] on les habillait puis on les regardait le moins possible [[+ on]] les lavait le moins possible + si on devait aller pour le pied droit chez l'méd'cin on lavait l'pied droit [[[puis]]] pas l'gauche hein'

C - [[voilà]] [[[(X)]]] (X)

A - fallait (X) oh ça ça a changé mais (X)

C - [mais une fois]

A - [c'est vrai qu'on] les emballait' dans notre culture [[disons]] hein on y va + j'pique' ++ voi:là { A a posé une aiguille a pied droit }

C - [[voilà]] + et une fois il y a un d'nos présidents qui est tombé du train

A - mhh'

C - au début du siècle + et puis il a été ré- il a été récupéré par un garde-barrière'

A - comment notre président, [XX la Confédérat-]

C - [ah un président italien] non [[non un président]] italien

A - [[ah italien']]

C - et puis euh + le garde-barrière quand ils sont r'v'nus l'chercher le lend'main, il a dit j'savais bien qu'c'était un monsieur, il avait les pieds propres,

A - ah ouais + ah ouais + mais bon vous savez les bains hein' pas tout l'monde pouvait prendre des bains [tous les jours]

C - [ouais j'stémēt']

A - c'- une fois par s'maine ou + ouais' + voilà' { A a posé une aiguille au pied droit } + est-ce que vous sentez'

Commentaire

Cosnier (1993) parle de "thèmes inessentiels" pour désigner ce type d'échange, dont la fonction serait "un essai de réassurance du patient par le soignant, mais aussi du patient par lui-même"; ou encore d'"une stratégie pour maîtriser le déroulement temporel de la consultation".

Dans le cas présent, deux fonctions sont envisageables. La première est un travail du patient sur la représentation qu'il a de son corps, induit par les sensations elles-mêmes. En effet, ce n'est pas une chose évidente, pour le patient occidental, que de se faire soigner de maux de tête à partir des pieds. Le plus souvent, le système biomédical soigne le mal à l'endroit où se situe la douleur. En acupuncture, au contraire, l'homéostasie des fonctions énergétiques est fréquemment obtenue à partir des extrémités, là où les méridiens opèrent entre eux des connexions (Boudon, 1979).

Carmen, qui est une habituée de l'acupuncture, ne s'en étonne plus vraiment. Néanmoins, une part de mystère semble subsister:

- (...) Ils arrivent à vous trouver juste le point où ça fait vraiment très mal quand on touche. Et puis alors il y a un autre endroit, par exemple elle me trouve un point dans le dos ou sur les pieds, alors que moi je dis que j'ai mal à la tête.

Une deuxième fonction possible de l'échange, c'est qu'elle constitue un support didactique pour le praticien. C'est dans ce sens que va le vieux docteur de Carmen, en lui disant quelle importance ont les pieds, et Aude, lorsqu'elle lui dit que les pieds sont une base posturale. Il y a bien transmission d'une certaine forme de savoir.

Pour Alex aussi, la transmission de connaissances est un élément important de sa relation avec les patients:

- *Qu'est-ce qui vous semble important dans la relation que vous pouvez avoir avec vos clients, en général ?*

- La capacité de communiquer ce que j'ai envie de communiquer. Ça c'est une chose qui extrêmement importante. Il y a des gens qui sont réceptifs à ma façon de voir, ça c'est extrêmement important. Il y a des gens qui le sont moins et qui ne comprennent pas du tout, même après plusieurs séances, comment gérer leur équilibre du corps. Et ça c'est un gros message qui ne passe pas et c'est emmerdant. C'est justement le message inverse que j'aimerais faire passer, c'est apprendre aux gens comment gérer leur équilibre du corps, vis-à-vis d'une douleur, d'une pathologie, d'un mal être, etc.

La fonction didactique ne fait pas pour autant partie du système des soins. Elle se met en oeuvre de manière imprévue, informelle. Il n'y a pas transmission systématique des savoirs. Il s'agit plutôt d'une réponse du thérapeute à une situation spécifique, à un besoin particulier.

e. Les sensations psychiques

En médecine chinoise, toute fonction physique a son pendant psychique, émotionnel. Lorsque la fonction est déséquilibrée, l'expression psychique correspondante se manifeste également.

Extrait 8 (Ariane et Colette)

Ariane cherche un point à piquer dans le dos. Elle le localise et l'interprète.

A - ouais { A palpe le dos en haut à droite } (21 sec.)

C - ouille

A - donc c'est [plutôt-t-]

C - [c'est- c'est-] [[[là]]] exactement

A - [[ouais]] c'est plutôt ici' que là,

C - c'est là oui + c'est l'plus sensible

A - X deuxième ++ donc ça c'est- c'est au niveau de:s- qui correspond au poumon hein' [X] dans l'dos + mais le poumon psychique

C - [oui] oui

A - donc c'est plutôt là: hein + la tristesse'

D'abord, Colette s'en étonne, sur le ton de la plaisanterie. Puis elle marque son désaccord:

C - non (X) ouais

A - ouais

C - mais j'suis pas dépressive X

Ariane tente une explication et pose l'aiguille. Colette ne répond pas; le thème est avorté.

A - non' vous avez pas l'air + mai:s des fois il peut y avoir de:s + des vieilles choses + qui sont pas complèt'ment résolues { A pique aiguille 1 } (9 sec.) vous sentez là' { le point qui vient d'être piqué }

Commentaire

Manifestement, l'explication d'Ariane à propos du poumon psychique ne convient pas à Colette⁶². J'y vois deux raisons.

La première est relative aux modèles de référence. Lorsqu'Ariane parle de *tristesse*, elle se situe dans le modèle médical chinois. Colette, elle, comprend *dépression*, terme propre au modèle psychiatrique occidental. L'utilisation du terme *psychique* par Ariane, ainsi que les modestes connaissances de la médecine chinoise par Colette, sont sans doute à l'origine de ce

⁶²Avec l'interrogatoire, c'est ici le quatrième thème de désaccord entre Ariane et sa patiente.

glissement vers la psychiatrie. On pourrait aussi penser qu'Ariane, en utilisant le mot *tristesse*, fait un euphémisme pour éviter de dire *dépression*. Mais lors du post-entretien, Ariane n'a pas parlé de dépression à propos de sa patiente: celle-ci avait plutôt, selon elle, des problèmes relationnels. Il m'est donc difficile de soutenir l'idée qu'elle a fait un euphémisme sur la base des éléments dont je dispose. En revanche, il paraît vraisemblable que le mot *tristesse* renvoie à une réalité plus vaste appartenant au vécu de Colette, dont Ariane a eu connaissance lors des séances antérieures et qu'elle aimerait rappeler à sa patiente.

La deuxième raison est liée au cadre thérapeutique lui-même. Lorsqu'Ariane parle de "vieilles choses qui ne sont pas complètement résolues", elle transforme le cadre de la thérapie énergétique, où la médiation par le corps est centrale, en cadre psychothérapeutique. L'avortement du thème peut signifier que Colette ne souhaite pas entrer dans le cadre proposé par Ariane, et qu'Ariane ne souhaite pas mettre la face de sa patiente en danger. Quoi qu'il en soit, à peine Ariane a-t-elle terminé son énoncé, qu'elle pose l'aiguille. Ce faisant, elle détourne l'attention de Colette sur ce qui se passe dans son corps. C'est donc elle qui contrôle l'échange. Ceci n'est pas sans rappeler ce qui s'était passé dans l'interrogatoire (extrait 2).

Jusqu'ici, j'ai laissé entendre que les sensations servaient d'objets de médiation aux partenaires de l'interaction, en permettant l'introduction des thèmes d'échange. Il apparaît ici que les sensations pourraient permettre également au thérapeute de contrôler le déroulement de l'interaction elle-même, en focalisant sur elles l'attention du patient.

Le regard du patient au moment de la pose des aiguilles semble soutenir cela: j'ai observé, pendant les traitements, le regard du patient dirigé à mi-distance dont parle Heath (1993). Toutefois, l'impression dominante n'était pas tant un contrôle de la situation à partir de la périphérie du champ visuel, qu'un regard indiquant une focalisation très nette de l'attention du patient sur l'endroit soumis au traitement - en d'autres termes un regard intériorisé.

Lorsque Christine a reçu le traitement de cicatrice, j'ai pu observer qu'Ariane posait les aiguilles de façon très inclinée, presque à plat, en encerclant la cicatrice. Il devait y en avoir une bonne douzaine. Lors du post-entretien, j'ai demandé à Christine si elle savait comment Ariane avait posé les aiguilles:

- (...) quand elle a fait tout le tour de cette cicatrice, j'avais l'impression qu'elle les plantait un peu comme des rayons de soleil. Mais ça c'est de l'imagination pure, parce que je n'ai rien vu. Alors que les autres elles étaient plus droites. C'est ce que je ressens sans voir.

La description de Christine est parfaitement conforme à la réalité. Or, comme elle était couchée sur le dos, elle n'a rien pu voir. De plus, un vice de cicatrice est caractérisé par une insensibilité cutanée marquée, perceptible même au toucher, selon Ariane:

- (...) Là bon bin je fais au doigt, mais en fait on teste la sensibilité. C'est autour de la zone insensible, donc ça fait un grand cercle autour de la cicatrice. A peu près; des fois ça prend des formes incroyables, des fois ça fait des tours d'abdomen assez impressionnants.

- Puis vous le sentez bien avec les doigts ?

- Ouais, au niveau de la peau on sent que ça devient plus rêche à l'endroit insensible. La peau est lisse, tant que ça passe bien, tout à coup ça devient rêche, ça croche. En plus de crocher il y avait chez elle un sentiment de peau morte, hein, à l'endroit insensible.

Les propos de Christine et d'Ariane soutiennent bien l'hypothèse selon laquelle l'attention du patient est mobilisée vers le point que poncture le thérapeute. En définitive, ce dernier

dispose, grâce aux sensations, d'un instrument efficace pour contrôler la production verbale du patient. J'ai pu le constater également avec les autres acupuncteurs.

Il ne faudrait pas en conclure que l'acupuncteur manipule son patient; il n'y pas d'intentionnalité derrière cette stratégie. En réalité, il détourne sa propre attention du thème "sensible" de l'échange vers l'accomplissement de l'acte thérapeutique. Cela lui donne généralement un temps de répit durant lequel il peut maîtriser sa propre production verbale, soupeser les tenants et aboutissants de l'interaction, et la poursuivre favorablement.

f. L'absence de sensations

Jusqu'ici, j'ai parlé de situations où les sensations étaient à l'origine des échanges. Pourtant, il arrive aussi que l'*absence* de sensations fasse l'objet du discours. C'est ce qu'illustrent les deux extraits suivants.

Extrait 9 (Ariane et Colette)

Ariane est en train de poser une aiguille. Elle poncture et demande à Colette de lui indiquer lorsque le point sensible est atteint.

A - (...) { A palpe un point à la cheville droite et pique aiguille 19 } (28 sec.) ici'

C - X (1 minute)

A - rien du tout

C - pas rien du tout j'le sens bien

A - mais alors (X)

C - mais pas de: [d'frisson (X)]

A - [XX ouais ouais] + vous attendez quelque chose de spécial c'est ça la question

C - mais c'est p't'être quand même mieux + en tout cas c'est l'point qui est très sensible

A - ouais ouais (17 sec.) bon

C - mais ça travaille

A - bin j'pense' (X) { A prend de nouveau le pouls à D, puis à G } (1'31') bon on va laisser comme ça + hein'

La situation est tragi-comique. D'abord, Ariane pense que le long silence de Colette est dû à l'absence totale de sensations. Renseignement pris, Colette ressent bien l'aiguille; mais la sensation caractéristique de 'décharge', qu'elle nomme elle-même "frisson", n'a pas eu lieu. La réaction d'Ariane est teintée d'humour et de désespoir: "mais alors (X)". Sous-entendu, "vous pouviez me dire quelque chose !" Ariane reformule alors le contrat de l'échange, en remettant en question les attentes de sa patiente "vous attendez quelque chose de spécial, c'est ça la question". Ne pouvant se fier aux sensations de sa patiente, Ariane finit par vérifier

au moyen des pouls si l'aiguille a atteint son objectif⁶³. "Bon on va laisser comme ça" signifie que l'effet des aiguilles est satisfaisant et que le traitement est terminé.

Commentaire

Ariane n'a pas manqué de me dire comment elle a vécu la chose:

- (...) Je ne sais pas si vous avez remarqué, il faut un certain temps avec l'aiguille, pour orienter vraiment l'aiguille, pour sentir que ça passe. C'est ce qui fait que le temps de pose est relativement long avec elle. Donc dans ce sens-là ça peut être désécurisant parce qu'on peut se dire est-ce que j'ai touché, est-ce que je n'ai pas touché. Et bon c'est une particularité chez elle que je n'explique pas vraiment bien, pourquoi c'est comme ça. Aussi parce qu'elle a cette exigence d'avoir une certaine sensation, alors ce n'est pas toujours évident de savoir si l'énergie est passée en provoquant une sensation qui n'est pas ce qu'elle attend, ou bien si on est quand même à côté. C'est dans ce sens-là que ce n'est pas complètement sécurisant.

L'absence de sensations exprimées par sa patiente est une source d'insécurité. Sa manière de traiter - en navigation à vue - est peut-être en relation avec ce sentiment. Mais le fait que l'acupunctrice et sa patiente ont des attentes réciproques quant à la verbalisation des sensations importe davantage, ici, que la manière dont celles-ci sont dites: Colette n'a pas répondu aux attentes d'Ariane en gardant le silence sur ses sensations, c'est pourquoi l'acupunctrice reformule le contrat de l'échange en remettant en question les attentes de Colette. Il y a donc un accord que l'acupunctrice et sa patiente doivent trouver sur la verbalisation des sensations: Ariane ne pense pas qu'il soit nécessaire que Colette ressente une "décharge caractéristique" avant de dire ses sensations, ce que Colette croyait jusque là, d'où la remarque de l'acupunctrice: "vous attendez quelque chose de spécial c'est ça la question". En d'autres termes, "vous n'avez pas à attendre quelque chose de spécial pour me le dire". A quoi Colette répond: "C'est p't'être quand même mieux". Cet ajustement réciproque montre bien que la verbalisation des sensations est co-construite par les partenaires de l'interaction.

Extrait 10 (Aude et Carmen)

Le traitement touche à sa fin. Aude vient de retirer une aiguille de la tête de Carmen. Celle-ci affirme que l'endroit en question n'est plus douloureux.

C - oui là on n'pouvait pas toucher avant hein' { C parle de la région de la tête sujette à la douleur }

A - ouais + bon bien sûr + je viens d'enl'ver l'aiguille ça fait quand même là: la sensation d'aiguille vous l'avez encore hein on a quand même piqué si on presse + j'pense que vous le sentez quand même ou quoi

C - no:n'

A - pas la même chose

C - d'accord

A - OK + alors juste là un o'tit coup' {A stimule une dernière aiguille et la retire}

⁶³Il semble que l'effet des aiguilles sur l'homéostasie des fonctions énergétiques soit immédiatement perceptible aux pouls.

D'abord, l'acupunctrice est dubitative "bon bien sûr, la sensation de l'aiguille vous l'avez encore". Carmen nie. L'acupunctrice ne peut y croire; selon elle, il doit y avoir une sensation. Elle impose alors sa version: "pas la même chose". Carmen acquiesce. Aude est satisfaite, et clôt l'échange ("OK").

Aude ma donné son point de vue sur l'épisode:

- Ouais, ce qui m'a frappée un tout petit peu, quand j'ai enlevé les aiguilles, je ne sais pas si vous avez fait une fois l'acupuncture sur vous-même, on enlève une aiguille, vous pressez directement dessus, normalement on a quand même une petite sensation. Là, il me semblait que c'était quand même un petit peu exagéré de dire, surtout si on enlève une aiguille sur le crâne, et que je presse après dessus, qu'elle dit qu'elle ne sent rien. Ça me semble..(r) Pour moi je me pose une petite question, pour savoir s'il n'y a pas une forme d'autosuggestion.. je trouve ça presque trop !

- Ouais ?

- Ouais. Donc ça ça m'a un peu frappée, si vous voulez.

- Mais vous ne lui en avez pas parlé autrement, de ça ?

- Non. Je ne veux pas insister autrement. Disons j'ai quand même insisté un tout petit peu sur la question hein. Ce que je vous presse, ça ne fait pas mal ? puis non non pas du tout, je ne sens plus. Oh je ne veux quand même pas.. il faut la laisser vivre ça, à sa manière.

- Mhh. Donc ça veut dire que vous ne comptez pas nécessairement y revenir d'une façon ou d'une autre, sur cet aspect d'autosuggestion ?

- Non, non. Si ça peut l'aider, c'est positif. Non je la laisse alors régler cette chose pour elle-même, comme elle l'entend.

Commentaire

Il existe un hiatus entre cette dernière phrase d'Aude et sa réaction au propos de Carmen lors de la consultation. En effet, la situation est hautement asymétrique, comparable à la relation maître-élève en situation d'extorsion de la réponse (Perret-Clermont et al., 1992): la réponse ne résulte pas d'un pur exercice cognitif, mais d'un *guidage* de l'élève par l'adulte vers elle. De manière analogue, Aude extorque littéralement la sensation à Carmen. Le "d'accord" prononcé par Carmen l'indique sans ambiguïté. Comme dans l'extrait 9 (Ariane et Colette), il y a ici un ajustement entre Aude et Carmen sur la verbalisation des sensations: peut-être la patiente n'a-t-elle pas une sensation familière - "pas la même chose" -, mais l'acupunctrice insiste pour qu'elle la verbalise *quand même*; cela fait partie de ses attentes.

4. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Les paragraphes suivants tentent de réunir sous un même titre les observations que j'ai faites à propos des interactions entre patients et acupuncteurs en rapport avec la verbalisation des sensations, et de répondre de manière synthétique aux questions de recherche formulées au début du chapitre.

- La médecine traditionnelle chinoise est une approche globale de la personne. Cela se reflète de différentes manières sur l'interaction patient-acupuncteur:

- l'interrogatoire du début de la consultation ne se limite pas à la seule pathologie qui doit être traitée: l'acupuncteur établit un bilan de santé général du patient. Les post-entretiens montrent que les patients perçoivent positivement cette démarche: en effet, elle ne vise pas la seule restauration d'une partie du corps malade, mais implique aussi une attention accrue de la part du thérapeute sur le sujet malade lui-même;

- l'acupuncteur dispose, entre autres, de la technique des pouls pour établir ledit bilan de santé. Cette technique peut être confondue avec une prise du pouls conventionnelle, en raison du silence que peut garder le thérapeute sur sa nature véritable et sur l'information diagnostique qu'il en obtient. Ce silence semble être fonction du statut de l'acupuncteur dans l'organisation médicale, ainsi que des représentations qu'il se fait des connaissances du patient: un acupuncteur non-médecin ne peut pas prendre le risque d'être poursuivi en justice par le médecin traitant de son patient, parce que ce dernier aurait interprété une prise des pouls comme le diagnostic d'une pathologie. Le dispositif diagnostique autour de la prise des pouls peut toutefois informer le patient sur la nature de cette technique - indépendamment de l'échange verbal. Mais cela semble dépendre également du statut du praticien dans l'organisation médicale;

- la médecine chinoise ne dissocie pas le corps et l'esprit, et inscrit toujours la personne dans son contexte de vie - ce sont deux conditions essentielles pour la définition de la maladie. Pour cette raison, l'acupuncteur peut interroger son patient sur des aspects psychologiques (vie affective notamment), sur son vécu ou encore sur sa manière de vivre. Bien qu'il semble, d'après un acupuncteur, que la référence à la sphère psychique fasse partie des moeurs en Chine, elle n'est pas sans poser des problèmes en Occident. En effet, ce faisant l'acupuncteur court le risque de voir se lever des résistances du côté du patient, qui peut ressentir cette démarche comme une menace potentielle pour son identité. Ce sentiment est à mettre en relation avec les représentations sociales des affections psychiques en Occident, selon lesquelles le mal psychique est plus profond que la maladie somatique, est réputé incurable, ce qui met le malade au ban de la société. On peut aussi supposer que dans la perspective du patient, le cadre thérapeutique destiné à la discussion des problèmes psychologiques n'est pas le même que celui destiné à la résolution des problèmes somatiques. Ce sont deux cadres distincts (qui reflètent bien le dualisme corps/esprit dans le modèle médical occidental) que le patient ne tient probablement pas à confondre;

- la maladie n'a pas une *cause* spécifique, elle est la résultante d'un déséquilibre du système énergétique humain dans sa globalité. Cela implique que l'intervention de l'acupuncteur peut avoir lieu sur des endroits du corps qui n'ont pas de relation apparente avec le lieu où se manifestent le mal ou la douleur. C'est une chose qui peut étonner le patient occidental et remettre en question ses représentations du corps, et a fortiori ses représentations de la santé et de la maladie. Il arrive que l'acupuncteur exerce une fonction didactique pour conduire le patient vers de nouvelles représentations de cet ordre.

- La médecine chinoise (comme l'homéopathie) est à même d'intégrer dans le processus thérapeutique le langage du quotidien. Cela apparaît lors de la verbalisation des sensations, qui est un élément central de la co-construction du processus thérapeutique par l'acupuncteur et son patient, en raison notamment de l'importance du contact corporel dans la technique acupuncturale.

- *co-construction* signifie ici qu'il n'y a pas, théoriquement, un donneur et un receveur de soins - le premier étant actif et l'autre passif - mais un patient et un praticien qui travaillent ensemble pour définir le mal et rétablir la santé.

Lorsque le patient s'implique activement dans le processus de soins, il permet au thérapeute d'exercer et d'accroître ses compétences. La participation active du patient au processus thérapeutique peut se manifester de plusieurs manières: par l'intérêt qu'il porte à sa maladie; par une attention accrue à l'égard de lui-même et de son corps; par sa capacité de verbalisation des sensations. Tous les patients n'ont pas le même intérêt à participer activement au processus thérapeutique.

De par son modèle médical de référence, l'acupuncteur peut encourager la verbalisation des sensations, et accroître les compétences de son patient à le faire. Mais tous les acupuncteurs, en raison peut-être de leur formation thérapeutique, n'invitent pas leurs patients à verbaliser leurs sensations de façon identique.

Les séances analysées montrent que la verbalisation des sensations présente les caractéristiques suivantes:

1. Elle permet aux sensations d'être mises en mémoire dans un dossier médical. Le contexte de la consultation - l'interrogatoire notamment - peut les faire resurgir. Les sensations verbalisées sont ainsi un objet commun au patient et au thérapeute, construit dans l'interaction. Remémorées, elles permettent au thérapeute d'exercer un contrôle sur l'évolution du mal et sur les effets du traitement.
2. Elle donne à l'acupuncteur les moyens de mettre en oeuvre la logique propre à son modèle de référence - chose que ne peut pas faire entièrement le prédiagnostic, formulé en termes biomédicaux, que le patient communique parfois au praticien.
3. Elle peut être suivie d'hypothèses formulées par le patient sur l'attribution causale du mal. Le crédit que l'acupuncteur accorde à ces hypothèses dépend du registre du discours dans lequel elles ont été énoncées. Lorsque la *voix* du discours du patient diffère de celle du thérapeute, ce dernier peut les réfuter et accroître l'asymétrie en contrôlant les thèmes de l'échange, au moyen du dossier médical notamment. Le refus systématique des hypothèses du patient par l'acupuncteur constitue une menace pour la face du patient. La présence d'actes réparatoires de la part du thérapeute indique qu'il y a eu offense, mais qu'il y a également désir de rétablir la relation et de la poursuivre. Au lieu de refuser les hypothèses du patient sur l'attribution causale du mal, le thérapeute peut les inclure dans son modèle de référence. Il évite de cette manière le risque de mettre la face du patient en danger.
4. Dans certains cas, elle peut aider le thérapeute à construire et à orienter le traitement, voire à le corriger. Elle offre également une sécurité à l'acupuncteur en lui évitant des erreurs techniques. Dans ce sens, l'absence de verbalisations des sensations au cours du traitement peut être perçue comme une anomalie par l'acupuncteur, qui cherchera à vérifier avec le patient si le problème tient aux sensations elles-mêmes ou bien à leur verbalisation. Si la verbalisation des sensations est en cause, elle peut faire l'objet d'un réajustement entre les partenaires de l'interaction: comment, quand et quelle sensation il faut dire.
5. Au cours du traitement, elle peut être accompagnée de phénomènes mnésiques de la part du patient. Ceux-ci ont pour fonction de réguler le traitement lui-même; de gérer l'identité (de préserver la face dans la douleur; de retrouver la face suite à une offense); de gérer l'angoisse causée par la maladie (histoires de vie). On peut faire l'hypothèse que les phénomènes mnésiques ont d'autant plus de chances de se manifester que le thérapeute exerce une attention soutenue à l'égard du sujet malade lui-même.

VII. CONCLUSION

1. LA RELATION PATIENT-ACUPUNCTEUR: QUELQUES REFLEXIONS

Je pense que ce travail de mémoire a considérablement modifié mon regard sur *l'exercice de l'acupuncture en tant que médecine dite complémentaire*.

Lorsque je disais, dans l'introduction de mon exposé, que je m'interrogeais sur les *difficultés* que les acupuncteurs et leurs patients pouvaient rencontrer dans la consultation, je ne pensais pas en trouver des marques aussi fortes dans les séances analysées: celles-ci montrent que les malentendus, incompréhensions, désaccords, ou silences n'ont pas été rares - choses pourtant bien connues dans les études relatives aux consultations s'inscrivant dans le cadre de la médecine conventionnelle. Corollaire de cet état de fait: de nombreux ajustements nécessaires entre patients et acupuncteurs pour maintenir la relation (stratégies de gestion de l'identité), et des significations parfois non partagées sur l'origine ou la nature de la maladie (Ariane et Colette, Aude et Carmen), ou sur les rôles respectifs dans le cadre d'une médecine complémentaire (Ariane et Colette). Ce qui fait la particularité de la séance acuponcturale, et qui peut justement poser problème, c'est la rencontre de deux systèmes thérapeutiques de référence. Mais nous avons vu que le positionnement hiérarchique dans l'organisation médicale (Alex et César) n'est pas étranger à ces difficultés, tout comme la situation immédiate de l'interaction, lors de la pose ou du retrait des aiguilles par exemple (Ariane et Colette, Aude et Carmen).

En peu de mots, il est apparu que les interactions observées tentaient de conserver un *équilibre* entre des forces centrifuges et des forces centripètes, celles-là travaillant en faveur du lien entre acteurs, celles-ci essayant de le dissoudre. C'est pourquoi je suis tenté de croire que ce qui touche au domaine de l'intersubjectivité se rapporte avant tout à cette *dynamique* d'équilibre des liens entre sujets, plutôt qu'à la *nature* de ces liens. En fin de compte, de ce point de vue, la nature d'une relation résulte précisément de cette dynamique.

A un autre niveau, l'ajustement des interactants à la situation concrète exige de leur part une relativisation des prémisses interprétatives (modèles médicaux, institution, scripts) de cette situation. Ainsi, il est possible de définir ces prémisses ou contextes comme des *prototypes de l'action*, c'est-à-dire comme des modèles d'action qui doivent être reconstruits au moment de la rencontre entre patient et thérapeute.

A mes yeux, cela est probablement à l'origine de l'écart entre le *dire* et le *faire* observé chez les acupuncteurs et leur patients. Les uns et les autres tendent à dire que la relation, telle qu'ils la conçoivent, repose sur la 'communication', le 'dialogue', bref, quelque chose qui ressemble à une symétrie dans l'échange. Dans les faits, je constate que l'asymétrie est souvent préservée, en particulier lorsque l'acupuncteur conduit l'interrogatoire avec des questions fermées en s'appuyant sur le dossier médical de son patient. Celui-ci, de son côté, ne cherche pas forcément autre chose qu'une réparation de son corps, sa demande se résumant à "'docteur' faites quelque chose", plutôt qu'à "'docteur', que *pouvons-nous* faire".

Je ne pense pas qu'il faille interpréter ces écarts entre le dire et le faire comme l'incapacité des acteurs à tenir parole, ou interpréter leur parole comme étant un vernis masquant des intentions peu claires. Les prototypes de l'action ne sont pas des schémas rigides déterminant strictement l'action. Dans la mesure où les acteurs sociaux disposent de prototypes plus ou moins différents, des schémas rigides rendraient impossible tout ajustement interindividuel.

Au contraire, ces prototypes doivent plutôt se donner comme des possibles qui s'actualiseront ou non en fonction des contraintes de l'interaction.

Dans une optique plus positive, je relèverai qu'une des découvertes centrales de ma recherche a été l'impressionnante production symbolique, métaphorique notamment, à laquelle étaient capables de se livrer les acupuncteurs et leur patients. A ce sujet, je pense que cette production correspondait dans certains cas à une co-construction 'réussie' de la référence (les sensations en particulier), je pense par exemple à Arnaud et Conrad échangeant autour du 'caillou pointu', à Ariane et Christine à propos des 'roi et reine fourmis'. La discussion que je vais ouvrir plus loin, dans la seconde partie de cette conclusion, se veut modestement un encouragement à une exploration de ce domaine peu connu qu'est l'utilisation de la métaphore à des fins diagnostiques.

Face à l'approche constructiviste, la prise des pouls est un phénomène assez étonnant, dans la mesure où elle semble bien se dérouler et aboutir avec succès dans un contexte d'interaction minimum. Ici, l'intersubjectivité que j'essaie de défendre semble céder la place à une subjectivité qui pourrait s'apparenter à une forme dure de cognitivisme: de manière un peu simpliste, l'acupuncteur recevrait un stimulus au bout de ses doigts, ce stimulus serait interprété par les différentes structures de sa mémoire, et cette interprétation aboutirait elle-même à une réponse soit verbale, soit de l'ordre de l'action ou des deux. Même si l'apprentissage des pouls semble résulter d'un processus socio-cognitif, l'acupuncteur pourrait théoriquement se passer, lors de la prise des pouls, de la production verbale du patient pour établir son diagnostic. Je pense que cela mérite vérification - le débat reste ouvert.

En dernier lieu, je pense que le modèle holographique a porté ses fruits, dans la mesure où il m'a aidé à concevoir les interactions comme une dynamique s'exerçant sur différents niveaux contextuels. Il est aussi intéressant de noter que ce modèle semble être partagé à la fois par le cadre théorique de mon analyse - l'optique interactionniste de la psychologie sociale - et par la pratique de la médecine chinoise telle qu'elle est définie par les acupuncteurs (indépendamment de l'écart entre le dire et le faire): importance accordée à la contextualisation (de la situation, des sujets), à l'échange (des points de vue, des savoirs), à la construction conjointe de la référence (l'interprétation des symptômes, des sensations).

2. DISCUSSION. METAPHORE OU ANALOGIE ?

A plusieurs reprises au fil du texte j'ai dit que la verbalisation des sensations reposait sur la figure linguistique qu'est la métaphore, par exemple le "caillou pointu", "le roi et la reine fourmi". Je n'ai toutefois pas parlé des questions que soulevait l'utilisation du mot *métaphore* dans le contexte de mon étude, et en quoi cette figure se différenciait de l'*analogie*.

L'intention de mon propos n'est pas tant de décider lequel des deux mots convient le mieux pour décrire les verbalisations du type de celles que je viens de citer, que d'essayer de voir quelle démarche cognitive sous-tend la définition de cette réalité subjective et "invisible" qu'est la sensation.

Comme le montre Indurkha (1993), les linguistes eux-mêmes ont des définitions très différentes du mot *métaphore*. L'auteur distingue deux acceptions de la métaphore: la première, étroite, désigne une façon particulière d'utiliser les mots et les phrases d'une langue; la seconde, plus large et qui fait l'objet de son étude, fait référence au processus de conceptualisation lui-même.

Selon Indurkha (ibid.), les linguistes s'accordent généralement à dire que la métaphore est la description d'un objet ou événement - réel ou imaginaire - appelé *cible* (*target* en anglais) au moyen d'un mot, appelé *source*, dont le signifié est utilisé de manière non conventionnelle (c'est-à-dire que le mot ne correspond pas à la définition que lui donnent habituellement les dictionnaires). Par exemple, dans la métaphore "l'homme est un loup pour l'homme", le mot *homme* est la cible, et le mot *loup* la source.

A partir de là, les positions théoriques divergent. Selon l'approche cognitive de Indurkha (ibid.), il existe trois types de métaphores: la métaphore conventionnelle; celle basée sur la ressemblance entre la cible et la source; celle basée sur la création de la ressemblance. La première fait partie du langage courant; par exemple "se casser la gueule". La deuxième invite le lecteur à effectuer une comparaison entre la cible et la source. Par exemple "le ciel pleure": il y a une comparaison entre la pluie qui tombe du ciel et les larmes qui s'écoulent des yeux d'une personne. La troisième ne comprend pas de similitude entre la source et la cible; il suffit de mettre côte-à-côte deux mots n'appartenant pas au même domaine de signification pour créer la similitude. Ainsi, si l'on compose la paire de mots chat-brouillard, on pourra toujours trouver des similitudes entre les réalités que ces deux mots désignent. Indurkha pense que la métaphore repose essentiellement sur ce dernier processus.

La position théorique d'Indurkha implique d'une part que la similarité entre la source et la cible ne repose sur aucune réalité extra-linguistique, d'autre part que seul le texte (le contexte) est en mesure d'amener un éclairage sur la signification de la métaphore. Si je transpose ces idées sur la verbalisation des sensations, la métaphore qui désigne celles-ci n'est qu'une construction sociale dont la signification est négociée au moment de l'interaction entre le patient et l'acupuncteur. Il en découle que la maladie n'est pas tant un phénomène naturel qu'un phénomène social et culturel.

Cette thèse m'apparaît cohérente, mais elle évacue la question qui consiste à se demander si, dans cette optique, la verbalisation des sensations n'a pas quelque chose d'arbitraire. En d'autres termes, la métaphore désignant les sensations repose-t-elle uniquement sur la réalité culturelle et sociale ?

Répondre de manière affirmative et définitive à la question reviendrait à exclure certains faits assez obscurs à mes yeux:

- après qu'un patient a dit ses sensations au moyen de la métaphore, un acupuncteur peut faire une interprétation sur la base d'un modèle dont les prémisses reposent sur des concepts éloignés dans le temps et l'espace de ceux de son patient. Ainsi, Arnaud peut interpréter la métaphore du caillou pointu à partir des cinq éléments chinois;

- dans la littérature, la source et la cible de la métaphore renvoient le plus souvent à deux réalités relevant de la sensation visuelle, qu'elles soient objet ou événement, réelles ou imaginaires. Ce n'est pas le cas de la sensation douloureuse ni de la sensation procurée par l'aiguille d'acupuncture. Celles-ci, pour être verbalisées, doivent être d'abord transposées dans le registre des sensations visuelles. Or il se trouve que des individus appartenant à la même culture font des transpositions identiques: à telle sensation telle image. Que plusieurs individus appartenant à la même culture utilisent la même image, là n'est pas la question. Plutôt s'agit-il de se demander comment des individus différents parviennent à utiliser la même image pour désigner, par exemple, la même affection chez chacun d'entre eux (Roberts, 1990).

Lakoff (1987) montre que derrière plusieurs expressions métaphoriques ou métonymiques servant à désigner la colère dans la langue anglaise américaine, il existe une organisation conceptuelle cohérente qui les lie entre elles, basée vraisemblablement sur des théories populaires - c'est-à-dire sur des représentations sociales. Par exemple, dans la société nord américaine, les émotions sont comprises comme des phénomènes physiques: la colère est une forme d'énergie qui produit une chaleur interne, qui à son tour développe de la vapeur, de la pression, une radiation calorique, de l'agitation.

Si l'on admet que l'essence de ces métaphores est uniquement culturelle, on doit aussi en déduire que leur signification n'émerge pour un individu que s'il est passé par les rites de la socialisation américaine. En d'autres termes, un Chinois ne devrait pas pouvoir comprendre ces métaphores, à moins qu'il n'adopte, au moins en partie, certains caractères (qu'il conviendrait encore de définir avec précision) propres à la culture américaine.

Ce que je constate dans mes analyses, c'est qu'Arnaud est capable d'interpréter la métaphore du *caillou pointu* au moyen des bases conceptuelles de la médecine chinoise: le caillou, c'est la pierre; la pierre c'est le minerai; le minerai c'est le métal. Il n'y a pas à se méprendre sur le terme *c'est*: Arnaud n'établit pas une identité d'objets ou de parties d'objets, mais une *identité de structures et de rapports*. En bref, il fait une analogie (Reboul, 1986). Cela rejoint la position théorique de de Coster (1978), selon laquelle la métaphore est une analogie elliptique, ou *analogie condensée*.

Voici deux exemples de raisonnement analogique:

1. "Prenez une noix, coupez-la en deux et posez ses deux moitiés devant vous. L'analogie morphologique avec le cerveau saute aux yeux. La coque, c'est le crâne; dans chaque moitié de noix, on trouve les deux hémisphères du cerveau avec la faux, les circonvolutions typiques. Poussons la comparaison plus loin. On fait l'analyse chimique et on découvre que, parmi les éléments importants de la noix, se trouvent les phospholipides. Et comme par hasard le cerveau, lui aussi, est formé en grande partie de phospholipides. Même l'analyse chimique confirme cette analogie noix-cerveau. La loi qui construit la noix est la même que celle qui construit notre cerveau, mais à un niveau d'énergie différent" (Macherel, 1988, p. 30).

2. "Prenez l'armoise, une plante chinoise qu'on trouve chez nous. C'est une grande marguerite jaune. Quand vous la regardez, elle suggère le soleil et le soleil, c'est le feu. En médecine chinoise, on utilise les feuilles pour façonner de petits cigares qu'on allume pour chauffer les points d'acupuncture. On appelle les cigares moxas. Ça donne de l'énergie, ça tonifie. Ce qui est intéressant, c'est que les Chinois ont choisi cette plante parce qu'ils voulaient une substance dont le point de combustion soit très élevé. Et comme par hasard, il s'avère que la feuille d'armoise a un point de combustion plus élevé que le tabac. Maintenant, faites une tisane avec ces feuilles, elle est amère, très amère et, comme par hasard, l'amertume est celle des cinq saveurs qui correspond au "feu", donc le coeur" (ibid.).

Il se trouve donc que l'analogie repose sur la relation d'identité entre deux structures de la réalité sensible. Si l'on admet que la métaphore est sous-tendue ici par l'analogie, on peut faire l'hypothèse qu'il n'y a pas d'arbitraire dans la verbalisation des sensations: l'image qui constitue la source de la métaphore et l'objet cible qu'est la sensation non visuelle auraient une structure identique. Ce qui expliquerait, entre autres, pourquoi la transposition du visuel au non visuel est possible, pourquoi une métaphore est capable de désigner le même mal chez des patients différents (Roberts, 1990) et pourquoi un praticien occidental peut se servir des

bases conceptuelles de la médecine chinoise, datant du Nei Jing, pour interpréter la métaphore formulée par un patient non chinois du vingtième siècle. On pourrait aussi, par exemple, parler de *matrice* au lieu de structure, concept qui évoque assez bien l'idée d'un processus de construction - culturelle notamment - des termes de l'analogie, autour d'une structure dotée d'une certaine permanence spatio-temporelle.

Cette thèse implique l'existence d'un lien univoque - et non polysémique - entre les structures des termes de l'analogie. Cela pourrait vouloir dire que la co-construction de la signification de la métaphore ne porte pas sur ce lien, mais plutôt sur l'*identification* des structures ou matrices ainsi que sur leur *interprétation*.

Une situation d'identification des structures me semble être l'apprentissage des poulx, que j'ai décrit plus haut. L'expert apprend en effet au novice à reconnaître quelle sensation tactile correspond à quelle métaphore. La structure de la sensation est censée être la même sous les doigts de chaque acupuncteur et sur le poignet de chaque patient, en tout temps et en tout lieu, en Occident comme en Chine. Ce qui peut changer, c'est l'apparence, la forme de l'objet-source: le poulx qui est semblable à la corde d'un arc tendu peut se transformer en un poulx semblable à la corde tendue d'une guitare - ces deux métaphores sont valables parce que leur structure ne change pas.

Il faut pourtant reconnaître que le processus par lequel un individu peut identifier ces structures n'apparaît pas de manière évidente. Etant donnée la rapidité avec laquelle Conrad exprime la métaphore du caillou pointu, on pourrait faire l'hypothèse que la métaphore, plus que l'analogie, fait appel à un processus synthétique, immédiat, une intuition en quelque sorte. La question reste ouverte. Je constate, à l'analyse des discours, que l'acte de construction de la métaphore n'est pas distribué équitablement chez tous les patients. Christine est très performante dans ce genre d'exercice. Mais c'est elle, aussi, qui d'entre tous connaît le mieux la médecine chinoise et l'homéopathie. De par sa profession elle est aussi sensible à ce système de pensée. La pensée chinoise, l'homéopathie, l'art, sont des systèmes de pensée entièrement construits sur la métaphore et l'analogie. Christine possède donc une *culture métaphorique et analogique*, qu'elle partage avec Ariane. Ariane et Christine parlent le même langage, non pas au sens où elles partagent le même code linguistique, mais au sens où leur mode d'appréhension du réel est le même.

Quant à l'interprétation des structures, il y a celle de la métaphore du caillou pointu, que j'ai déjà citée (caillou-pierre-minéral-métal-intestin), mais aussi celle des fourmis que ressent Christine et interprétée par Ariane dans une séquence du type "fourmillement + localisation sur le corps = énergie bloquée sur le méridien des reins". Il suffirait - simple supposition - que le patient d'Arnaud conteste l'analogie *caillou-métal* et lui préfère celle du *caillou-terre* pour changer potentiellement la définition du mal.

Ces réflexions à l'état embryonnaire m'amènent à penser que la consultation mettant en scène des acupuncteurs et leurs patients se présente comme un laboratoire privilégié pour l'étude des signes et des représentations de la santé et de la maladie dans un contexte pluri-culturel. Je pense aussi qu'il serait très fructueux d'élargir les bases de mon exposé en faisant intervenir des équipes pluri-disciplinaires pour l'étude de contextes... analogues.



Rompre avec l'étude délivre des soucis

Tao Te King

VIII.BIBLIOGRAPHIE

Psychologie et médecine occidentale

- Aharony, L., Greenberger, D. & Strasser, S. (1993). The patient Satisfaction Process: Moving Toward a Comprehensive Model. Medical Care Review, 50, 2, 219-248.
- Apothéloz, D. & Grossen, M. (1991). Négociation des significations et dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique. Texte présenté au 1er colloque international "Communication, Sciences du Langage et Sciences Humaines" sur le thème "L'analyse des interactions", Université de Provence, Aix-en-Provence, 12-14 septembre 1991.
- Aronsson, K. & Rundström, B.(1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. Text, 8, 159-189.
- Aronsson, K., Sätterlund Larsson, U. & Säljö, R. (in press). Medical diagnosis and the micropolitics of care. In I.Markova (Ed.), Health, Self and Society.
- Augé, M. & Herzlich, C. (Eds). (1986, 2e édition). Le sens du mal. Paris: Editions des Archives contemporaines.
- Balint, M. (1960). Le médecin, son malade et la maladie. Paris: PUF.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1986). La construction sociale de la réalité. Paris: Méridiens Klincksieck.
- Bovet, J. & Gilliéron, E. (1984). Le différenciateur sémantique d'Osgood. Présentation d'un test pour mesurer les effets des psychothérapies. Médecine et Hygiène, 42, 2894-2897.
- Buss, W. (1981). L'aspect psychologique de la consultation médicale vu à travers un questionnaire. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de docteur en médecine. Lausanne.
- Cedersund, E. (1992). Talk, text and institutional order. A study of communication in social welfare bureaucracies. Linköping (Sweden): Linköping Studies in Arts and Science, N°78.
- Chertok, L. (1992). L'énigme de la relation au cœur de la médecine. Paris: Laboratoires Delagrangé.
- Cicourel, A.V. (1987). Cognitive and Organizational Aspects of Medical Diagnostic Reasoning. Discourse Processes, 10, 347-367.
- Cosnier, J., Grosjean M. & Lacoste, M. (Sous la dir. de). (1993). Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Sous la dir. de). Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins (pp. 17-31). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

- Coster, M. de (1978). L'analogie en sciences humaines. Paris: PUF.
- Coulon, A. (1990). L'ethnométhodologie. Paris: PUF.
- Dantzer, R. (1989). L'illusion psychosomatique. Paris: Editions Odile Jacob.
- Dey, I. (1993). Qualitative data analysis. London and New York: Routledge.
- Doise W. & Palmonari, A. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari, L'étude des représentations sociales. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Duck, S. (1992). Human relationships. London: Sage Publications.
- Duranti, A. (1986). The audience as consultation-author: an introduction. Text, 6, 3, 239-247.
- Ethical Principles of Psychologists (1990). American Psychologist, 45, 3, 390-395.
- Existe-t-il un sujet psychosomatique ? (1989). Analytica, 59. Paris: Navarin Editeur.
- Fisher, S. & Todd, A.D. (Eds.). (1983). The Social Organization of Doctor-Patient Communication. Washington: Center for Applied Linguistics.
- Foucault, M. (1988, 1ère éd.1966). Naissance de la clinique. Paris: PUF.
- Freund, P.E.S. & McGuire, M.B. (1991). Health, Illness, and the Social Body. A Critical Sociology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gaulmyn, M.-M. de (1987). Reformulation et planification métadiscursives. In J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni, Décrire la conversation. Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Gonseth, M.-O. (Ed.).(1993-1994). Les frontières du mal: approches anthropologiques de la santé et de la maladie. Ethnologica Helvetica, 17-18. Berne: Société suisse d'ethnologie.
- Grossen, M. (1988). La construction sociale de l'intersubjectivité entre adulte et enfant en situation de test. Cousset (Fribourg): DelVal.
- Grossen, M. (1990). Perspective psycho-sociale sur les interactions entre intervenants et consultants: l'exemple de la consultation logopédique. Tranel, 16, 113-123.
- Grossen, M. (1992). L'interaction comme unité d'analyse: conséquences théoriques et méthodologiques pour l'étude de l'activité cognitive de l'enfant en situation de test et en situation de co-résolution de problèmes. Université de Neuchâtel.
- Grossen, M. & Perret-Clermont, A.-N. (sous la direction de). (1992). L'espace thérapeutique. Cadres et contextes. Neuchâtel, Paris: Delachaux et Niestlé.
- Hall, E.T. (1979). Au-delà de la culture. Paris: Seuil.

- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Sous la dir. de). Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins (pp. 65-83). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Heen Wold, A. (1992). The Dialogical Alternative. Towards a Theory of Language and Mind. Oslo: Scandinavian University Press.
- Herzlich, C. (1986). Les représentations sociales de la santé et de la maladie, et leur dynamique dans le champ social. In W. Doise & A. Palmonari (Eds), L'étude des représentations sociales. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Holzer, A.-M. (1992). Analyse psycho-sociale d'une consultation astrologique. Mémoire du Certificat de formation permanente en psychologie et sciences de l'éducation. Neuchâtel: Séminaire de Psychologie, Université de Neuchâtel.
- Hundeide, K. (1992). The Message Structure of Some Piagetian Experiments. In A. Heen Wold (Ed.), The Dialogical Alternative. Towards a Theory of Language and Mind (pp. 139-156). Oslo: Scandinavian University Press.
- Illich, I. (1975). Némésis médicale. L'expropriation de la santé. Paris: Seuil.
- Indurkha, B. (1993). Metaphor and cognition. An Interactionist Approach. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.
- Jolly, C. & Jolly D. (sous la dir. de). (1993). Malade ou client ? Paris: Economica.
- Lacoste, M. (1993a). Langage et interaction: le cas de la consultation médicale. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Sous la dir. de). Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins (pp. 33-61). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Lacoste, M. (1993b). Le "travail" du malade dans la consultation hospitalière. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Sous la dir. de). Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins (pp. 85-97). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Lakoff, G. (1987). Women, Fire, and dangerous Things. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Laplantine, F. (1986). Anthropologie de la maladie. Paris: Payot.
- Latour, B. (1993). La clef de Berlin, et autres leçons d'un amateur de sciences. Paris: Editions La Découverte.
- Le consentement éclairé du patient: comment briser le mur du silence ? Institut universitaire Kurt Bösch. Actes du colloque (Verbier, 1993), Cahier N°4.
- Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse. (1986). Analytica, 48. Paris: Navarin Editeur.
- Lebrun, J.-P. (1993). De la maladie médicale. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.

- Masson, D. (1984). Apports de l'approche systémique dans les troubles somatoformes. Médecine et hygiène, 42, 2904-2905.
- Mishler, E.G. (1984). The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Mishler, E.G., Amarasingham, L.R., Osherson S.D. & Waxler, N.E., Hauser, S.T., Liem, R. (1981). Social contexts of health, illness, and patient care. Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Perret-Clermont, A.-N., Schubauer-Leoni, M.-L. & Trognon, A. (1992). L'extorsion des réponses en situation asymétrique. Verbum, 1/2, 3-32, 1992.
- Raffler-Engel, W. von (Ed.). (1981). Doctor-Patient Interaction. Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Reboul, O. (1986). La rhétorique. Paris: PUF (Que sais-je ?).
- Roberts, H.A. (1990). Les sensations "comme si". Paris: Editions Similia.
- Rommetveit, R. (1979). On the Relationship Between Children's Mastery of Piagetian Cognitive Operations and their semantic competence. In R. Rommetveit & R. Blakar (Eds.), Studies of Language, Thought and Verbal Communication. London: Academic Press.
- Rossi, I. (1993-1994). Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie : une diagonale anthropologique. In M.-O. Gonseth (Ed.), Les frontières du mal: approches anthropologiques de la santé et de la maladie. Ethnologica Helvetica, 17-18. Berne: Société suisse d'ethnologie.
- Sätterlund Larsson, U. (1989). Being involved. Patient Participation in Health Care. Linköping, Sweden: Linköping University, Linköping Studies in Arts and Science, 36.
- Schmidt, P. (1975). La consultation homéopathique: l'art d'interroger. Conférence. Genève, 1975.
- Schneider, P.B. (1984). Psychologie médicale. Paris: Payot.
- Schneider, P.B. (1991). Regards discrets et indiscrets sur le médecin. Paris: Masson.
- Silverman, D. (1987). Communication and Medical Practice. Social Relations in the Clinic. London: Sage Publications.
- Strauss, A. (1992). La trame de la négociation. Paris: L'Harmattan.
- Thinès, G. & Lempereur, A. (1984). Dictionnaire général des sciences humaines. Paris: CIACO Éditeur.

West, C. & Frankel R.M. (1991). Miscommunication in Medicine. In N. Coupland, H. Giles, J.M.Wieman (Eds), "Miscommunication" and Problematic Talk. London: Sage Publications.

Wilde, B., Starrin B., Larsson G. & Larsson M. (1993). Quality of Care from a Patient Perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 7, 113-120.

Médecine chinoise et médecines complémentaires

- Auteroche B. & Navailh P. (1983). Le diagnostic en médecine chinoise. Paris: Maloine S.A. Editeur.
- Autres médecines, autres moeurs.(1986) Revue Autrement, Série Mutations, 85.
- Boudon, P. (1979). La représentation du corps dans la pensée et la médecine chinoise. Anthropologica, 21, 1, 72-120.
- Dessèvre, C. (1989). L'acupuncture: les percées de la médecine chinoise. Que choisir (Hors série).
- Furnham, A. & Bhagrath, R. (1993). A comparison of health beliefs and behaviours of clients of orthodox and complementary medicine. British Journal of Clinical Psychology, 32, 237-246.
- Hoizey, D. & Hoizey, M.-J. (1988). Histoire de la médecine chinoise. Paris: Payot.
- La Sinobiologie®, ou la santé venue de Chine.(1988). (3e édition). Rosheim: Université Européenne de Sinobiologie.
- Lao Tseu. Tao Te King. Traduction par Ma Kou (1984). Paris: Albin Michel.
- Lauwaert, F. (1994). Semence de vie, germe d'immortalité. L'Homme, 129, janv.-mars 1994, XXXIV (1), 31-57.
- Lavier, J. (1973). Médecine chinoise, médecine totale. Paris: Bernard Grasset.
- Lavier, J.(1978). L'acupuncture chinoise. Paris: Laffont.
- Macherel, B. (1988). L'éveil à une autre médecine. Fribourg: Editions Martin Michel.
- Marcovitch, A. (1989). Devenir acupuncteur: ethnographie d'une ambiguïté. L'Ethnographie, 85, 1, 35-46.
- Nguyen, V.N. (Ed.).(1984). Médecine traditionnelle chinoise (4e édition). Marseille.
- Requena, Y. (1982). Acupuncture et psychologie. Paris: Maloine.
- Roberts, H.A. (1990). Les sensations "comme si". Paris: Editions Similia.
- Schmidt, P. (1975). La consultation homéopathique: l'art d'interroger. Conférence. Genève, 1975.
- Souzenelle, A. de (1991, 1ère éd.1984). Le symbolisme du corps humain. Paris: Albin Michel.

- Sun, Z. (1992). Pratiques médicales en Chine. De la médecine traditionnelle à la chirurgie. Paris: Librairie You Feng.
- Surany, M. (1982). Trois rides sur le front... d'après la psychologie des organes méridiens dans la médecine chinoise. Paris: Guy Trédaniel, Editions de la Maisnie.
- Tétau, M. (1978). Homéopathie. Paris: Maloine s.a. éditeur.
- Wong, M. (1987). Ling-Shu. Base de l'acupuncture traditionnelle chinoise. Paris: Masson.

ANNEXES

ANNEXE 1

Luca Oppizzi
Séminaire de psychologie
Université de Neuchâtel
Espace Louis-Agassiz 1
2000 NEUCHÂTEL

Décembre 1993

Base de travail pour la recherche en psychologie
- mémoire de licence - portant sur l'analyse
de consultations en acupuncture⁶⁴

Cette recherche porte sur les relations entre des acupuncteurs et leurs clients. Elle a pour but la réalisation, par Luca Oppizzi, d'un mémoire de licence en psychologie, sous la responsabilité du professeur Michèle Grossen, du Séminaire de Psychologie de la Faculté des Lettres à Neuchâtel.

La recherche représente un investissement humain et matériel important, et exige pour cela des garanties de la part de chaque participant.

1. Le chercheur :

- a) s'engage à respecter en tout temps l'anonymat du praticien et du client : il ne divulgue à personne l'identité de ces derniers, ni en cours de recherche, ni dans le travail écrit final (mémoire de licence). Aucun nom de personne ou de lieu permettant de les reconnaître ne figurera dans le mémoire.
- b) est la seule personne autorisée, avec éventuellement le responsable de la recherche, à accéder directement aux enregistrements audio des consultations.
- c) s'engage à informer globalement les participants, de l'usage qui est fait du matériau auquel ils ont contribué pour la recherche.

2. Le praticien :

- a) participe de plein gré à la recherche.

⁶⁴Document confidentiel; ne peut être lu que par le thérapeute, son client et le chercheur impliqués dans la recherche.

b) accepte que le chercheur accède librement, d'entente avec lui, à certaines consultations. Il autorise le chercheur à enregistrer entièrement, en audio, les consultations choisies et les entretiens ultérieurs.

3. Le client :

a) participe de plein gré à la recherche.

b) accepte que le chercheur soit présent lors de ses consultations. Il autorise le chercheur à enregistrer entièrement, en audio, les consultations et entretiens auxquels il participe.

Généralités :

Le chercheur, le praticien et le client s'informent mutuellement, le cas échéant, des contretemps relatifs à la planification de la recherche, afin qu'elle puisse se poursuivre dans des conditions idéales.

Le praticien et le client peuvent quitter à tout moment la recherche.

Ils sont conscients, toutefois, que leur capacité d'engagement détermine grandement sa réussite.

Lu et approuvé par les soussignés :

- Le chercheur : Luca Oppizzi
- Le praticien :
(Nom et signature)
- Le client :
(Nom et signature)

* * *

Complément à la base de travail N°1 (facultatif)

Consultation filmée avec la vidéo

La recherche présentée en pages 1 et 2 peut être complétée par l'enregistrement vidéo de consultations. Le chercheur s'engage, sauf autorisation expresse et écrite de toutes les parties concernées, à ne montrer les images ainsi obtenues à personne, dans le souci de maintenir leur anonymat.

Le praticien et son client qui acceptent, d'un commun accord, de se laisser filmer, aux conditions fixées ci-dessus, peuvent apposer ci-bas leurs nom et signature :

- Le chercheur : Luca Oppizzi.....
- Le praticien :
(Nom et signature)
- Le client :
(Nom et signature)

* * *

Complément à la base de travail N°2 (facultatif)

Utilisation du film vidéo lors d'un séminaire de recherche (cas 1)

La recherche présentée en pages 1 et 2 fera l'objet d'une présentation à d'autres chercheurs lors d'un séminaire en psychologie à l'Université de Neuchâtel. La présentation peut être rendue plus vivante à l'aide d'images vidéo enregistrées lors d'une consultation. Dans ce cas, le chercheur s'engage toutefois à préserver l'anonymat du praticien et du client en ne montrant que les gestes techniques propres à l'acupuncture. Ceci implique toutefois que certaines parties des corps du client et du praticien, excepté le visage, seront exposées, au moment seul du séminaire, aux tierces personnes mentionnées.

Les images faisant l'objet de cette présentation seront choisies, d'un commun accord, par le client, le praticien et le chercheur.

Les personnes participant au séminaire de recherche en psychologie sont tenues au secret professionnel.

Le praticien et son client qui acceptent que de telles images soient montrées à des tiers lors d'un séminaire de psychologie, aux conditions fixées ci-dessus, sont priés d'apposer ci-bas leurs nom et signature :

- Le chercheur : Luca Oppizzi
- Le praticien :
(Nom et signature)
- Le client :
(Nom et signature)

* * *

Complément à la base de travail N°3 (facultatif)

Utilisation du film vidéo lors d'un séminaire de recherche (cas 2)

La recherche présentée en pages 1 et 2 fera l'objet d'une présentation à d'autres chercheurs lors d'un séminaire en psychologie à l'Université de Neuchâtel. La présentation peut être rendue plus vivante à l'aide d'images vidéo enregistrées lors d'une consultation.

Exceptionnellement, et lors de ce seul séminaire, le praticien et son client acceptent que leur anonymat soit rompu en autorisant le chercheur à montrer une consultation où leurs deux visages seront visibles.

Dans ce cas, les images seront choisies, d'un commun accord, par le client, le praticien et le chercheur.

Les personnes participant au séminaire de recherche en psychologie sont tenues au secret professionnel.

Le praticien et son client qui acceptent que de telles images soient montrées à des tiers lors d'un séminaire de psychologie, aux conditions fixées ci-dessus, sont priés d'apposer ci-bas leurs nom et signature :

- Le chercheur : Luca Oppizzi
- Le praticien :
(Nom et signature)
- Le client :
(Nom et signature)

* * *

ANNEXE 2

Quelques points à relever lors de l'observation des consultations

[Abréviations : A=Acupuncteur, C=Client, L=moi-m.]

- Nom du praticien :.....

- Client :.....

- Consultation N° :.....

- Début (heure) :

- Fin (") :

- Prise du pouls chinois ? Précède l'anamnèse ?

☐ oui

☐ non

☐ oui

☐ non

- Dans quelle position ? où (table, lit) ?

C.....

A.....

- Poignets : - Ailleurs ? (chevilles).....

☐ Droit

☐ Gauche

.....

- Discussion autour de symptômes précis ?

☐ oui

☐ non

-Remarques:

.....

.....

.....

.....

- Pose des aiguilles :

- est-elle annoncée ?

- ☐ oui
- ☐ non

- préparation particulière ?

- ☐ oui
- ☐ non

- si oui laquelle ?.....

- y a-t-il échange verbal lors de la pose des aiguilles ?

- ☐ oui
- ☐ non

- si oui autour de quel pôle ?

- ☐ 1. le mal
- ☐ 2. le traitement
- ☐ 3. le client
- ☐ 4. le thérapeute

- pose symétrique ? ☐

- pose manuelle ? ☐

-Remarques:

.....

.....

.....

.....

- Lorsque les aiguilles agissent :

- Y a-t-il échange verbal ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Si oui autour de quel pôle ?

- ☐ 1. le mal
- ☐ 2. le traitement

☐ 3. le client

☐ 4. le thérapeute

- Autre occupation du thérapeute à ce moment-là ?.....

.....

- Le client parle-t-il au psychologue ?

☐ oui

☐ non

- si oui de quel sujet ?

☐ 1. le mal

☐ 2. le traitement

☐ 3. le client

☐ 4. le thérapeute

☐ 5. Autre.....

.....

- s'il parle du mal, quel est-il en bref ?.....

.....

.....

- Remarques :.....

.....

.....

.....

- Retrait des aiguilles :

- Est-il annoncé ?

☐ oui

☐ non

- Y a-t-il discussion ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Si oui autour de quel pôle ?

- ☐ 1. le mal
- ☐ 2. le traitement
- ☐ 3. le client
- ☐ 4. le thérapeute

- Remarques :

.....

.....

.....

- Fin de la consultation :

- Y fait-on le point de la situation ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Remarque :

.....

.....

.....

- Evénement critique ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Si oui, lequel?.....

.....

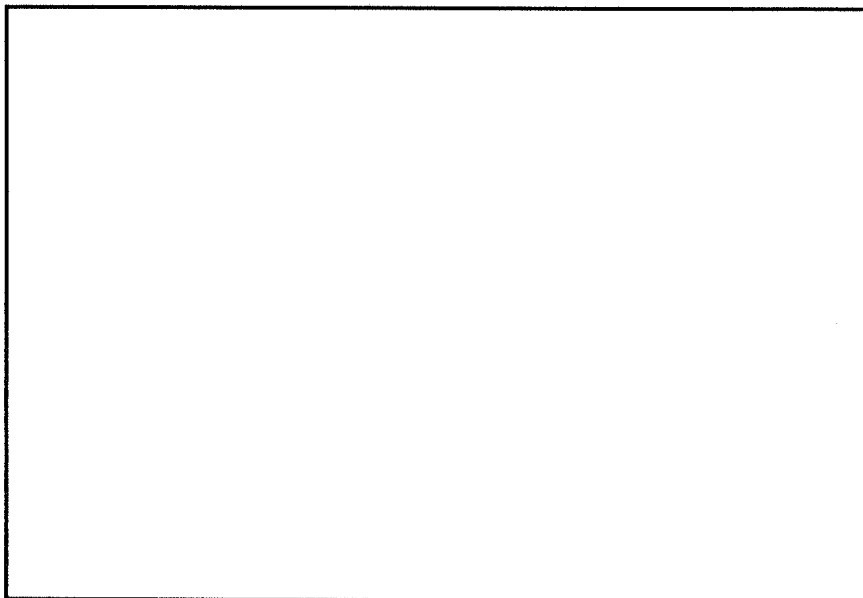
.....

.....
.....

- Remarques générales :.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Disposition de la salle ?



ANNEXE 3

Questionnaire rapide destiné au client

A remplir immédiatement après l'entretien

Veillez mettre une croix dans la case qui vous semble le mieux correspondre à la définition.

Exemple : facile ☐☐☐☐☐☐ difficile

1. Cette consultation a été pour vous :

- | | | |
|------------------|---|-----------------|
| 1. satisfaisante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | insatisfaisante |
| 2. agréable | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | désagréable |
| 3. particulière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | routinière |
| 4. calme | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | agitée |
| 5. bénéfique | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | inopérante |
| 6. longue | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | brève |

2. Avez-vous pu parler de votre état de santé ?

- ☐ oui
☐ non

Si oui, la discussion a été pour vous :

- | | | |
|------------------|---|-----------------|
| 1. satisfaisante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | insatisfaisante |
| 2. profonde | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | superficielle |
| 3. enrichissante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | pauvre |
| 4. particulière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | conventionnelle |

3. Lors du traitement par les aiguilles vous vous êtes senti :

- | | | |
|---------------|---|---------|
| 1. détendu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | tendu |
| 2. insouciant | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | inquiet |

3. confiant ☐☐☐☐☐☐☐ craintif
4. tranquille ☐☐☐☐☐☐☐ agressé
5. à l'aise ☐☐☐☐☐☐☐ mal à l'aise

4. Quelle a été la relation avec votre thérapeute ?

1. satisfaisante ☐☐☐☐☐☐☐ insatisfaisante
2. rassurante ☐☐☐☐☐☐☐ désécurisante
3. chaleureuse ☐☐☐☐☐☐☐ distante
4. sympathique ☐☐☐☐☐☐☐ déplaisante
5. bonne ☐☐☐☐☐☐☐ mauvaise
6. gratifiante ☐☐☐☐☐☐☐ décevante

- Quelle est votre profession?.....
- Quel est votre âge ?.....

Questionnaire rapide destiné au thérapeute
A remplir immédiatement après l'entretien

Veillez mettre une croix dans la case qui vous semble le mieux correspondre à la définition.
Exemple : facile ☐☐☐☐☐☐☐ difficile

1. Cette consultation a été pour vous :

- | | | |
|------------------|--|-----------------|
| 1. satisfaisante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | insatisfaisante |
| 2. agréable | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | désagréable |
| 3. particulière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | routinière |
| 4. calme | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | agitée |
| 5. aisée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | difficile |
| 6. longue | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | brève |

2. Avez-vous pu parler avec votre client de son état de santé ?

- ☐ oui
☐ non

Si oui, la discussion a été pour vous :

- | | | |
|------------------|--|-----------------|
| 1. satisfaisante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | insatisfaisante |
| 2. profonde | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | superficielle |
| 3. enrichissante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | pauvre |
| 4. particulière | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | conventionnelle |

3. A votre avis, lors du traitement par les aiguilles, votre patient s'est senti :

- | | | |
|---------------|--|----------|
| 1. détendu | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | tendu |
| 2. insouciant | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | inquiet |
| 3. confiant | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | craintif |
| 4. tranquille | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | agressé |

5. à l'aise ☐☐☐☐☐☐☐ mal à l'aise

4. Quelle a été la relation avec votre client ?

1. satisfaisante ☐☐☐☐☐☐☐ insatisfaisante

2. rassurante ☐☐☐☐☐☐☐ désécurisante

3. chaleureuse ☐☐☐☐☐☐☐ distante

4. sympathique ☐☐☐☐☐☐☐ déplaisante

5. bonne ☐☐☐☐☐☐☐ mauvaise

6. gratifiante ☐☐☐☐☐☐☐ décevante

- Depuis combien de temps pratiquez-vous l'acupuncture ?.....
- Quel est votre âge ?.....

ANNEXE 4

Support de questions en vue des entretiens

A. Questions destinées au client

1ère et 2e séries

I. Autour de la consultation et du mal

1. a) Qu'est-ce qui vous a fait rencontrer votre acupuncteur ?
b) Avez-vous déjà consulté un (autre) médecin avant d'aller chez lui ?
c) Qu'est-ce qui change, pour vous, d'aller chez un acupuncteur plutôt que chez un médecin ?
2. *La consultation a été pour vous [...]*
a) Qu'est-ce que cela signifie spécialement pour vous ?
3. *Vous avez parlé de votre état de santé avec votre acupuncteur, et la discussion était [...]*
a) Qu'avez-vous retenu d'essentiel dans cette discussion [Qu'est-ce qui vous a paru important] ?
b) Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment pu parler de votre état de santé ?
[oui/non - pourquoi]
c) Votre acupuncteur vous a-t-il donné des explications au sujet de votre état de santé ?
Si oui :
d) Lesquelles ?
e) Que pensez-vous de ces explications ?
f) Comment définiriez-vous votre état de santé ?
[si difficulté à répondre, donner sur une échelle de 1 à 10]
4. *Globalement, l'échange que vous avez eu avec votre thérapeute s'est apparemment déroulé de manière peu satisfaisante pour vous.*
a) Comment l'expliquez-vous ?
b) Comment auriez-vous aimé que ça se passe ?

II. Autour du traitement

1. *Vous dites vous être senti [...] lors du traitement par les aiguilles.*

- a) Pouvez-vous dire plus précisément comment vous avez vécu le traitement par les aiguilles ?
- b) Quel aspect a retenu le plus votre attention à ce moment-là ?
- 2. a) Votre acupuncteur vous a-t-il expliqué ce qu'il était en train de faire au moment de la pose des aiguilles ?
[oui ou non]
- b) Cela fait-il une différence pour vous ?
- 3. a) Comment votre thérapeute pose-t-il les aiguilles ?
- b) Avez-vous l'impression que cet acte [ou ce geste], se passe parfois de manière particulière, différente ?
- c) Si oui, en quoi peut-il être particulier, différent ?
- d) Avez-vous une idée de comment agissent les aiguilles ?

III. Autour du thérapeute

- 1. Vous dites que la relation avec votre acupuncteur a été [...]
- b) Qu'est-ce qui vous paraît important dans la relation avec un thérapeute ?
[acupuncteur ou médecin, en général]
- c) Et avec votre acupuncteur en particulier ?
- 2. a) Qu'est pour vous, au fond, votre acupuncteur [ou votre médecin] ? Un acupuncteur, un médecin, un physiothérapeute, un guérisseur...?

IV. Autour du client

- 1. a) Est-ce que vous pensez que votre acupuncteur devrait s'intéresser à votre manière de vivre ?

[si oui : hygiène, vie privée, relations avec l'entourage...]
[si non : pourquoi]
- b) Que pensez-vous qu'il y ait comme différence entre un client qui, comme vous, va chez un acupuncteur, et un client qui ne rencontre que des médecins "classiques"?

Support de questions en vue des entretiens

B. Questions destinées à l'acupuncteur

1ère série

I. Autour de la consultation et du mal

1. a) Pouvez-vous me dire comment votre client est arrivé chez vous ?

b) Savez-vous s'il consulte un (autre) médecin ?
[En connaissez-vous les motifs ?]

2. *La consultation a été pour vous [...]*

a) Qu'est-ce que cela signifie spécialement pour vous ?

3. *Vous avez parlé avec votre client de son état de santé , et la discussion était [...]*

a) Qu'avez-vous retenu d'essentiel dans cette discussion [Qu'est-ce qui vous a paru important] ?

b) Avez-vous l'impression que votre client a suffisamment pu exposer son état de santé ? [oui/non - pourquoi]

Avez-vous donné des explications à votre client au sujet de son état de santé ?

Si oui, lesquelles ?

Comment pensez-vous qu'il ait reçu vos explications ?

Comment définiriez-vous l'état de santé de votre client ?

[evt sur une échelle de 1 à 10]

4. *Globalement, vous ne semblez pas pleinement satisfait de l'échange que vous avez eu avec votre client.*

a) Comment l'expliquez-vous ?

b) De quelle manière auriez-vous aimé que ça se passe ?

II. Autour du traitement

1. *Vous pensez que votre patient s'est senti [...] lors du traitement par les aiguilles.*

a) Pouvez-vous en dire davantage ?

b) Quel aspect a retenu le plus votre attention lors du traitement par les aiguilles ?

2. a) Avez-vous expliqué à votre client ce que vous étiez en train de faire au moment de la pose des aiguilles ?

[oui ou non]

- b) Cela fait-il une différence, selon vous ?
- 3. a) Quelles sont, en bref, les difficultés que vous pouvez rencontrer lors de la pose des aiguilles ?
 - b) En avez-vous rencontrées lors de cette consultation ?
 - c) Lorsque cela arrive, comment votre client peut-il les ressentir ?
- 4. a) Quel est le principe de l'action des aiguilles ?

III. Autour du client

- 1. *Vous dites que la relation avec votre client a été [...]*
 - a) Qu'est-ce qui vous semble important dans la relation avec vos clients ?
 - b) Et avec votre client en particulier ?
- 2. a) Pensez-vous qu'il soit important de connaître la manière de vivre de votre client ?
 - d) [Si oui :]
Quels aspects, notamment ? [hygiène, vie privée, relations avec l'entourage]
 - e) [Si non : pourquoi]
- 3. a) Votre client est-il un "cas typique" ?

IV. Autour du thérapeute

- 1. a) Au fait, qu'êtes-vous ? Acupuncteur, médecin, physiothérapeute, guérisseur...?
 - b) Qu'offrez-vous, à votre patient, de différent de la médecine classique ?
- 2. a) Qu'est-ce qui vous semble constituer le fondement de votre pratique ?

Support de questions en vue des entretiens
B. Questions destinées à l'acupuncteur

2ème série

I. Autour de la consultation et du mal

1. a) Pouvez-vous me dire comment votre client est arrivé chez vous ?
- b) Savez-vous s'il consulte un (autre) médecin ?
[En connaissez-vous les motifs ?]

2. La consultation a été pour vous [...]

- a) Qu'est-ce que cela signifie spécialement pour vous ?

3. Vous avez parlé avec votre client de son état de santé , et la discussion était [...]

- a) Qu'avez-vous retenu d'essentiel dans cette discussion [Qu'est-ce qui vous a paru important] ?
- b) Avez-vous l'impression que votre client a suffisamment pu exposer son état de santé ? [oui/non - pourquoi]

Avez-vous donné des explications à votre client au sujet de son état de santé ?

Si oui, lesquelles ?

Comment pensez-vous qu'il ait reçu vos explications ?

Comment définiriez-vous l'état de santé de votre client ?

[evt sur une échelle de 1 à 10]

4. *Globalement, vous ne semblez pas pleinement satisfait de l'échange que vous avez eu avec votre client.*
 - a) Comment l'expliquez-vous ?
 - b) De quelle manière auriez-vous aimé que ça se passe ?

II. Autour du traitement

1. *Vous pensez que votre patient s'est senti [...] lors du traitement par les aiguilles.*
 - a) Pouvez-vous en dire davantage ?
 - b) Quel aspect a retenu le plus votre attention lors du traitement par les aiguilles ?
2. a) Avez-vous expliqué à votre client ce que vous étiez en train de faire au moment de la pose des aiguilles ?
3. a) Quels sont, pour vous, les facteurs qui déterminent la réussite d'un traitement ?

- b) Quel rôle attribuez-vous aux aiguilles dans la réussite d'un traitement ?
- c) Quel est votre rôle lors de tout traitement (réussi ou non) ?

III. Autour du client

1. *Vous dites que la relation avec votre client a été [...]*
 - a) Pouvez-vous en dire davantage ?
 - b) Et avec votre client en particulier ?
2. a) Quelles sont les idées courantes que se font vos patients sur l'acupuncture ?
Vous arrive-t-il de les corriger ?

IV. Autour du thérapeute

1. a) Lors de vos formations thérapeutiques [classique ou chinoise], avez-vous reçu un enseignement portant sur la relation entre patient et thérapeute ?
[evt dans le cadre de la psychologie médicale si le sujet est médecin]

Si oui : Quels aspects ou concepts importants en avez-vous retenu pour votre pratique actuelle ?
- b) Participez-vous ou avez-vous participé à des groupes Balint ?
2. a) Continuez-vous de vous former en acupuncture ?

Pourquoi ?

Si oui : avec qui ?
- b) Faites-vous partie de l'APTN ?

Si oui, quels bénéfices en retirez-vous ?
3. a) Quels sont vos lectures de référence pour votre pratique actuelle ?
- b) Avez-vous entendu parler du PNR 34 sur les médecines complémentaires ?

ANNEXE 5

Conventions de transcriptions utilisées

Pour les consultations

Chevauchements

[.....]

[.....]

et [[.....]]

[[.....]] quand deux chevauchements sont proches l'un de l'autre

etc [[[.....]]]

Enchaînement très rapide entre deux locuteurs

= à la fin du locuteur 1

= au début du locuteur 2

Indique également, lors d'un chevauchement, lorsqu'il y a continuité entre la première partie du locuteur 1 et la deuxième partie du locuteur 2

Rallongement de voyelles

:

::: selon la longueur du rallongement

p.ex. bie:n ou::h

Arrêt brutal d'un mot ou d'un énoncé (faux départ), ou interruption du loc.1 par loc. 2

-

L1 vous m'dites que- bon-

L2 -j'veus dis que

Rires, sonnerie de téléphone, voix, chuchotement, etc.

(chuchotement)

(ℜ) rires Un (ℜ) équivaut à un "ha"

(sourir)

Quand un énoncé est dit en riant: <(ℜ) énoncé (ℜ)>

Commentaires du transcripteur

{.....}

Inaudible

X une syllabe

XX deux syllabes

etc.

Longue séquence inaudible: un * au début de la séquence et un * à la fin, suivie de l'indication (*très inaudible*)

Mot ou énoncé incertains

p.ex. <demain> <devant> en cas de doute entre deux mots

Accentuation d'un mot ou d'une syllabe

MAJUSCULES

Indication d'intonation

, ou ' à la fin du mot

p.ex. comment vas-tu' : intonation montante
comment tu vas, : intonation descendante

Pauses

+ courte

++

etc.

(11 sec.) : silence entre énoncés du loc. 1 et loc. 2, au-delà des 5 secondes de pause

(1'35'') : silence dépassant la minute

Citations dans l'énoncé

justement je lui disais *comment vas-tu chère Elise*'

Pour les entretiens (transcription simplifiée)

.. courte pause à la fin d'un mot ou d'un énoncé

Questions du chercheur en italique

Citations de la personne qui interroge: *Vous me dites j'aimerais bien m'en aller.. Est-ce que*

Citations de la personne interrogée: *en italique*

(r) rire

ANNEXE 6

Attitudes face à la maladie selon Arnaud (transcription du post-entretien avec Conrad)

- (...) Si vous voulez, pour les Chinois, ce qui est la maladie, ce n'est pas l'invasion, entre guillemets, par exemple, par un germe ou je ne sais pas quoi, mais c'est la vulnérabilité qui était sous-jacente, ou qui était déjà présente, qui permet l'invasion, d'accord ? Alors qu'en médecine occidentale, la vulnérabilité on ne la voit pas. En général on ne la voit pas, on ne s'y intéresse pas, on ne sait pas comment avoir une vision de ça. Ça veut dire que la seule chose qui nous intéresse, c'est s'il y a une invasion, de la diagnostiquer, puis de la supprimer. C'est ça. Alors que dans la médecine chinoise, ou l'homéopathie, enfin du point de vue qui m'intéresse, l'idée c'est de promouvoir un état d'équilibre qui fait qu'il n'y a plus de maladie possible. Parce que je suis en bonne santé. Alors dans notre médecine occidentale, on n'a pas de moyen de perc.. on fait une médecine de la maladie, dans ce sens-là. Il y a une maladie qui arrive, un eczéma arrive, on donne une crème pour le supprimer, etc. On fait disparaître les symptômes, dans la mesure du possible. Mais ce pourquoi ils sont venus, et dans quel contexte ça s'inscrit, en tout cas il ne sont pas vus de la même manière qu'en médecine chinoise traditionnelle quoi. On n'a pas une perception possible de ce qu'est un état de santé réellement. Alors que par la perception du pouls, on peut percevoir réellement s'il y a un équilibre ou s'il y a un déséquilibre. Et dans ce sens-là, on peut dire que c'est une médecine préventive, parce que vous pouvez voir les gens toutes les saisons, ou deux fois par année ou je ne sais pas, comme ça se faisait en Chine, contrôler le pouls, et puis avant que les symptômes n'apparaissent, équilibrer. Les Chinois disent *"Mieux vaut creuser un puits avant que la sécheresse ne s'installe."* C'est ça. Alors le pouls permet de sentir une situation, alors qu'elle est uniquement du domaine fonctionnel, avant que ça s'ancre dans la matière par exemple. Donc dans ce sens-là, c'est une démarche qui me paraît beaucoup plus logique. Et par exemple, en médecine on travaille moins bien qu'un garagiste. Un mécanicien sur auto, si vous allez avec votre bagnole puis vous lui dites que la lampe rouge au tableau de bord de votre voiture s'allume, il ne va pas dévisser l'ampoule. Et c'est ce qu'on fait en médecine ici. Il va aller regarder dans le moteur si ça manque d'huile, si.. je veux dire il va aller regarder. Alors qu'ici, une pneumonie, antibiotiques; otite, antibiotiques; cystite, antibiotiques; je ne sais pas quoi, eczéma, crème à la cortisone; asthme, spray pour dilater les bronches, etc. Mais l'eczéma va revenir, ou bien après l'eczéma, il n'y aura plus d'eczéma, mais l'asthme va apparaître. La pneumonie, elle va peut-être revenir dix jours après l'arrêt de l'antibiothérapie, alors comment.. ok, ça veut dire qu'on a supprimé l'infection, mais qu'on n'a pas traité la vulnérabilité qui fait qu'elle s'est déclarée. Il y a une vision qui est complètement illogique. Alors, elle est très utile notre médecine parce qu'elle s'est fait une réputation par rapport à des cas d'urgence, parce qu'elle sauve les vies, dans des infarctus, des choses comme ça. Et dans ce sens-là elle est très utile. Mais elle est utile par rapport à ça. Le reste, elle est certainement très nocive objectivement, à l'échelle de l'humanité. Il y a d'ailleurs un tas de problèmes qui se posent. Ce n'est pas une médecine de la santé, c'est une médecine de la maladie.

- *Mhh. Comment est-ce que vous gérez le fait que finalement, vous recevez dans votre cabinet des gens qui arrivent avec des symptômes, et puis qui vous demandent finalement de dévisser l'ampoule, comme vous venez de le dire ?*

- Ouais c'est ça. Mais ça c'est une question qui rejoint un petit peu ce dont on parlait avant, par rapport au contact qu'il peut y avoir. Pour moi être sur la même longueur d'onde avec quelqu'un, c'est que la personne, justement, plutôt que de s'intéresser à supprimer ses

symptômes, à les faire disparaître, est intéressée à comprendre pourquoi ils sont là. C'est à ce moment-là que j'ai l'impression qu'on est sur la même longueur d'onde, et qu'on a un bon contact. Vous voyez ce que je veux dire ?

- *Mhh. Est-ce que ça voudrait dire que si quelqu'un insiste pour venir dévisser l'ampoule, vous lui direz mais allez trouver quelqu'un qui veut le faire ?*

- Ouais, ça veut certainement dire ça, ouais. Alors bon il y a plusieurs manières de le faire.. En même temps la situation est aussi un petit peu différente si vous traitez quelqu'un pour telle et telle chose, et puis qu'il y a ou non une amélioration partielle, mais qu'il reste quelque chose. Alors à ce moment-là vous êtes obligé de.. ou bien il faut aller plus loin, et vous trouvez le moyen d'aller plus loin, en traitant la cause entre guillemets, qui fait que le symptôme va disparaître par voie de conséquence, mais vous êtes aussi obligé de tenir compte de ce que les gens ressentent et.. donc parfois si vous ne trouvez pas de solution, à ce moment-là ça vient de sa propre incapacité à trouver la solution. A ce moment-là, bon, alors ou bien on demande conseil à un confrère, ou bien les gens se tournent vers quelqu'un d'autre, ou vont chercher une aide supplémentaire dans une autre.. Ou bien qu'il y a des problèmes d'une autre nature qui ne peuvent pas être traités de cette manière, il y a je ne sais pas quoi, un XX, organique, qui doit être diagnostiqué et traité chirurgicalement, je ne sais pas. Les choses ne sont jamais si simples quand même quoi. Mais en principe moi les gens qui viennent ici en me disant débarrassez-moi de ça, je les.. ça ne marche pas quoi. Ou bien je leur dis je ne peux rien faire pour vous, désolé, allez voir un confrère, etc. - j'espère que vous trouverez la solution moi je ne sais pas. Ou bien il y a le contact qui se fait, et il n'y a pas de correspondance, puis les gens ne reviennent pas, spontanément.

Dossiers de psychologie

1981

- N° 12 Approches psychologiques de l'apprentissage en situation collective.
A.-N. Perret-Clermont fr. 5.--
- N° 13 Trajet du maître et prégnance de la norme scolaire.
P. Marc fr. 5.--
- N° 14 Les attentes dans les écrits pédagogiques. L'exemple de Makarenko.
P. Marc fr. 5.--

1982

- N° 15 Brève introduction à la psychologie.
Rééditions: octobre 1985, novembre 1987.
A.-N. Perret-Clermont fr. 12.--
- N° 16 Etude théorique de travaux effectués sur le commandement et analyse
des perspectives pour la recherche future. (Série recherches).
M. Thiébaud fr. 10.--

1983

- N° 17 L'appréciation du personnel: de la notation au plan de carrière.
(Série recherches).
M. Rousson fr. 10.--

1984

- N° 20 Description de situations de commandement: note méthodologique.
épuisé (Série recherches).
M. Thiébaud fr. 6.--
- N° 21 De la communication non verbale en psychologie: pour quoi faire?
A. Brossard fr. 10.--
- N° 22 Notes sur l'adolescence (2ème édition)
A. Palmonari fr. 12.- -

1985

- N° 23 L'évaluation des fonctions. (Série cours)
M. Rousson fr. 10.- -
- N° 25 Quelques réflexions à propos de la métacognition.
N. Bell fr. 5.--
- N° 26 L'intrication des processus cognitifs et des relations interpersonnelles dans les
interactions sociales : premiers résultats à partir de l'étude du regard
A. Brossard & A.-N. Perret-Clermont fr. 5.--

1986

- N° 27 Social-Construction of Logical Structures or Social
Construction of Meaning?
P. Light fr. 4.--

N° 28	Fragments d'une réflexion analytique. (Série cours) <i>J.-P. Vandenbosch</i>	fr. 8.--
N° 29	Cultural Conflict between the West and Iran. <i>K. Dodge</i>	fr. 4.- -
N° 30	Une pratique de l'étude de cas. (Série recherches) <i>M. Burger</i>	fr. 6.- -
<u>1987</u>		
N° 31	Cours de prévention des accidents. (Série cours) <i>G. Maulaz</i>	fr. 6.--
<u>1988</u>		
N° 32	Relations interethniques et interconfessionnelles au sein de la chrétienté. <i>I. Kampffmeyer</i>	fr. 6.- -
N° 33	Art & Psychologie <i>C. Rosselet-Christ</i>	fr. 6.- -
N° 34	Journée des chercheurs en psychologie. Société Suisse de Psychologie Neuchâtel. 1 - 2 octobre 1987. (Série recherches) <i>A.-N. Perret-Clermont & M. Rousson (éds)</i>	fr. 4.--
N° 35	A Brief Introduction to conversational Analysis <i>N. Bell</i>	fr. 4.--
N° 36	L'intersubjectivité en situation de test <i>M. Grossen</i>	fr. 48.--
<u>1989</u>		
N° 37	Social Interactions and Transmission of Knowledge. <i>A.-N. Perret-Clermont & C. Pontecorvo</i>	fr. 8.--
<u>1990/91</u>		
N° 38	Statistiques et Sciences Humaines. Notes de travail. <i>L.O. Pochon</i>	fr. 7.--
N° 39	Regards, interactions sociales et développement cognitif chez l'enfant de 6 à 10 ans dans des épreuves opératoires piagésiennes. <i>A. Brossard</i>	fr. 40.--
<u>1991</u>		
N° 40	Sciences humaines et démarche qualité. Actes du colloque du 13.12.90 à Neuchâtel. <i>A. Ripon, S. Mercati, I. Lapouge, F. Tapernoux</i>	fr. 7.--
<u>1992</u>		
N° 41	Quand des enfants et des adolescents volent à l'étalage: regards et réactions <i>D. Golay Schilter</i>	fr. 8.--
N° 42	Interazione sociale e sviluppo cognitivo: ricerche sul conflitto socio-cognitivo e lavori attinenti. <i>A. Iannaccone</i>	fr. 8.--

1993

- N° 43 Langages des sexes - De la procréation à la création.
C. Rosselet-Christ fr. 8.--

1994

- N° 44 La transmission du savoir dans le "Réseau d'Echanges de Savoirs" de Strasbourg.
N. Muller fr. 10.--
- N° 45 Espace imaginaire, espace psychique et espace construit.
C. Rosselet-Christ 8.--

1996

- N° 46 L'envie devant soi
T. Zittoun fr. 15.--
- N° 47 Colloque International "Penser le Temps" à l'occasion du Centième anniversaire
de la naissance de Jean Piaget *International Conference "Mind & Time"*
on the Centenary of Piaget's Birth, Neuchâtel, 8-10 September 1996 fr. 12.-

1997

- N° 48 ANASTAT: Un système dédié à la gestion et à l'analyse de données paramétriques.
L.-O. Pochon fr. 8.--
- N° 49 Dire les sensations. Une analyse psychosociale des interactions entre
des acupuncteurs et leurs patients fr. 15.-
Luca Oppizzi

Les commandes sont à adresser à:

Cahiers & Dossiers de Psychologie
c/o Groupe de Psychologie Appliquée
Faubourg de l'Hôpital 106
CH-2000 Neuchâtel

ou

Cahiers & Dossiers de Psychologie
Séminaire de Psychologie
Espace Louis-Agassiz 1
CH-2000 Neuchâtel

