

Corps, émotions et récits dans la consultation médicale en acupuncture : éléments de réflexion ethno-cinématographique

Gilles Remillet
Maître de conférences en cinéma anthropologique et documentaire
H.A.R. (Histoire des arts et des représentations)
UFR PHILLIA - Département des Arts du spectacle
Université Paris Ouest Nanterre La défense
(Nanterre – France)
gilles.remillet@orange.fr

Genèse de l'enquête

J'ai été très tôt sensibilisé à la pratique médicale libérale de l'acupuncture en milieu occidental par l'intermédiaire de mon épouse, elle-même médecin acupuncteur et diplômée en médecine traditionnelle chinoise de l'université de Médecine de Montpellier-Nîmes après un parcours classique de médecine générale, une vocation découverte à l'âge de 15 ans après avoir été soignée par acupuncture. De son côté des bribes de mon travail d'ethnologue lui parvenaient également à travers mes travaux en anthropologie du religieux et mes interrogations sur la place du récit dans les rituels thérapeutiques d'exorcismes catholiques, objets de mes recherches précédentes.

Dans nos discussions il s'agissait souvent de nous interroger sur le sens accordé par les patients à leurs maux, au rôle joué par leurs émotions dans la perception de leur maladie et à la place qu'occupait ce récit subjectif pour le médecin dans son « attirail thérapeutique ».

En 2002, cette question a donné lieu à un travail de terrain en anthropologie de la maladie réalisé par mon épouse pour sa thèse de médecine et portant sur l'incidence des représentations sociales de l'épilepsie dans la relation médecin/malade, ici ma collaboration se limitait à un travail de conseiller scientifique en ethnologie. Dans cette étude l'auteur concluait à l'existence d'une attitude médicale récurrente consistant à minimiser l'importance du vécu et des interprétations des malades : « (...) *La médecine tend à considérer tout ce qui touche l'homme dans sa globalité, son projet de vie, comme des propos philosophiques et spéculatifs hors de son champ d'intérêt. En s'opposant par principe au sens commun, en niant sa réalité, sa cohérence et son efficacité, la médecine perd l'occasion de potentialiser ses effets* » (Aledo-Remillet, 2004 : 237). Autrement dit, c'était le sens même du récit de la maladie par le patient qui tendait à être refoulé dans la « catégorie du subjectif » plutôt que d'être pensé comme un possible matériel de travail thérapeutique pour le médecin.

Ce premier travail sur le statut accordé à la « parole profane » dans la relation médecin/malade a attiré mon attention ethnologique et j'ai voulu savoir ce qu'il en était de ce récit subjectif du patient dans la relation médecin/malade en acupuncture, médecine qui tend à se présenter soit en réaction, soit en complément de la médecine scientifique biomédicale, comme plus ouverte à la démarche de soin intégrant une compréhension plus globale de l'homme malade et où le champ du corps et des émotions semble tenir une place primordiale.

D'une manière plus large, comment les interprétations médicales peuvent-elles se construire à partir de ce que le patient exprime de son corps souffrant ? En d'autres termes, dans une consultation médicale d'acupuncture où la prise en charge thérapeutique n'est pas différée mais s'effectue plutôt sur « le champ » ; ici les aiguilles de l'acupuncteur remplaçant les médicaments du médecin allopathe, quelle est la place accordée au corps, à la parole du malade et à ses émotions dans la construction de « sa maladie » ? Comment le malade arrive-t-il à exprimer ses maux en les transformant en récit ? Comment le médecin tient-il compte de

la part émotionnelle des symptômes pour élaborer son diagnostic médical et choisir la solution thérapeutique adéquate ?

Tel est l'objet de cette communication qui se situe dans le contexte d'une ethnologie du proche et de la société française contemporaine. C'est donc à partir de consultations observées auprès de médecins acupuncteurs français¹ que je tenterai un retour réflexif sur l'objet d'étude, situé entre émotion et cognition. J'exposerai comment j'ai choisi d'avoir recours au film comme pratique d'enquête et j'évaluerai de manière critique dans quelle mesure l'observation filmée des pratiques de soin permet de saisir quelques unes de ces « manifestations émotionnelles », matière première de la relation thérapeutique en acupuncture.

I. Le champ des émotions

1. Point de vue ethnologique

Mais à quoi nous référons nous lorsque nous parlons des émotions ? Sont-elles seulement observables et comment les interpréter ? De nombreux auteurs ont déjà soulevé ces questions théoriques et méthodologiques. Sans viser à l'exhaustivité des travaux sur la question, je rappellerai pour les besoins de l'exposé que « (...) *les sentiments et les émotions peuvent être comparés aux attitudes et aux valeurs, en ce qu'ils ne sont pas accessibles directement, mais par le biais de leurs manifestations corporelles ou verbales. Comme elles, ils peuvent être feints, affichés avec ostentation, ou au contraire dissimulés, maîtrisés, atténués dans leur expression* » (Castra, Cresson, 2008 : 56). Comme le rappellent les auteurs « (...) *il est illusoire de les penser comme pur jaillissement authentique. Les sentiments et les émotions sont tout comme les valeurs et attitudes, le résultat de processus complexes, d'interaction et de socialisation (...)* » (Castra, Cresson, *op.cit.* : 56).

Dans une perspective similaire Julien Bernard propose différentes voies pour comprendre les émotions en situation d'enquête en distinguant 4 niveaux d'analyse : « *l'analyse des émotions « en première personne » (celles du chercheur), qui exige une réflexivité du chercheur sur ses propres émotions, l'analyse en « deuxième personne » (celle des enquêtés) qui demande une réflexivité d'autrui sur les siennes (opération délicate tant les émotions s'éprouvent plus qu'elles ne se disent), l'analyse en « troisième personne », sur les « méthodes et conditions sociales d'attribution d'affects à autrui, option qui permettrait ne plus tant les concevoir comme des vécus subjectifs que comme des catégories ordinaires de la vie sociale, à la fois données de l'action et objet de discours* » (Bernard, 2007 : 110-111).

Cette dernière conception, qui consiste selon l'auteur à « *désincarner les émotions* » (Bernard, *op.cit.* : 110) est très utile pour notre réflexion car elle permet d'envisager ces « états subjectifs » comme ayant nécessairement des manifestations sociales concrètes, dont

¹ L'enquête de terrain s'est déroulée de mi-septembre 2009 à juin 2010 et a porté sur 6 médecins-acupuncteurs, 4 hommes et 2 femmes. Tous exercent dans la région Languedoc Roussillon, sur le département du Gard (Nîmes), de l'Hérault (Montpellier/Mauguio) et de l'Aude (Perpignan). Ces médecins acupuncteurs sont membres de l'Association Française pour l'Etude des Réflexothérapies et de l'Acupuncture (AFERA), créée en 1973, et dont le siège se situe à Nîmes et rassemble plus de 100 médecins répartis sur toute la France. Aussi, le nombre des consultations étudiées a été fixé non pas dans une optique statistique mais plutôt dans un souci qualitatif, fondé sur le principe épistémologique de la saturation de l'information relatif à chaque méthode utilisée ; observation filmique, observation directe et entretien. Les patients enquêtés sont au nombre de 113 ce qui représente 135 consultations, 108 en milieu libéral et 27 en milieu hospitalier dont 75 ont fait l'objet d'un enregistrement vidéographique constituant un corpus filmique d'une centaine d'heures de rushes tandis que les 60 autres consultations ont été observées directement et transcrites sous la forme de notes de terrain. Enfin à partir d'une sélection du corpus filmique, plus de 30 entretiens ont été menés auprès des patients et des médecins afin de confronter le niveau du discours et des représentations à celui des pratiques de soins elles mêmes.

les expressions et les interprétations se donnent à voir et à entendre aux acteurs en situation de soin comme à l'observateur ethnologue. De fait, leurs caractéristiques sensibles seraient propices à une méthodologie d'enquête fondée sur l'usage du film comme outil d'investigation ethnographique, seule instrumentation technique capable d'appréhender dans le même temps l'action et le discours. Il s'agit donc de comprendre quelle place est accordée aux émotions dans la construction de la relation thérapeutique au sein même de la consultation d'acupuncture, de saisir la manière dont elles se mettent en scène aussi bien du côté du patient que de celui de médecin, sans oublier d'évaluer les répercussions que peuvent avoir ces états émotionnels sur l'enquêteur pour la connaissance anthropologique du milieu étudié.

Mais avant de poursuivre dans ce sens, j'aimerais présenter de manière synthétique l'importance accordée à la notion d'émotion dans le système théorique de la médecine traditionnelle chinoise. Je reviendrai ensuite sur le déroulement type d'une consultation d'acupuncture telle que j'ai pu l'observer sur mon terrain d'enquête. Enfin, je dévoilerai le dispositif filmique mis en œuvre pour rendre compte des relations de soin entre les médecins et les patients, et au-delà, à travers l'analyse des données filmées, je montrerai comment la catégorie des émotions déborde largement la notion d'état affectif pour s'inscrire dans le champ du récit biographique du patient, contexte qui lui donne sens et qui devient pour le médecin un élément cognitif fondamental pour l'élaboration de son diagnostic et le choix du traitement.

2. Point de vue de l'acupuncture et de la médecine traditionnelle chinoise

L'acupuncture est une médecine traditionnelle chinoise dont les fondements théoriques n'ont cessé d'évoluer depuis 4000 ans. Cette pratique médicale n'a été connue que tardivement en Occident, les premiers commentaires en ont été fait par les Jésuites au XVII^e et il faut attendre 1934 et les traductions de Georges Soulié de Morant (Ambassadeur de France en Chine) pour que cette médecine devienne autre chose qu'une simple curiosité exotique et puisse trouver une application concrète en France à partir des années 60².

Cette médecine est basée sur une conception énergétique du corps qui fait appel à deux grands principes de la médecine chinoise : le principe du Yin et du Yang, deux courants énergétiques complémentaires, et le principe des cinq éléments.

Dans ce système la maladie est pensée comme le résultat d'un déséquilibre de l'énergie qui circule dans le corps à travers des trajets spécifiques appelés « méridiens ». Le traitement par acupuncture consiste notamment à placer des aiguilles métalliques sur les points précis du corps sur les méridiens, de manière à agir sur la circulation et l'équilibre général de l'énergie vitale. Plus précisément, la maladie est définie comme un trouble de l'énergie dans le corps (appelée *Qi* ou souffle), que ce soit un trouble de la circulation (si blocage, il y a symptôme, par exemple douleur, il faut faire « circuler »), de la production (il faut traiter les organes qui produisent le *Qi*) ou des fonctions du *Qi* (il faut faire « circuler », « réchauffer », « diffuser »...). Ainsi une maladie apparaît-elle soit dans les méridiens, c'est-à-dire dans le système circulatoire où évolue le *Qi* soit dans les organes, dans le système organique qui

² Interroger ici la notion de tradition associée à cette médecine dépasse largement le cadre de cet exposé. Le lecteur pourra notamment se reporter aux travaux d'Elisabeth Hsu, (2007), « La médecine chinoise traditionnelle en République populaire de Chine : d'une « tradition inventée » à une « modernité alternative », in Cheng A., (dir.), La pensée chinoise aujourd'hui, Paris, Gallimard, pp. 214-238. En ce qui concerne l'histoire de l'acupuncture en France à partir des années 30 jusqu'à aujourd'hui, voir également les travaux de Lucia Candelise, (2008), « Construction, acculturation et intégration de l'acupuncture traditionaliste française au XX^e siècle », Documents pour une Histoire des Techniques, n° 16, pp. 76-78.

produit et conserve le *Qi*. Les maladies peuvent être dues à des causes d'origine externe ou interne :

- facteurs externes : ce sont les éléments climatiques (vent, froid, chaleur, humidité, sécheresse qui peuvent léser des organes ou bloquer la circulation du *Qi* dans les méridiens).
- facteurs internes : ce sont essentiellement les excès des six émotions : la Colère qui attaque plus spécifiquement le Foie, la Tristesse le Poumon, la Joie le Cœur, les Soucis/Ruminations qui attaque la Rate, la Peur/Crainte qui attaque le Rein. Les émotions sont ici considérées comme des causes internes parce qu'elles sont générées par l'individu, chaque individu ne réagissant pas de la même façon à un même stimuli émotionnel, en fonction de son caractère, de son passé, sa culture.

Contrairement à la médecine scientifique biomédicale occidentale, qui pense essentiellement la maladie en termes de dysfonctionnements organiques, l'acupuncture aurait plutôt tendance à opposer une vision du corps comme dynamique globale. En fait, l'objet du traitement est d'agir sur les défenses naturelles de l'organisme, qu'elle cherche à renforcer plutôt qu'à remplacer.

II. Ethnographie filmée des pratiques de soin : des émotions au récit

1. Déroulement spatio-temporel de la consultation en acupuncture

La consultation en acupuncture se déroule d'une manière assez ritualisée et présente donc une « *auto-mise en scène* » (Claudine de France, 1989 : 368) spatio-temporelle relativement stable. En effet, cette consultation qui dure environ une heure peut être divisée en plusieurs temps distincts que j'ai pu retrouver chez les acupuncteurs enquêtés avec des variantes relativement faibles liées à des structurations de l'espace de travail différentes. (Séparation ou non du lieu de paiement en fin consultation, séparation au non du lieu d'écoute du patient de celui de la puncture dans une autre pièce) :

- l'attente du patient et son accueil par le médecin,
- le temps de l'interrogatoire qui est le moment où le patient expose sa plainte, ce dialogue qui s'engage entre le patient et son médecin se déroule autour du bureau de ce dernier,
- puis vient le moment de l'examen clinique et de la séance de puncture proprement dite qui implique un déplacement des protagonistes dans l'espace du cabinet puisque ces actions se déroulent sur la table d'examen après que le patient se soit déshabillé,
- là, une fois les points d'acupuncture piqués sur le corps du patient, il est laissé seul avec les aiguilles une vingtaine de minutes avant d'être « dépiqué »,
- une fois le patient rhabillé la consultation se poursuit autour du bureau du médecin et se conclut par la prise d'un nouveau rendez-vous ou pas et par l'accompagnement du patient à la porte du cabinet.

Mais comment décrire la manière dont les émotions travaillent la relation thérapeutique dans la consultation à l'aide de l'image et du son ?

Pour filmer ces différents temps de la consultation, j'ai donc choisi un dispositif filmique qui puisse rendre compte de la complexité des interactions sociales (gestes, attitudes, mimiques, postures, façons de dire et de faire, silences, etc.) entre le médecin et le patient. J'ai donc choisi de filmer avec deux caméras selon le principe du champ/contre-champ de façon à pouvoir restituer dans la continuité sonore les diverses situations d'échanges entre les protagonistes. Cette solution m'a donc permis de synchroniser en plan-séquence deux caméras. J'ai placé une première caméra sur un pied en plan fixe qui filme le médecin soit en cadrage serré sur son visage soit en cadrage élargi le présentant dans son espace de travail assis à son bureau, le patient en face (Fig. 1, 2). Ce dispositif me permet de filmer avec une

deuxième caméra (poste d'observation sédentaire situé à équidistance des protagonistes), toujours en plan-séquence et de venir souligner au moyen du zoom optique chez les deux protagonistes ce qui me semble utile au cours des interactions observées. Cette option de réalisation permet également au cinéaste de venir filmer près des corps et de souligner les gestes de l'examen clinique et de la poncture sans que le registre du champ sonore relatif aux paroles accompagnant parfois ces techniques en pâtissent (Fig. 3, 4). Ce dispositif présente



Figure 1



Figure 2



Figure 3



Figure 4

l'avantage de faire varier les points de vue sur l'action sans que le cinéaste n'ait à se déplacer autour des agents pendant les temps de face à face (interrogatoire et fin de la consultation) où s'installent entre eux une relation d'écoute et d'intimité particulière, séquence thérapeutique durant laquelle tout déplacement du cinéaste-chercheur dans l'espace ritualisé du cabinet médical tant à être perçu comme illégitime et invasif.

De plus, ce choix de réalisation bien qu'a priori très strict et assez limité sur le plan de la mise en scène permet de ne pas « pré-monter » le film au tournage en lui donnant un sens déjà trop induit par la perception du cinéaste impliqué émotionnellement par la situation filmée.

Ainsi, les données filmiques produites et proposées à l'analyse critique des enquêtés (médecins et patients) sous la forme d'un premier montage m'ont été très utiles pour évaluer la manière dont la charge émotionnelle de certaines consultations avaient pu induire mes choix de montage. En effet, lors des séances de restitution des films aux enquêtés j'ai pu constater combien j'avais souvent privilégié le patient au détriment du médecin dans mes choix de cadrage, moi-même trop affecté par le discours du patient. J'ai également constaté combien l'expression des émotions par les patients (pleurs, tristesse, joie, rires, etc.) était induite par la grille d'analyse à laquelle les médecins avaient recours.

En effet, l'abord de la MTC, faite de correspondances et d'analogies permet au thérapeute d'aborder tous les champs de la vie du patient (soma, psyché, émotions...), car c'est de tous ces faits qu'il tire les informations propices à la bonne marche de son raisonnement médical. Ces allers-retours entre le terrain et les données filmiques m'ont donc permis de construire un objet filmique non clos, ouvert sur d'autres solutions tant narratives que cognitives tenant mieux compte du point de vue des enquêtés et de leur vécu.

2. Au-delà de l'émotion, le récit

L'analyse des consultations filmées montre que les catégories biomédicales utilisées par les patients pour exprimer leurs maux sont pour ainsi dire déconstruites progressivement par l'interrogatoire des médecins acupuncteurs ayant alors recours à une grille de lecture propre à l'interprétation énergétique des symptômes. Lors de leur interrogatoire, les acupuncteurs orientent leurs questions autant vers le corps que vers le ressenti et les émotions des patients.

Pour les patients habitués à la médecine biomédicale, cet abord est déroutant et ils conservent au début cette forme d'auto-censure, avant de s'autoriser à plus se révéler, parfois même assimilant cet entretien à celui des psychologues ou psychanalystes occidentaux. Par exemple, les patients sont plutôt invités non pas à parler de « leur sciatique » mais à préciser le trajet et le rythme de la douleur, l'amélioration ou l'aggravation de la douleur au chaud ou au froid, la qualité du sommeil et la nature des rêves et les sentiments éprouvés face aux symptômes, autant d'indices importants aux yeux des acupuncteurs pour établir leur diagnostic médical.

Dans le même ordre d'idée, l'analyse fine des images permet aussi de constater combien les éléments biographiques des patients structurent leur discours sur la maladie et leurs rapports au médecin, parler de ses maux c'est d'une certaine manière « se raconter », c'est un moyen de dire qui l'on est et d'exister en tant qu'individu à part entière. La prise en compte réelle ou supposée de ces éléments par l'acupuncteur constitue par conséquent pour le patient un point d'ancrage fort du travail de la relation thérapeutique accompagnant le traitement par aiguille proprement dit. Autrement dit, l'événement que représente la maladie est la plupart du temps déjà présentée au médecin comme socialisée, intégrée dans un « *réseau sémantique* » (Good, 1998 : 344) qui fait sens pour le patient et qui dépasse pour lui le strict cadre de l'expérience corporelle de ses maux. Si les éléments biographiques n'apparaissent pas comme un trop plein de sens aux yeux du patient, ils sont en revanche souvent perçus comme une abondance de signes à interpréter pour le médecin. C'est ici le statut même de la parole qui fait problème, puisque c'est elle qui délivre soit de façon implicite soit de manière très ouverte la manière dont les patients s'expliquent leurs maux. Autrement dit, c'est précisément à travers ce discours sur leurs troubles que les patients font part aux médecins de leurs représentations profanes. Aussi l'intégration de cette signification profane comme élément de diagnostic varie selon la position que les acupuncteurs adoptent face à la valeur épistémique de ces indices symptomatologiques et de leur pertinence pour la médecine chinoise. Certains médecins estiment que l'interprétation de ces « indices profanes » relève plus du travail d'un psychanalyste que de celui de l'acupuncteur, sans pour autant nier l'intérêt de ce récit biographique et son importance pour le patient, il est alors intégré au tableau clinique au même titre que les autres signes cliniques (examen de la langue, prise de pouls, etc.) pour établir le choix des points à piquer. D'autres médecins, ayant par exemple suivi une formation en psychologie ou dans le domaine des thérapies brèves, accordent une place plus forte à ces éléments mais sans pour autant centrer leur diagnostic sur ces seules données. D'une manière générale, j'ai pu observer que lorsque ces éléments de discours semblaient trop éloignés de la demande formulée par le patient de ce qui était comme relevant du champ de l'acupuncture, les médecins avaient tendance à recentrer ce récit et à le guider, à travers leurs questions, sur les liens établis entre le vécu social biographique des maux et leurs expressions, sensations et manifestations corporelles. L'action thérapeutique sur le corps devenait alors l'enjeu majeur de la consultation et l'objet concret du soin. Parfois j'ai pu observer un usage inverse de la relation au corps, non plus envisagé comme finalité du soin mais d'abord comme support à l'expression verbale des maux et des émotions. Dans ce cas, le corps du patient opère comme un « objet neutre » où le détour par l'évocation des sensations corporelles permet au médecin d'aborder des sujets plus intimes concernant la vie sociale du patient.

Conclusion

Si pour les besoins de notre réflexion nous avons séparé de manière arbitraire le domaine du corps, des émotions et du récit dans la consultation médicale d'acupuncture, l'observation filmée des relations de soins révèle quand à elle leur étroite imbrication tant dans les comportements que dans les discours à la frontière des normes, valeurs et représentations. Par

ailleurs, le recours au film comme moyen d'investigation ethnographique nous a permis de prendre conscience des interprétations induites par les charges émotionnelles vécues sur le terrain, comme d'acquérir une connaissance renouvelée des situations observées, sources de questionnements ethnologiques.

D'une manière plus large, il nous semble important d'attirer l'attention sur les possibilités heuristiques qu'offre le film pour une anthropologie des émotions et au-delà, des relations de soin en situation clinique, situées entre émotion et cognition, implication subjective et distanciation critique.

Bibliographie

ALEDO-REMILLET, K. en collaboration avec REMILLET, G. (2004), *Malades, médecins et épilepsies. Une approche anthropologique*, Paris, l'Harmattan, Coll. « Science et Société ».

BERNARD, J. (2007), « Objectiver les émotions dans l'enquête de terrain. Réflexions à partir d'une étude sur le travail des pompes funèbres », in Leservoiser, O. et Vidal, L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp. 109-121.

CASTRA, M. CRESSON G. (2008), « Emotions et sentiments dans le travail de soin professionnel et profane », in Fernandez, F. Lézé, S. Marche, H. (dir.), *Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Ed. Economica, Anthropos, pp. 56-75.

DE FRANCE, C. (deuxième édition, 1989), *Cinéma et anthropologie*, Paris, Editions de la maison des sciences de l'homme.

GOOD, B. (1998), *Comment faire de l'anthropologie médicale ?*, Paris, coll. « Les empêcheurs de tourner en rond ».

KAPTCHUK, T. (1983), *Comprendre la médecine chinoise. La toile sans tisserand*, Paris, Satas.

SARRANDON-ECK, A. (2008), « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographiques.org*, (en ligne). <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck> (consulté le 12/10/2009).