

Cours de méthodes et recherches qualitatives en sciences sociales, année 2011-2012  
Professeur Janine Dahinden et Dre. Anna Neubauer

# La posture du botte-cul

---

Isabelle Wyss

## Table des matières

Introduction.....	3
Problématique.....	3
Ancrage théorique.....	4
Méthodologie et méthodes .....	6
Méthodologie .....	6
Échantillon .....	7
Insider .....	7
Entretien .....	8
Analyse .....	9
Résultats .....	10
Bien plus que la pratique d'un métier.....	10
De l'insuffisance de la médecine allopathique.....	11
Au-delà du cabinet .....	11
La posture du botte-cul .....	12
Conclusion .....	13
Remerciements .....	14
Bibliographie .....	15

« La pratique, même apparemment théorisée, l'emporte sur la théorie au moment de la décision, et nous devons nous méfier de notre tendance à croire que la pensée précède l'acte. » (Benoist, 1996 : p447)

## Introduction

Lorsque j'effectuais le complément d'étude qui m'a permis de commencer ce master en SHS, Grégoire Mayor m'a expliqué comment trouver une problématique, en cherchant comme fil rouge une question qui nous touche, même si elle nous paraît de prime à bord « trop simple ». Depuis lors, je me demande à chaque nouvelle recherche, ce qui me questionne le plus.

Durant mes études de médecine, pendant mon temps libre, j'ai lu un livre sur la médecine chinoise dont les paradigmes m'ont passionnée. Mais ma posture spécifique m'a gênée. En effet, après avoir suivi des cours d'anatomie et de physiologie, j'avais le sentiment que je ne pouvais plus « croire » qu'il est possible, par exemple, de pratiquer la prise des pouls selon ce modèle. Je me demandais alors, comment les médecins allopathes pratiquant également la médecine chinoise arrivent-ils à allier ces deux pratiques aux paradigmes si différents ?

Mon mémoire de master va se dérouler dans le cadre de la spécialité en anthropotechnologie de l'orientation anthropologie. Cette posture est une posture de type anthropologie appliquée, qui m'intéresse beaucoup, étant donné que j'aimerais par la suite me diriger vers une anthropologie médicale appliquée.

Lorsqu'il a fallu chercher une problématique dans le cadre de votre cours, j'ai alors profité de ma posture d'étudiant en anthropologie pour chercher à répondre à la question que je m'étais posée précédemment.

## Problématique

En suisse, la biomédecine est le système médical le plus institutionnalisé, dont le paradigme est reconnu comme le plus « scientifique ». Mais il existe une multitude d'autres thérapies qui coexistent dans ce territoire, avec des praticiens ayant des biographies et des formations différentes. La reconnaissance de ces médecines dites complémentaires ou alternatives crée des débats importants, que ce soit par les assurances, les institutions hospitalières, chez les médecins tout comme les patients.

Dans ce cadre-là, je m'intéresse aux points de vue et aux pratiques, développés par les médecins allopathes diplômés utilisant également des thérapies alternatives dans le cadre de leur pratique médicale. Est-ce que cette posture composée de paradigmes différents fait naître des tensions chez ces médecins, au niveau de leurs représentations comme de leurs pratiques ?

Il existe une variété de thérapies qui peuvent se réclamer ou pas d'être « alternatives ». Dans le cadre de ce cours, mon intérêt est plus dirigé par la possible tension entre deux paradigmes, sans

focaliser spécifiquement sur l'une ou l'autre type de médecine alternative. Les questions qui m'intéressent particulièrement sont : Quelles sont les raisons qui ont poussé ces individus à apprendre d'autres moyens pour soigner leurs patients ? Quelles sont les possibles difficultés rencontrées par ces praticiens pour concilier ces différentes thérapies ? Comment les patients accueillent-ils cette démarche ?

## Ancrage théorique

En début d'année, la question à laquelle je m'intéressais pour ce dossier me paraissait claire et ancrée dans mon vécu. Ayant imaginé me baser sur des concepts d'anthropologie médicale pour mon ancrage théorique, j'ai particulièrement lu des ouvrages de cette branche. Mais par la suite j'ai réalisé, qu'au-delà d'une question d'anthropologie médicale, le passage de la théorie à l'action est central dans cette problématique.

L'ouvrage « Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical » dirigé par Jean Benoist, regroupe différents articles discutant entre autres de la notion d'itinéraire thérapeutique, comme celui d'Armelle Jaquemot parlant de l'umbanda dans le champ médical brésilien : « *Dans leur grande majorité ces individus ont en commun, quelle que soit la configuration de leurs itinéraires thérapeutiques, d'avoir eu recours à la médecine scientifique par l'intermédiaire d'un ou plusieurs de ses agents. Il est important de souligner ce fait car dans la série d'échecs rencontrés par l'individu, c'est bien l'échec de la réponse apportée par les agents du système biomédical qui s'avère décisif dans le choix de s'orienter — si d'autres thérapeutiques se sont révélées ou se révèlent à leur tour insatisfaisantes —, vers l'umbanda* » (Jaquemot, 1996 : p154) Cet itinéraire thérapeutique est souvent décrit depuis le point de vue des « patients », qui cheminent d'un thérapeute à l'autre, d'un type de médecine à l'autre, en quête d'un traitement efficace pour leurs maux. De plus, dans le passage cité, il est précisé que c'est l'échec de la biomédecine qui va amener les individus à se tourner vers d'autres types de thérapies.

Un autre article du même livre discute du recours aux médecines parallèles et fait cette constatation : « *Mais malgré ces tentatives de «récupération», ce qu'on observe en somme, c'est un frappant contraste entre les attitudes des patients et de leurs médecins face aux médecines parallèles : à la tolérance et à une certaine banalisation observées chez les patients, s'opposent encore l'hostilité à peine déguisée et la crispation dogmatique de la plupart des médecins.* » (Cathébras, 1996 : p311) En ce qui concerne le recours aux médecines parallèles, les attitudes des médecins et des patients sont différentes, les médecins étant décrits comme ayant « une crispation dogmatique » par rapport à ces thérapies, au contraire de la plupart des patients.

Dans le cadre de ma problématique, cette notion d'itinéraire thérapeutique peut être pertinente pour réfléchir au cheminement des médecins par rapport à l'apprentissage des différentes thérapeutiques qu'ils pratiquent. Au vu des deux passages précités, deux questions peuvent se poser par rapport au fil rouge de ce dossier : « Ces médecins sont-ils allés chercher ailleurs d'autres possibilités de traitement en raison d'un constat d'échec de la biomédecine ? », « Ces médecins se sentent-ils exclus par rapport à certains médecins plus «orthodoxes» ? »

Une autre forme de pluralité est abordée par Bernard Lahire, dans son ouvrage « L'homme pluriel », qui montre qu'une identité unique et identique en tout lieu et en tout temps est une illusion. Ce texte remet en question la notion d'*habitus*, théorisée par Pierre Bourdieu, qui postule une unicité de l'acteur et une cohérence de comportements chez les individus. Bernard Lahire s'interroge sur les manières de concevoir les individus et plus particulièrement leurs actions. Pour cela, il postule de suivre les mêmes acteurs dans différents contextes sociaux pour mieux appréhender leur complexité. L'homme pluriel est un homme ayant vécu dans différents milieux de socialisations pouvant être contradictoires, et c'est dans l'action que ces expériences et ces dispositions ne se révèlent pas toujours compatibles. Mais ces contradictions peuvent ne pas être conscientisées par l'individu, car elles s'activent souvent dans des contextes différents et séparés les uns des autres.

Bernard Lahire tient compte dans son raisonnement, du moment de l'action, qui peut être problématique lorsqu'un individu a été socialisé dans différents milieux. Par rapport à ma problématique, ses propos permettent de se demander : « Comment faire converger dans l'action des paradigmes théoriques et pratiques différents, appris dans des contextes sociaux distincts ? »

Mais alors que Bernard Lahire explique que certaines contradictions peuvent ne pas être conscientisées par les individus, étant donné qu'elles s'activent dans des situations différentes, que se passe-t-il lorsqu'elles doivent prendre place dans une situation pratique, celle du moment de la prise en charge d'un patient dans le cabinet du médecin ?

Lors du deuxième entretien, mes données de terrain m'ont fait prendre conscience d'une piste de réflexion importante et m'ont permis d'ouvrir mon ancrage théorique. En effet, une idée exposée par mon interlocutrice, celle du « botte-cul », que je vais développer plus amplement par la suite, m'a parue être une métaphore visuelle percutante de l'importance du moment de la « mise en pratique ».

Dans l'approche de la sociologie pragmatique, une situation n'est pas totalement déterminée, et le moment de la pratique permet la validation et l'accord, ou le désaccord, entre les individus. « *En lieu et place d'une « anthropologie lourde » qui conçoit, comme le fait notamment Pierre Bourdieu, l'individu comme un système monolithique de dispositions, la sociologie pragmatique défend en effet une « anthropologie légère » qui confie la coordination et l'accomplissement des actions aux situations et aux règles partagées qui les définissent et les contraignent sous un « mode grammatical » plutôt qu'aux structures sociales où à l'esprit discipliné des agents sociaux.* » (Clément et Kaufmann, 2011 : p26)

Dans le cadre d'une approche pragmatique de l'identité personnelle, Laurent Thévenot développe la notion d'engagement, qui conçoit la consistance d'une personne à partir de ses nombreux engagements. L'accent est mis sur leurs intégrations chez l'individu, sans postuler d'une identité sociale ou individuelle établie hors de ceux-ci. « *Pour le sujet de l'action, la pluralité n'est pas une affaire de classement, mais de rapports au monde. De sa capacité à composer avec cette pluralité, dépend l'intégrité de sa personne aussi bien que son intégration dans une communauté.* » (Thévenot, 2006 : p6)

Il me semble que l'approche de la sociologie pragmatique peut-être pertinente pour « dépasser » ma problématique. En effet, lors de l'élaboration de celle-ci, je parlais d'une posture théorique, n'ayant

à ce moment-là de mes études pas encore pratiqué, et seulement lu un livre sur la médecine chinoise. Par la suite, j'ai réalisé que ma problématique découle de l'a priori que la pensée précède l'action, en cherchant à savoir comment différents types de thérapies connus théoriquement par une même personne, peuvent donner lieu à une pratique « hybride ». Focaliser mon attention sur les actions en situation et le moment de la mise en pratique, pourrait me permettre de surpasser cet a priori.

## Méthodologie et méthodes

### Méthodologie

Etant donné que cette recherche a été effectuée dans le cadre du cours de « méthodes et recherches qualitatives en sciences sociales », le déroulement de mon terrain est le résultat de contraintes liées aux différents rapports réflexifs à rendre durant l'année et aux disponibilités des acteurs que j'ai interrogés.

En ce qui concerne ce dossier final, mon analyse est focalisée sur le deuxième entretien. L'observation et l'entretien effectués avec le premier médecin, m'ont permis un « débroussaillage » de mon terrain et une meilleure élaboration des questions que j'ai posées lors du second entretien. Le Focus Group effectué dans le cadre du rapport réflexif 2 ne concerne pas ma recherche. L'analyse de réseau que j'ai faite ne répond pas directement à ma problématique, mais permet d'ouvrir des pistes de réflexions pour développer plus amplement cette recherche.

En anthropologie, une immersion longue dans le terrain est valorisée, tout comme une recherche inductive est primordiale lors d'une recherche qualitative en sciences sociales. Soucieuse d'ancrer mes réflexions dans le terrain, j'ai focalisé mon attention, durant mes premiers travaux effectués cette année, sur le terrain et les données que j'ai pu y développer. Par la suite, et grâce notamment à une discussion avec Marion Fresia, j'ai réalisé qu'en cherchant à privilégier ces données, j'accordais trop peu d'importance à la théorie.

Dès lors, même si je trouve fondamental, comme préconisé dans la Grounded Theory, de partir des données de terrain pour développer ensuite une théorie ancrée à celles-ci, il m'est nécessaire d'avoir une mallette bien remplie de concepts et de postures théoriques, afin de mieux entendre ce que mes interlocuteurs ont à dire, et pour que les données du terrain puissent me « parler » de manières plus pertinentes. « *Hearing in this sense is an active pursuit of meaning, but only if the listener has some conceptual apparatus to begin with.* » (Schatzman et Strauss, 1973, p118)

Similairement, Jean-Claude Kaufmann met en garde le lecteur contre le risque d'une théorie développée seulement à partir des données de terrain : « [...] *la seule formulation d'hypothèses trop exclusivement et étroitement subordonnées au matériau risque fort de déboucher sur une théorie très faible et une accumulation pauvre, ne dégagant aucune vision d'ensemble renouvelée. Le danger réside même alors dans une fétichisation du terrain, qui peut se transformer en frein à l'avancée de la connaissance.* » (Kaufmann, 2007 : p91)

Cette recherche m'a permis de me rendre compte concrètement de l'importance d'une connaissance théorique vaste, et non pas seulement d'une recherche théorique centrée sur des concepts paraissant liés de près à la problématique.

Partant de l'a priori que cette recherche se situait dans le cadre d'une anthropologie médicale, j'ai premièrement basé mon ancrage théorique sur des ouvrages concernant cette approche. Par la suite, j'ai réalisé avoir bénéficié, dans un mouvement plus ample, de connaissances théoriques acquises durant cette première année de master. En effet, la sociologie pragmatique a été abordée lors d'un cours d'économie territoriale d'O.Crevoisier. Ainsi, lorsque j'ai élaboré ma problématique, je n'avais pas encore le bagage théorique me permettant d'aborder ma recherche par cet angle d'approche. De plus, même en ayant pris connaissance de cette théorie, sa possible application pour ma recherche ne m'est pas apparue immédiatement. Est-ce que la posture du « botte-cul », exposée par mon interlocutrice durant notre entretien, m'aurait « parlé » et intéressée à ce point, si je n'avais pas bénéficié parallèlement de cours variés ?

## Échantillon

Pour pouvoir au mieux étudier cette problématique, il m'a semblé important d'aller à la rencontre de ces personnes sur leur lieu de travail. Personnellement, je connais des médecins pratiquant la médecine allopathique, mais pas d'autres thérapies. Ainsi, j'ai pris contact avec mes acteurs par l'intermédiaire d'autres étudiants avec lesquels j'ai discuté de ma problématique. Mon « terrain » se centre donc sur des médecins indépendants, et a pris place dans deux cabinets médicaux.

Le premier médecin est un homme d'une cinquantaine d'années qui pratique de nombreuses thérapies alternatives, particulièrement l'acupuncture, et qui est en train de développer un centre de santé dédié à ces thérapies. Ce centre prend place dans son lieu de vie, le salon de sa maison servant de salle de réunion, ou pour des cours de yoga par exemple. Par soucis d'anonymisation de mes données et de fluidité du texte, je vais utiliser Bruno comme prénom fictif lorsque je le citerai.

La deuxième médecin est une femme, également dans la cinquantaine, médecin généraliste pratiquant également l'hypnose et la phytothérapie. Elle possède un cabinet médical situé dans un immeuble au-dessus d'une pharmacie. Lors de notre rendez-vous, elle m'a également expliqué qu'elle allait pour la première fois faire une séance d'hypnose à l'hôpital proche. Lara sera son prénom fictif.

## Insider

Au-delà des explications fournies dans l'introduction de ce dossier concernant le choix de ma problématique, une autre motivation personnelle a été celle de me confronter à un terrain dans lequel je peux être considérée comme un insider, étant médecin moi-même, malgré le fait que je ne pratique pas de thérapies alternatives.

Cette motivation découle d'une prise de conscience, lors d'un précédent dossier effectué en groupe, de la difficulté d'atteindre une prise de recul nécessaire en tant qu'insider. Je ne l'étais alors pas moi-même, mais l'un(e) d'entre nous si. En menant une recherche à plusieurs sur une même problématique, nous avons réalisé à quel point un terrain est abordé de manière différente en fonction d'une posture ou non d'insider.

Ayant suivi un cours d'anthropologie médicale cette année, j'ai décidé de me confronter à ce terrain, pour « tester » en quelque sorte ma faculté à objectiver mes données. Mais, j'ai réalisé qu'il est très difficile de mettre en lumière les a priori qui ont guidés en partie ma recherche, même en y étant attentif. En effet, je me suis vraiment rendu compte, au moment de l'analyse de mes données, que cette posture d'insider influence chaque moments de la recherche, du choix de l'échantillon aux pistes de réflexions m'ayant le plus touchées.

Par exemple, concernant le choix de l'échantillon, j'ai réalisé m'être focalisée sur des médecins travaillant en cabinet, particulièrement parce que je suis partie de l'a priori que ces médecins allopathes qui pratiquent d'autres thérapies sont dans une démarche personnelle et « hors norme » en quelque sorte, posture que j'ai associée dans mon esprit à une pratique en cabinet, plus « personnalisable » que dans un hôpital.

Cette posture d'insider me paraît tout de même riche et fertile, permettant une vaste connaissance de base du sujet, certains questionnements pouvant ainsi émerger plus rapidement que dans le cadre d'une posture d'outsider. De plus, l'implication qu'elle suppose m'a engagé dans un processus réflexif dépassant le cadre de cette recherche, que j'exposerai plus en détail dans la conclusion de ce dossier.

## Entretien

Il me semble important de souligner que j'ai révélé dès le début à mes interlocuteurs, mon double statut d'étudiant en anthropologie et de médecin. J'ai expliqué en quelques phrases mon parcours et mon questionnement à ces deux personnes, pour donner ainsi un peu de moi-même, et permettre, je l'espère, des rencontres un peu plus « égalitaires », cherchant par là à limiter la « violence symbolique » qu'implique un entretien (Dahinden, cours 2011-2012)

L'entretien mené avec Lara est de type semi-directif, l'étiqueter plus précisément est difficile pour moi, même après en avoir discuté avec mes camarades. Etant moi-même médecin et discutant avec une docteure de son travail, il pourrait être considéré comme un entretien d'expert. Mais au vu des questions posées en rapport avec l'expérience personnelle de l'interlocutrice, il se rapproche également d'un entretien centré sur un problème. Par contre, je l'ai clairement mené dans une optique compréhensive, telle que Kaufmann l'a décrite : « *L'entretien compréhensif s'inscrit dans une dynamique exactement inverse : l'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté. Lors de l'analyse du contenu, l'interprétation du matériau n'est pas évitée mais constitue au contraire l'élément décisif.* » (Kaufman, 2007 : p 19)

Lors de mon premier entretien, j'ai eu des difficultés à poser des questions sur les aspects concrets de la pratique médicale de Bruno, comme par exemple la durée des consultations ou les types de médicaments choisis. En effet, ce médecin discutait avec moi d'une manière théorique de ces thérapies. Pour le deuxième entretien, j'ai alors cherché à développer des questions plus centrées sur la manière dont se déroulent les consultations médicales. Sans faire une liste de questions précises, je me suis imaginée différents thèmes à aborder, dans l'optique d'une vision la plus globale possible en rapport avec ma problématique. Ceci s'est révélé de grande utilité, particulièrement parce que l'entretien avec Lara n'a duré qu'une heure.



L'importance d'un cheminement spirituel personnel existant en parallèle à une ouverture à d'autres thérapies est ressortit de l'entretien avec Bruno. Une des ficelles d'Howard Becker m'a permis de m'attacher, sans faire pour autant un entretien de type narratif, à l'historique de cette recherche d'autres thérapies lors de mon deuxième entretien. « *Considérez que ce que vous étudiez n'est pas le résultat de causes, mais le résultat d'une histoire, d'un récit, [...]. Cette approche nous fait comprendre l'apparition d'un phénomène en nous montrant les étapes du processus qui l'ont engendré plutôt qu'en nous montrant les conditions qui en ont rendu l'apparition nécessaire.* » (Becker, 2002 : p 109) C'est pourquoi, j'ai également posé des questions à Lara concernant sa biographie et l'itinéraire qui l'a amenée à s'intéresser à différentes thérapies.

Après avoir demandé la permission à mon interlocutrice, j'ai enregistré l'entretien, que j'ai par la suite retranscrit mot à mot. J'ai également pris des notes manuscrites durant l'entretien, d'une part pour avoir un « filet de sécurité » dans le cas d'un éventuel problème technique, d'autre part pour pouvoir comparer, dans un deuxième temps, les données notées de manière manuscrite avec l'entretien enregistré.

## Analyse

Les différents dossiers que j'ai effectués cette année m'ont permis de commencer à bricoler une technique d'analyse personnelle, et j'ai passé de nombreuses heures à discuter avec d'autres étudiantes des différentes difficultés liées à l'analyse des données apparues dans chacune de nos recherches.

La temporalité de la recherche m'est apparue comme primordiale dans mon cheminement de pensées. Il m'est fructueux de rapidement « aller sur le terrain », pour ensuite bénéficier d'assez de temps pour analyser mes données. Et particulièrement, après avoir effectué mes entretiens, et commencé à déceler dans mes données quelques pistes de réflexion, il m'est nécessaire de me permettre pour un moment, de « dépasser » mes données de terrain et de laisser « vagabonder » mon esprit. Lors de ce moment, toutes les associations d'idées me sont permises, même celles ne pouvant être défendues « académiquement » par écrit. Ce n'est qu'ensuite, que je replonge dans les données mêmes pour les analyser par une méthodologie plus proche de celles enseignées dans nos cours.

En ce qui concerne l'entretien de Lara, j'ai gardé une version « brute », que je relis régulièrement pour ne pas perdre de vue l'agencement et la chronologie du discours. En effet, lors d'un cours d'anthropologie visuelle pratique de G. Mayor, j'ai pris conscience pendant le montage du film, des possibilités énormes qui sont à notre portée, et du risque de pouvoir faire dire tout et leur contraire à des bouts d'entretien, en les intégrant au milieu d'autres *rush*.

Ensuite, j'ai pris en compte les pistes de réflexions, les mots clés et des codes émergents de ma première rencontre, pour mettre en avant certaines idées dans le deuxième entretien. En parallèle, j'ai analysé le deuxième entretien en m'inspirant d'un codage de type théorique selon la Grounded Theory, en cherchant cette fois à faire émerger mes codes des seules données de l'entretien. J'ai également trouvée pertinente la notion de « motto of the case » utilisée dans le codage thématique, parce qu'une bonne partie de mes réflexions découlent de la métaphore du « botte-cul » utilisée par mon interlocutrice durant son entretien.

Par la suite, après avoir mis en avant dans mes données certaines pistes, j'ai cherché à prendre de nouveau du recul par rapport celles-ci, en m'intéressant à certaines théories, particulièrement la sociologie pragmatique et la cognition distribuée.

Au final, de nombreuses pistes ont été ouvertes par cette analyse, qui me permettent d'imaginer comment continuer cette recherche, en essayant au mieux de répondre à ma problématique.

## Résultats

### Bien plus que la pratique d'un métier

Lors de ma première rencontre, j'ai réalisé que Bruno ne se considérait pas comme un médecin de famille, mais selon ses dires, plutôt comme « *un consultant en médecine naturelle* »<sup>1</sup>. Il ne se considère pas comme un médecin allopathe, la plupart de ses patients sont d'ailleurs suivis également par un médecin généraliste. Il voit très peu de patients pour des problèmes aigus, mais s'occupe préférentiellement de troubles chroniques, et n'utilise presque plus les traitements de la médecine allopathique. Son apprentissage de thérapies s'accompagne d'un cheminement spirituel, et c'est ce cheminement qu'il met en avant : « *On vient pour apprendre, et être ce qu'on est venu apprendre. Tout comme transmettre et réaliser qu'on n'a pas que ce corps physique. Le plus important, c'est d'aller vers cette réalisation.* »

Il m'est apparu que l'aménagement du lieu dans lequel ses pratiques thérapeutiques prennent place reflète également l'importance accordée à la spiritualité. Certains objets présents ne se retrouvent que rarement (et pas dans des proportions si importantes) dans un cabinet médical d'un médecin allopathique : des livres sur la spiritualité, des mandalas, des cristaux et de nombreuses plantes vertes.

Mais même si lors de ma seconde rencontre, j'ai eu l'impression d'entrer dans un cabinet de généraliste plus « typique », l'entretien de Lara a également révélé que cette ouverture à d'autres types de thérapies fait partie d'une recherche personnelle plus ample. « *J'avais une amie qui s'intéressait beaucoup à la symbolique et qui avait fait des thérapies avec les fleurs de Bach, un type de thérapie émotionnelle. Elle m'a initié aux fleurs de Bach, parce qu'on trouvait ça curieux, et j'ai commencé à l'utiliser pour moi, puis à la proposer à mes patients.* » Lara a essayé les fleurs de Bach sur elle-même, avant de les donner à ses patients, ceci révélant l'implication personnelle de cet apprentissage. De plus, le passage précité montre que certaines rencontres avec d'autres personnes pratiquant des thérapies alternatives ont également été décisives dans son cheminement.

Au contraire des bases théoriques et pratiques en biomédecine qui sont similaires pour tous les médecins au vu des études entreprises, les pratiques de thérapies alternatives peuvent être très variées. Les choix que ces médecins ont faits, ont été dirigés par des préférences personnelles. Ils ne décrivent pas une recherche des thérapies « les plus efficaces » possibles, mais plutôt un choix de thérapies leur correspondant mieux « *J'ai reçu une invitation à faire une formation d'hypnose, et ça*

---

<sup>1</sup> Etant donné que ma problématique se focalise sur des médecins ayant une pratique allopathique tout comme de thérapies alternatives, le fait que Bruno ne se considère pas comme un médecin généraliste a également contribué au choix de privilégier le deuxième entretien pour mon analyse.

*m'a tout de suite parlé. J'ai trouvé ça génial, pis ça correspondait à plein de choses chez moi, le domaine de l'imaginaire, des états modifiés de conscience... »*

## **De l'insuffisance de la médecine allopathique**

Au-delà d'une recherche personnelle plus spirituelle et de rencontres spécifiques, un élément déclenchant l'ouverture à d'autres thérapies, est la reconnaissance par le médecin d'une insuffisance d'efficacité des traitements allopathiques pour certains patients. *« J'avais fait pas mal de psychiatrie dans ma formation, pis je cherchais d'autres moyens de les aider, autre que l'écoute, quelque chose d'un peu plus dynamique. », « On est désarmé parfois avec certains malades, c'est aussi pourquoi je me suis tourné vers d'autres choses. »*

Une critique émise par Lara par rapport à la biomédecine, a été celle d'un morcellement des patients, en rapport avec un nombre grandissant de spécialistes: *« C'est pour ça que certains confrères partent dans le spirituel, dans le système les gens sont coupés en petits morceaux et on n'a pas beaucoup d'outil pour aider les gens, surtout pour les problèmes psychosomatiques. »*

Pour notre interlocutrice, la définition de la médecine générale pratiquée dans son cabinet dépasse celle de la médecine allopathique : *« Ici c'est vraiment un cabinet de médecine générale, pour moi les plantes ça fait partie de la médecine générale. Pis l'hypnose aussi, parce que les états modifiés de conscience, ça fait partie de l'être humain. »* Il faudrait explorer plus précisément ce que représentent ces différentes notions, est-ce que la médecine allopathique est celle pratiquée dans les hôpitaux ? Ou celle enseignée pendant les études de médecines ? En tous cas, cette citation met en avant une vision de la médecine holiste, comprenant tout ce qui « fait partie de l'humain ».

Au-delà d'une pratique médicale, elle décrit également l'hypnose comme étant un langage, qui permet de communiquer différemment avec ses patients *« Cet apprentissage m'a aussi appris à parler différemment aux gens. L'hypnose c'est l'apprentissage d'une langue qui est assez universelle, pour moi c'est pas autre chose que la médecine. »*

## **Au-delà du cabinet**

Les entretiens ont pris lieu dans les cabinets des praticiens, endroits intimistes et personnalisés. Mais la manière dont ces médecins traitent leurs patients reflète également ce qui prend place en dehors de ces lieux.

*« On a vraiment vu un changement d'attitude du point de vue des patients. »* Quand elle a commencé à proposer des fleurs de Bach à ses patients en 1995, elle l'a fait *« un peu en catimini »*, expliquant que les traitements « chimiques », qu'elle compare à « l'usage de plantes », étaient encore préférés à ce moment-là par la plupart des patients. Ces dernières années par contre, une grande partie de ses patients disent ne pas vouloir *« de la chimie »*, elle propose donc à tous de choisir ce qu'ils préfèrent. Cette dichotomie entre traitements « chimiques » et « par les plantes » révèle certaines représentations sous-jacentes, une valorisation de ce qui est considéré comme « naturel », qui mériteraient plus amples investigations.

Elle explique également que lorsqu'elle est de garde et qu'elle voit des patients qui ne sont pas les siens, elle va *« être le médecin rationaliste »*, ne proposant pas de traitements phytothérapeutiques.

Sa pratique varie ainsi selon le lieu et les gens avec qui elle est en relation, et selon la fonction qu'elle occupe. Lorsqu'elle est de garde, elle ne se permet plus de pratiquer la médecine comme dans son cabinet.

Dans d'autres situations, son statut double va au contraire être le moteur pour que sa pratique dépasse le lieu du cabinet. Le jour de l'entretien, elle allait pour la première fois faire de l'hypnose dans un service de soins palliatifs d'un hôpital proche. En effet, l'hypnose qu'elle exerce ne se cantonne pas à une pratique privée et indépendante, mais est reconnue de manière plus publique, comme dans cet hôpital. L'hypnose ericksonienne est de plus en plus utilisée aussi dans les hôpitaux pour la gestion de la douleur. Cette reconnaissance institutionnelle se cristallise dans les formations continues faites pour les médecins *« En suisse on a encore de la chance d'avoir des diplômés reconnus. »*

### La posture du botte-cul

*« C'est pourquoi je voudrais attirer ici l'attention sur des individus que nous rencontrerons çà et là dans ce livre ; il ne s'agit pas des « personnes signifiantes » les plus évidentes, mais de « passeurs culturels » qui sautent sans prendre garde les frontières entre techniques ou entre théories, et qui élaborent au jour le jour les pratiques hybrides. »* (Benoist, 1996 : p23)

Ces quelques lignes de J.Benoist me semblent correspondre à mon interlocutrice, qui allie dans sa pratique quotidienne des types de thérapies différentes, aux histoires et aux paradigmes pouvant sembler incompatibles par un regard extérieur et théoricien.

Elle m'a expliqué que pour elle, il n'y a pas de scission entre les médecines complémentaires et allopathiques. Mais, elle reconnaît que son statut est particulier, dans le sens où d'autres de ses collègues, pratiquant la médecine allopathique et l'hypnose par exemple, ont parfois des difficultés à allier les deux : *« C'est assez bien intégré, mais bon c'est aussi ma particularité. J'ai des collègues qui n'arrivent pas à intégrer ça, c'est comme si c'était scindé, vous voyez ce que je veux dire, alors ils font la médecine classique quoi, et ils réservent un espace le soir ou le samedi matin ou le vendredi entre deux et quatre pour l'hypnose. Alors que pour moi, ça fait partie de la vie, donc y'a pas d'heure précise, ça peut être le matin, l'après-midi c'est égal, comme je peux, comment les gens peuvent voilà. »* Ces quelques lignes rejoignent les propos de Bernard Lahire exposés dans la partie ancrage théorique de ce dossier, qui disaient que certaines contradictions peuvent être dépassées lorsqu'elles prennent place dans des contextes différents, où comme ici, dans un même lieu mais dans des temporalités spécifiques et distinctes.

Mon interlocutrice explique ensuite qu'elle a eu longtemps l'impression d'avoir *« le cul entre deux chaises »*, et de devoir choisir une de ces pratiques. Elle a pu dépasser cela par la pratique et le contact avec ses patients, particulièrement certains agriculteurs *« des gens proches de la terre et très pragmatiques »* au contact desquels elle a *« appris à mettre un botte-cul »*. Le botte-cul est un petit tabouret à trois pieds qui est utilisé par les agriculteurs pour traire les vaches. Ce tabouret, étant accroché à la ceinture, *« est toujours derrière vous »*.

Ainsi, lors de la rencontre avec un patient, elle va décider en fonction de la situation présente quelle types de thérapie elle propose : *« Ca veut dire, que de temps en temps, je dirais à la personne: Je crois*

*que vraiment il faut aller faire une coronarographie parce que là, je crois vraiment il y a un problème. Pis d'autres fois, d'en d'autres situations je dis : Ecoutez, je pense que votre cœur ça va, mais les douleurs que vous avez là, est-ce que vous êtes sûr qui y'a pas deux-trois petits soucis. »*

Dès lors, Lara bricole une pratique thérapeutique qui se développe au contact de ses patients et se construit en situation et dans l'action. D'ailleurs elle explique que « *Les gens reviennent parce que c'est efficace.* » Ainsi, au-delà d'une cohérence théorique et paradigmatique, l'efficacité est ce qui permet à la pratique de perdurer.

## Conclusion

Arrivée au terme de ce dossier, cette conclusion me permet de revenir sur ma problématique et la manière dont je l'ai traitée. Tout d'abord, la façon dont je l'ai énoncée dépendait d'a priori que ma recherche elle-même à remis en question. En effet, La métaphore du botte-cul énoncée par mon interlocutrice, m'a fait prendre conscience de l'importance de l'action et du moment de la pratique, permettant de « dépasser » un questionnement théorique basé sur l'a priori qu'une cohérence de pensée doit précéder l'action.

Ensuite, je poursuivrais différemment cette recherche. Je me documenterais plus amplement sur les théories de la sociologie pragmatique et de la cognition distribuée, pour cerner quelles problématiques y sont développées et quelles sont les méthodologies utilisées préférentiellement. J'observerais les pratiques de ces médecins en cabinet, et focaliserais mon attention sur les objets utilisés et leur intégration dans les actes thérapeutiques. « *Au lieu de nous précipiter dans l'esprit, pourquoi ne pas regarder d'abord les mains, les yeux et le contexte matériel de ceux qui savent.* » (Latour, 1987 : p83) L'analyse réseau effectuée cette année m'a donné un outil supplémentaire. En effet, une analyse réseau des différentes personnes impliquées dans la prise en charge des patients de ces médecins indépendants (autres médecins, physiothérapeutes, assistants sociaux, autres), permettrait de mieux percevoir les enjeux politiques, économiques ou symboliques qui se tissent autour de la pratique des médecines, allopathique et complémentaire, en cabinet. De plus, en me donnant des noms supplémentaires variés, ce réseau pourrait me permettre de diversifier mes *gatekeepers* (Dahinden et Efonayi, 2009)

Même si ce dossier est le fruit de la recherche que j'ai menée cette année dans le cadre de votre cours, certaines réflexions développées ici découlent également d'autres cours effectués cette année. Je ne considère pas les dossiers que j'effectue comme « complets » en tant que tel, et même s'ils sont lus et notés dans un cadre spécifique, il me semble que chaque dossier apporte « sa pierre à l'édifice » d'un développement plus ample et personnel. En effet, parallèlement à cette recherche et dans le cadre d'un cours de socio-anthropologie du développement donné par Marion Fresia, j'ai écrit un dossier portant sur l'inexistence du « mémoire appliqué » en anthropologie. De là, j'ai pris conscience que la question que je me pose en fil rouge du présent dossier, en révèle une plus fondamentale encore pour moi : Comment, pratiquement, pouvoir développer et tenir une posture en « botte-cul », entre médecine et anthropologie, tout comme entre théorie et action pratique ?

## Remerciements

A Léa Studer pour la relecture attentive de ce dossier et ses commentaires pertinents, tout comme pour les nombreuses discussions que nous avons eues en parallèle à la rédaction de ce travail. « *In addition to audience conjuring (for purpose of writing description), the researcher might also try telling his story to a live audience, especially an interested and sympathetic colleague.* » (Schatzman et Strauss, 1973 : p119)

## Bibliographie

BECKER Howard. 2002. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte. Pp353

BENOIST Jean (conclusion) 1996. « Prendre Soin », in : Jean Benoist, *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*, Pp437-451. Paris : Les Éditions Karthala, Pp 520. Collection : Médecines du monde. [Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales" Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi Site web: <http://classiques.uqac.ca>]

CATHEBRAS Pascal. 1996. « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme », in : Jean Benoist, *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*, Pp301-316. Paris : Les Éditions Karthala, Pp 520. Collection : Médecines du monde. [Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales" Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi Site web: <http://classiques.uqac.ca>]

CLEMENT Fabrice et KAUFMANN Laurence (dir). 2011. *La sociologie cognitive*. Paris : Maison des sciences de l'homme, Pp371.

DAHINDEN Janine et EFIONAYI Denise. 2009. „Challenges and Strategies in Empirical Fieldwork with Asylum Seekers and Migrant Sex Workers“ in Van Liempt, Ilse and Vernonika Biegler (eds) *The Ethics of Migration Research Methodology. Dealing with Vulnerable Migrants*. Brighton: Sussex Academic Press, Pp98-117

JAQUEMOT Armelle. 1996. « L'umbanda et ses malades dans le champ médical brésilien », in : Jean Benoist, *Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical*, Pp140-166. Paris : Les Éditions Karthala, Pp 520. Collection : Médecines du monde. [Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales" Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi Site web: <http://classiques.uqac.ca>]

KAUFMANN Jean-Claude. 2007. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin. Pp127

LAHIRE Bernard. 2001. *L'homme pluriel : les ressorts de l'action*. Hachette dans la collection Pluriel Sociologie : Paris. pp 392 [1<sup>ère</sup> éd 1998 chez Paris : Nathan. 271p]

LATOURET Bruno, Culture et technique. Les "vues" de l'esprit. In: Réseaux, 1987, volume 5 n°27. pp. 79-96.

[http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reso\\_0751-7971\\_1987\\_num\\_5\\_27\\_1322](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reso_0751-7971_1987_num_5_27_1322)

MOHAMED Nachi. 2006. *Introduction à la sociologie pragmatique. Vers un nouveau style sociologique ?* Armand Colin : Paris. Pp224

SCHATZMAN Leonard et STRAUSS L. Anselm. 1973. *Field research : strategies for a natural sociology*.  
Chapitres 6 et 7. Englewood Cliffs N.J : Prentice-Hall, pp 149.

THEVENOT Laurent. 2006. *L'action au pluriel : sociologie des régimes d'engagement*. Éd La  
Découverte : Paris. Pp311.