

Université Lumière Lyon 2

Ecole doctorale en Sciences Sociales (ED 483 ScSo)

Faculté d'anthropologie et de sociologie
Centre de Recherches et d'Etudes Anthropologiques

La vérité plurielle des médecins

*Approche anthropologique de la vaccination contre l'hépatite B,
sur les pentes de la Croix-Rousse à Lyon*



Jean FAYA

Thèse de doctorat en Anthropologie
Sous la direction de Michèle CROS

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2013

Devant un jury composé de :

- Bernard ANDRIEU, Professeur des Universités, Université de Nancy
- Michèle CROS, Professeur des Universités, Université Lyon 2
- Axel GUIOUX, Maître de conférences, Université Lyon 2
- Laurence KOTOBI, Maître de conférences, Université Bordeaux 2
- Alain MOREAU, Professeur des Universités, Université Lyon 1
- Anne-Marie MOULIN, Directeur de recherche CNRS, Université Paris 7

A Julie, Matéo, Anna, Adèle,

et Alain C.

*« Le véritable voyage de découverte ne consiste pas à chercher de nouveaux paysages,
mais à avoir de nouveaux yeux. »*

Marcel PROUST, A la recherche du temps perdu, 1913.

Remerciements

A Michèle CROS, pour avoir accepté de diriger ce travail,

A Anne-Marie MOULIN, pour le temps passé à lire et échanger,

A Bernard ANDRIEU, pour le rapport au monde qu'il propose,

A Alain MOREAU, pour avoir accepté une rencontre dans l'antre des anthropologues,
et pour son énergie à développer la recherche en médecine générale.

A Laurence KOTOBİ et Axel GUIÏOUX, pour nos intérêts partagés.

Je remercie chacun chaleureusement d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

A Laurence ROULLEAU-BERGER, pour l'intérêt témoigné pour ce travail,

A Rigas ARVANİTİS pour nos échanges réguliers,

A Etienne BOUREL pour ses conseils de route,

A Patrick PERRIN et Patrick GUİLLAUD pour leurs conseils de lecture,

A Madame P. REVİLLON pour m'avoir offert des inspireurs.

A toutes ces personnes et confrères qui m'ont accordé du temps et confié leur parole. Je fais le souhait que ce travail ne soit qu'une étape dans nos temps de rencontres.

A ceux qui m'ont enseigné la médecine pendant mes études, professeurs et collègues. A ceux-là qui encore aujourd'hui, enrichissent ma pratique de leurs savoirs et de leur expérience. Je leur témoigne ma gratitude. J'espère qu'ils prendront ce texte comme un hommage.

A mes parents, aussi pour leur relecture.

Et encore à ma famille, ma compagne et mes enfants, pour leurs encouragements constants, et pour avoir toujours cru, souvent plus que moi, que ce travail aboutirait !

Sommaire

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	10
1^{ERE} PARTIE : METHODOLOGIE	33
2^{EME} PARTIE : THEME ET CONTEXTE DE RECHERCHE	92
3^{EME} PARTIE : « JE DE VERITE », ESSAI D'AUTO-ANALYSE	144
4^{EME} PARTIE : LA CONSTRUCTION DE LA VERITE DES MEDECINS	170
5^{EME} PARTIE : LE RAPPORT A LA REALITE BIOLOGIQUE DES MEDECINS	255
CONCLUSION	328
BIBLIOGRAPHIE	350
ANNEXES	373
LEXIQUE	379
TABLE DES MATIERES	383
TABLE DES ILLUSTRATIONS	389
TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	391

Avant-propos

« Si la vocation d'Ethnologue existe, elle naît plutôt d'un sentiment insidieux d'inadéquation au monde, trop puissant pour être surmonté, mais trop faible pour conduire aux grandes révoltes »

Philippe DESCOLA, Les lances du crépuscule, 1993.

Devenons-nous ethnologue par vocation ? Peut-être que oui finalement. Lire la vie des fondateurs de la discipline, voire celle de quelques de nos collègues contemporains, n'est pas sans évoquer le sacerdoce, sans inviter au respect face à un dévouement auquel l'anthropologie nous convie tous et auxquels certains se soumettent. Sans prétendre à faire partie de ce groupe de dignitaires, il est sûr que devenir ethnologue est le produit d'un cheminement, d'un parcours qui se trace attiré par la curiosité, les questionnements profonds, la quête de sens, de reconnaissance et espérons-le, le goût des autres. Avant le propos de recherche universitaire que je vais présenter dans cette thèse, il me semble important de resituer ce travail dans mon contexte personnel de soignant. En effet, cette recherche trouve très certainement son origine autant dans ma personnalité que dans ma pratique de médecin et des questionnements qu'elle suscite. Je ménagerai le lecteur qui déjà doit s'habituer à l'emploi du " Je ", en le dispensant ici de l'analyse de mes rouages psychologiques. Il les verra transparaître de toute façon tout le long de l'écrit. Il faut ici nous centrer sur le trajet parcouru de la médecine à l'anthropologie.

Pourquoi ce travail ?

Je travaille au contact des malades depuis vingt ans. J'ai fréquenté le milieu hospitalo-universitaire pendant mes dix années d'études de médecine. S'en suivirent dix autres années de pratique, autant dans l'organisation des soins au sein d'associations dite de "santé publique", que dans la relation thérapeutique au sein de mon cabinet de médecin généraliste sur les pentes de la Croix-Rousse à Lyon. Il semble que cette expérience m'a avant tout enseigné la complexité de la maladie et de la relation médecin-malade et les incertitudes qui dominant mes connaissances de thérapeute sur le soin. J'ai vécu pendant ces années les discours contradictoires qui se font face. Pendant mes études, mes professeurs m'ont insufflé

l'impression rassurante d'une médecine sûre de ses fondamentaux. Mais je comprenais plus tard que ces fondamentaux pouvaient devenir obsolètes en quelques années au grè d'études, de positionnements de sommités, de conférences de consensus. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause qui était indispensable pour rester une femme en bonne santé il y a 20 ans devenait contre-indiqué pour toutes, juste quelques 10 ans après, pour être à nouveau autorisé dans des cas plus ciblés à nouveau 10 ans plus tard. J'ai vu bon nombre de médicaments que l'on m'avait appris à considérer comme indispensables et donc à prescrire, retirés du marché faute de preuve d'efficacité ou par preuve d'effets indésirables graves. J'ai expérimenté la difficulté de soigner le mal de dos ou les troubles chroniques intestinaux. J'ai constaté l'importance du contexte de vie, des contraintes administratives, de la préférence du patient. J'ai été confronté aux divergences de points de vue entre les professionnels et la population et entre les professionnels eux-mêmes.

L'hépatite B et la vaccination auront été un vrai catalyseur avec des questions qui cherchent encore leurs réponses : pourquoi parle-t-on si peu de cette maladie qui tue selon les études 3 à 6 fois plus que le Sida en France ? Pourquoi la couverture vaccinale plafonne-t-elle à 40% alors que le vaccin pourrait selon les experts en infectiologie stopper la maladie ? Pourquoi personne ne paraît d'accord y compris chez les soignants sur un sujet qui semble si lourd en terme de souffrance humaine ? Avec ces interrogations, mes certitudes universitaires se sont fissurées dans un mélange d'angoisse et d'excitation : comment répondre à une demande de soin avec l'intuition obsédante que l'on ne connaît pas ce que l'on croit connaître ? Comment accepter la responsabilité d'être "médecin traitant" en acceptant insidieusement dans le même temps l'idée qu'on ne sait peut-être pas où se trouve la réalité ? Sans prétendre que je ne sais rien, je me demande où se situe donc mon savoir sur la maladie et sur le soin que je dispense au fil des consultations avec l'assurance nécessaire pour convaincre mes patients et me sentir crédible. Quelle est donc la nature du soin que je prodigue ? Comment s'est construit le discours et les actes de soins que je donne aux personnes en échange de leur argent ? Que se passe-t-il entre le moment où l'on partage l'existence et la souffrance des personnes et le moment où l'on interprète ces observations en fonction de ses propres défauts et talents, de ses préjugés, de ses doctrines personnelles, de son tempérament ? Comment s'inscrit ce que je pense savoir, dans le lien tortueux qui relie la réalité biologique que je crois lire dans les revues de formation médicale aux contenus des discours de représentation que je tiens à mes patients. Il était devenu impossible pour moi de poursuivre mon métier sans me donner les moyens ou le positionnement de tenter des réponses à ces questions. C'est là l'origine de notre recherche.

Comment je deviens ethnologue ?

J'ai découvert l'anthropologie à l'occasion d'un module d'initiation aux sciences humaines qui était inclus dans le programme d'une maîtrise de santé publique que je suivais pour acquérir des compétences en "santé des populations". J'étais alors très impliqué dans plusieurs structures associatives locales où nous abordions la question de la santé des personnes par l'abord du groupe qu'elles constituent. J'ai tout de suite eu la conviction que cette approche qualitative était une opportunité unique de remettre en contexte les données quantitatives dont la démarche médicale est aujourd'hui inondée. C'était comme remettre la chair autour du squelette. C'était à nouveau parler de l'humain. Ainsi je décidais il y a dix ans de reprendre un cursus universitaire en anthropologie, définitivement convaincu de l'intérêt décisif de l'éclairage des sciences humaines sur la pratique médicale. J'ai effectué mon mémoire de master en anthropologie à la faculté d'Aix-en-Provence sur le thème *des résistants à la vaccination à propos du vaccin de la rougeole* (FAYA, 2005). Moi qui étais auparavant assez agacé des positionnements anti-vaccin de certains patients, je me suis donné l'opportunité d'aller vers leurs logiques, et de m'offrir le temps de les comprendre en tout cas en partie. Pourtant bien décidé à mettre un terme définitif à mes études à l'issue de ce travail, j'ai bien vite éprouvé le besoin, une fois installé dans la routine de mon cabinet, de revenir vers la théorie des sciences humaines. C'était un peu comme une rechute... Je me suis ainsi inscrit en doctorat à l'Université Lyon 2. Les échéances universitaires en anthropologie m'offraient ainsi un cadre pour théoriser et un rythme de réflexion sur ma pratique. Et par ces choix qui se succèdent, je deviens moi-même, petit à petit, anthropologue, par le hasard d'un parcours proprement de recherche. L'anthropologie est aussi sûrement pour moi l'occasion d'occuper une place singulière dans le contexte de soins auquel je participe. J'y éprouve souvent un sentiment d'inconfort, dans l'ambition timide d'améliorer notre démarche de soignant par une meilleure connaissance de ce que l'on pense savoir lorsque l'on est médecin. Et, il me faut aussi aujourd'hui dans un temps parallèle trouver une place dans cette discipline que je rejoins et qui pourrait finalement m'accepter comme un des siens. Sûrement que la place que j'y occuperai alors y sera aussi singulière, aussi dans l'inconfort, déjà avec la volonté de réfléchir aussi à améliorer notre démarche de production de connaissance qui semble être la fonction de l'anthropologie. Devenir par un deuxième métier ethnologue de son premier métier est un drôle de bazar. Le lecteur pourra y trouver toutes sortes de choses. Nous y plaçons une curiosité nouvelle et de tous les instants, une envie de se découvrir soi-même

autant que de découvrir ses "confrères", un impatient besoin de connaître ce que l'on est à ce jour avec et par les autres.

Quelle perspective pour cette recherche ?

Cette recherche n'a pas ouvertement de perspective appliquée. Elle est avant tout un projet de connaissance. Elle vise à produire des données originales sur ceux qui soignent, par un positionnement différent des positionnements anthropologiques classiques. Elle tend, nous l'espérons vers la réalité qui constitue l'être humain, objet de notre discipline.

Pour ma pratique de soins, je sais que ce parcours a changé et changera ma manière de soigner. Dans cette démarche métissée, je crois que meilleure est ma connaissance des pratiques et des représentations des soignants sur la maladie et le soin, meilleure sera ma capacité d'acteur à permettre à mes patients d'éviter la maladie et de mieux se soigner.

Pour mon investissement en santé publique, ce travail de recherche anthropologique, me donne, je l'espère, la capacité de penser et la légitimité de proposer à l'avenir une place pour l'anthropologie dans les programmes de santé publique, de leur conception, à la réalisation et l'évaluation. Et cette position professionnelle de l'entre-deux m'invite à mon sens plus qu'un autre, à davantage de pédagogie pour justifier et expliquer l'épistémologie de notre discipline. Il nous faudra présenter aux futurs partenaires, autant la pertinence de notre méthode que la validité scientifique des résultats produits. Cette recherche doit être un plaidoyer sur le pourquoi et le comment du qualitatif avec la même ambition de rigueur que celle des sciences quantitatives.

Et si ce travail peut modestement contribuer à ce que le lecteur se questionne sur ce qu'est la science dans sa réalité humaine, il aura bien largement atteint ses objectifs.

Introduction

« *La terre est bleue comme une orange* ».

Paul ELUARD, *L'amour la poésie*, 1929.

Théâtre de recherche

Le café des trois gaules, dans le quartier des pentes.

C'est sur l'emplacement même de l'ancienne ellipse de *l'amphithéâtre des trois gaules*, en bas *des pentes de la Croix-Rousse* à Lyon, que notre terrain de recherche a véritablement commencé ce vendredi 19 juin 2009. Petit clin d'œil à la diachronie : c'est dans cet espace que 2000 ans auparavant se tenait le rassemblement annuel des élus de divers peuples gaulois, afin de tenter de s'accorder sur la politique en Gaule, alors conquise mais pas vraiment colonisée, sous l'œil entendu de l'empereur Claude, lui-même né à Lyon. C'est aussi dans ce lieu que Sainte Blandine fut livrée aux bêtes et dévorée, marquant l'endroit par son histoire d'une dimension de tragédie. Ainsi, bien des siècles plus tard, comme une espèce de continuité, un petit groupe de locaux, aussi politiquement hétérogène, mais aux habitudes sociales moins féroces, ou en tout cas plus encadrées, se retrouva réuni à son tour pour débattre. Une association locale dont l'objet était de faire travailler ensemble médecins et ethnologues sur des projets de santé et dont j'étais à l'initiative, organisait dans un café du bas *des pentes*, une rencontre ayant pour thème « la prévention en regard des médecines alternatives sur *les pentes de la Croix-Rousse* ». Elle faisait suite au stage de Béatrice H. dans notre structure, étudiante en anthropologie à l'Université Lyon 2. Son stage avait pour objet de faire un travail exploratoire sur la médecine alternative du quartier, en préliminaire à la recherche-action que notre association envisageait alors de mener, autour de la prévention de l'hépatite B et la promotion de la vaccination. Béatrice avait choisi de travailler sur les

thérapeutes non conventionnels¹ et non médicaux. Elle devait ce soir là faire un premier rendu de son travail.

En début de rencontre, l'ambiance s'installait. Les participants arrivaient les uns après les autres dans un lent compte-goutte, montaient sur la mezzanine du café. On se saluait. On s'observait. Chacun commandait une bière ou un jus de fruit. Un groupe de clients plutôt bruyant prenait place en bas, au comptoir, sous le plancher qui nous supportait et superposait le café en deux espaces, réunis par une grande baie vitrée offrant pleine vue sur les restes archéologiques de l'amphithéâtre. Une vingtaine de personnes était finalement présente, constituée d'une dizaine d'étudiants en anthropologie, de Grégory Z., professeur de médecine générale à L'Université Lyon 1, Yvonne R., un médecin épidémiologiste d'un laboratoire pharmaceutique, quatre acteurs du milieu associatif et deux personnes dont un médecin de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Une seule thérapeute dit « alternative » pratiquant le shiatsu a répondu à l'invitation parmi la vingtaine de soignants rencontrés par la stagiaire. Quelques musiciens accordaient leurs instruments à l'étage en dessous en vue d'un concert programmé par la suite. Ce brouhaha imprévu tendit quelque peu l'atmosphère. Nous comprenions qu'il allait être difficile de s'entendre. Edith V., alors présidente de l'association à l'initiative, dit un mot de présentation, puis je pris à mon tour la parole pour introduire l'exposé de Béatrice. Notre stagiaire fit sa présentation. Des concepts un peu trop théoriques s'ajoutant au bruit du rez-de-chaussée, transformèrent le tout en un patchwork souvent peu compréhensible. L'ambiance devint franchement électrique, et les regards se crispaient. A la fin de la présentation, le débat s'enclencha dans la prudence. Chacun semblait s'observer sans trop savoir quelle parole était possible dans ce contexte là. On pouvait soupçonner des avis très divergents sur les questions qui sous-tendaient notre réunion. Edith eut le mérite de mettre les pieds dans le plat en demandant à Béatrice si les thérapeutes rencontrés lors de l'enquête étaient ouverts à la médecine conventionnelle. Elle répondit que la plupart d'entre eux l'étaient. La praticienne de Shiatsu rapporta alors que pour elle, les patients sont de vrais vecteurs. Ils ont, selon elle, tendance à confier leur santé à des médecins qualifiés d'"ouverts". Ils initient des connexions entre elle et les soignants. Elle insista sur l'importance d'une information dans les deux sens : d'un côté l'information scientifique et de l'autre celle notamment des opposants à la vaccination, notamment pour l'Hépatite B.

¹ Nous désignons par l'adjectif *conventionnel*, un lien contractuel d'un thérapeute avec la sécurité sociale : médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmières.

Cette dernière phrase sonna comme le sifflet d'un début de match. Les échanges se libèrent tout d'un coup comme on lâche un élastique tendu, tout en se dégageant aussi net du thème de la médecine alternative pour se recentrer sur la vaccination et l'hépatite B, comme aimantés brutalement par ces enjeux. Les regards se détournèrent de l'intervenante pour se focaliser sur moi. Ce sont les deux médecins situés un peu en retrait, le professeur de médecine générale et l'épidémiologiste, qui rapidement prirent la parole sur un ton ferme et assuré : « *il n'y a pas de problème de dangerosité sur le vaccin. Le débat est franco-français. Les deux études qui ont cru prouver le contraire étaient mal ficelées au niveau technique* ». Une opposition toute aussi assurée se manifesta de l'autre côté du cercle qui se scinda du coup en deux groupes. Je fus pris à parti par les uns et par les autres, désigné par défaut arbitre de la rencontre. Je me concentrais imaginant pouvoir garder une attitude neutre afin que le débat soit possible et que chacun se sente dans un lieu de parole. J'expliquais que certaines études menées sur la vaccination mettent effectivement en évidence un risque autour du vaccin. Je dis avoir lu un article récent dans *le Concours médical* (POSTEL-VINAY, 2009), revue de formation médicale continue à l'adresse des médecins généralistes, qui pour la première fois prenait en compte, malgré les critiques, les résultats de ces deux études montrant un lien entre le vaccin et les maladies démyélinisantes. J'avais qu'il était peut-être rapide de balayer ces données d'un revers de manche simplement sur des questions de méthodologie. Je maintenais dans la foulée pour ne pas tomber trop vite du fil de la neutralité, que le bénéfice semble malgré ce débat, toujours largement prépondérant pour la vaccination. Je sentais les deux médecins, dont Grégory Z., se raidir. Je l'imaginais alors un peu surpris de mon positionnement. Je me sentais presque traître. Une personne du "clan d'en face" demanda pourquoi nous nous focalisons sur l'hépatite B alors qu'il aurait été intéressant de rester centré de façon plus générale sur la prévention. Je rappelais les chiffres des 3000 morts par an, que l'hépatite B est l'une des maladies infectieuses qui tue le plus dans notre pays. Une personne répondit avec ironie que ce n'est pas grand-chose à côté du nombre de personnes tuées sur la route. Une étudiante poursuivit dans le même sens en disant que 3000, cela lui paraissait bien peu... Je renchéris en évoquant le 0,65% de personnes en contact avec le virus en France et les 300.000 porteurs chroniques du virus... Clairement, chacun de nous percevait ces chiffres de façon bien différente. Pour certains, ils étaient insupportablement élevés quand pour d'autres, ils semblaient peu signifiant par rapport à d'autres malheurs du monde.

« *Mais qui sont les personnes au dessus de vous ?* » finit par décocher le médecin de la CPAM, visiblement dans un positionnement plus personnel que celui que l'on aurait pu imaginer de son institution. Elle craignait, nous expliqua-t-elle, l'influence des laboratoires,

de l'industrie pharmaceutique... « *Qui vous finance ?* », lança une autre femme avant d'expliquer qu'elle venait d'entendre sur une grande radio nationale une émission sur ces firmes pharmaceutiques qui inventent des maladies pour vendre leurs produits. « *Comment est venue l'idée de travailler sur l'hépatite B et pourquoi sur les pentes ?* » demanda un autre participant. Je répondis le plus honnêtement possible que le fait que ce *terrain* soit mon lieu d'exercice allégeait de façon décisive la contrainte de lieu et de temps. Je dis que nos seules motivations étaient de lutter contre cette maladie au fort coût humain et mieux comprendre les positions de chacun. L'ambiance de la réunion devenait, en tout cas pour moi, un peu pesante. Je faisais effort pour ne pas avoir un mot ou une réaction déplacée qui couperait le débat instauré, toujours dans une sensation d'équilibriste. Le thème initial de la médecine alternative était complètement oublié, écrabouillé par le débat passionné que suscite ce vaccin. Edith vint à ma rescousse et conclut d'une façon décidée, par une synthèse bien tournée. En discutant un peu plus tard avec certains participants, il semble que le caractère tendu de la rencontre ait été perçu de façon bien différente par les uns et les autres. Certains ont trouvé contrairement à moi la réunion plutôt conviviale.

C'est donc par cet endroit concentré d'histoire que nous plantons notre démarche de recherche dans ce quartier lyonnais *des pentes de la Croix-Rousse*. Comme je l'expliquais aux participants de cette réunion, ce choix géographique s'est fait sur des critères bien pragmatiques. Choisir ce terrain me permettait à la fois de poursuivre mon activité de praticien tout en étudiant le système de santé local. Il n'y avait pour moi guère d'autres possibles pour devenir anthropologue. Et je trouvais de vrais atouts à chercher science dans cette localité où je m'imprègne d'une façon lente et continue depuis l'ouverture de mon cabinet il y a 8 ans. Nous y reviendrons dans les questions de méthodologie. C'est de plus un quartier qui donne envie qu'on l'étudie. Il présente un urbanisme singulier, marqué à la fois par sa géographie (pentes d'une colline), par son histoire (histoire de la soierie lyonnaise et des canuts), par sa très forte densité d'habitation (l'une des plus élevée d'Europe) et par la permanence du mouvement social. *La Croix-Rousse* jouit d'une réputation particulière : quartier ouvrier au XIX^{ème} siècle, c'est ici qu'a pris forme la première insurrection sociale caractérisée de l'ère industrielle : la révolte des canuts. C'est également dans ce quartier qu'essaimeront de nombreuses innovations sociales : le premier conseil des prud'hommes, les premières expériences mutualistes, les premières boutiques « coopératives » françaises... Au XX^{ème} siècle, *les pentes de la Croix-Rousse* restent un véritable laboratoire social : squats, restaurants autogérés, crèches parentales, imprimeries parallèles, collectifs militants, associations en tous genres. Au début du XXI^{ème} siècle, même si la population change sous

l'effet de la hausse des loyers et l'arrivée des "bourgeois bohèmes", le quartier reste un lieu particulièrement vivant, donnant encore naissance à des initiatives intéressantes : commerce équitable, crieur public, vivier artistique, contestation politique. Comme un air de résistance, "encore et toujours", mais aujourd'hui sans romains ni potion magique ...

Les médecins des pentes.

Le projet que notre association voulait mener, nous a donné l'opportunité au début de cette recherche, de rencontrer la plupart des soignants du quartier, conventionnels ou non conventionnels, médecins ou non médecins, afin de les solliciter à participer. Nous choisissons pour notre travail de thèse de nous recentrer sur les seuls médecins afin que les dimensions de ce projet restent réalistes. Et c'est donc dans ce contexte que j'ai eu l'occasion de m'entretenir individuellement début 2009 avec la plupart des collègues du secteur, des médecins généralistes et pédiatres aux spécialistes et chercheurs hospitaliers, en passant par les médecins ayant eux-mêmes une pratique non conventionnelle (naturopathie, homéopathie, ostéopathie, chamanisme). Il était alors frappant de constater combien les avis étaient différents entre nous sur ces sujets, et par delà, comment le soigner est effectivement un « soigner au pluriel » (BENOIST, 1996).

Je me souviens du positionnement de Yves U., médecin infectiologue à l'hôpital de la Croix-Rousse et ami qui à la fin décembre 2008, nous disait en réunion de préparation au "projet hépatite B" qu'il fallait « étudier le pourquoi de la *non-connaissance* des médecins » sur le vaccin et l'hépatite B. Grégory Z., professeur en médecine générale, va dans le même sens : il n'y aurait pas de problème avec ce vaccin, le débat est franco-français. Quelques jours après la rencontre du café, je discutais avec Yvonne R., la collègue épidémiologiste travaillant dans une entreprise pharmaceutique qui avait défendu bec et ongle le vaccin dans nos réunions publiques. Elle me confiait en privé qu'elle ne ferait pas vacciner sa fille, alors à naître, contre l'hépatite B par principe de précaution. Il y a eu encore l'entretien avec Paul G., hépatologue à l'hôpital de la Croix-Rousse, considéré comme un des référents sur la question à Lyon : « mais nous, les médecins, pas plus les autres que moi... j'en fais partie, on sent bien qu'à un moment ces histoires autour du vaccin contre l'hépatite B ébranlent. A un moment donné, on se dit *bon sang*, on est sur nos certitudes. Et puis il y a ce dont jouent les médias à fond, le cas index, la petite jeune, dont la grande sœur à une SEP... Qu'est ce que je fais ?... Il y a tous ces enjeux là ... ». Le Dr Pierre I., Hépatogastro-entérologue pense quant à lui, un

peu agacé de me recevoir, que seuls les migrants transmettent l'hépatite B aujourd'hui et que l'on ne voit plus d'hépatites chez les non-migrants car il n'y a plus de contact. Le Dr Laurence B., pédiatre sur le boulevard de la Croix-Rousse défend sereinement la vaccination contre l'hépatite B en expliquant que la plupart de ses patients en comprennent l'intérêt une fois une explication claire donnée.

Les médecins généralistes ont eu aussi chacun leur opinion. Wilfrid D., médecin quarantenaire alors en thèse de philosophie, investi dans la formation des internes en médecine générale dans le même département que Grégory Z., m'écrivait par mail suite à une discussion sur mon sujet pour me présenter une méta-analyse aux conclusions selon lui très instructives : « il n'y a pas d'efficacité démontrée au vaccin contre le HBV si on tient compte des biais des études incluses. [...] Quelle est la secte qui a influencé 20 millions de français à se faire vacciner ? Notre ministère de la santé ! On se demande qui sont les gourous entre les anti et les provaccinalistes ! ». Le Dr Quentin M. a dix ans de plus. Il est désabusé d'avoir lutté des années pour la promotion du vaccin de l'hépatite B et dit ne plus faire de pédiatrie « pour ne plus avoir à être confronté à la bêtise des parents qui concentrent toute la connerie humaine en France ». Pour le Dr Jacques E., « avant le vaccin hexavalent c'était le bazar. Il fallait repiquer deux fois les enfants. Moi, je ne vaccinai pas... Maintenant, c'est plus facile... Moi j'ai vu des cas de sclérose en plaque, c'est quelque chose (silence et air entendu)... Bon, mais les études n'ont rien montré, disent qu'il n'y a rien... ». La question ne semble pas bien l'intéresser. Il termine en me disant : « bon c'est le dernier truc à la mode... ». Roger N., vieux routier des projets de santé publique, parle avec assurance et explique qu'il fait la promotion de la vaccination chez les personnes à risque et les enfants. A son sens, il n'y a pas d'intérêt à vacciner la population générale. Le Dr Thierry A., dit insister lourdement, « jusqu'à ce que les gens craquent... ». Il dit savoir convaincre. Il recommande le vaccin contre l'HBV à la rentrée en 6ème. Il ne pense pas nécessaire de le faire avant sauf si la famille est à risque : toxicomanes, voyageurs... On se demande si il connaît le vaccin hexavalent, dit que l'hépatite B est une maladie grave. Il y a encore ces deux femmes médecins associées en fin de carrière qui se chamaillent comme un vieux couple. L'une serait plutôt pour le vaccin sans pour autant en faire la promotion autrement que chez les voyageurs. L'autre semble beaucoup plus sceptique et évoque le risque de SEP, dit ne pas être elle-même vaccinée quand son associée lui prétend qu'elles l'ont fait ensemble par le passé. Il y a enfin Mme Marthe M. plutôt sèche et expéditive et qui clôt rapidement la conversation au téléphone quand j'essayais de négocier un entretien : « De toute façon, je ne suis pas très sensible à la vaccination et j'aurais du mal à convaincre mes patients ».

Laure L. est médecin homéopathe. Elle se dit favorable au vaccin contre l'hépatite B et vaccine les enfants si les parents sont demandeurs. Lilian S. est aussi homéopathe, mais très hostile au vaccin. A mots couverts, m'interdisant de prendre des notes, il défend que la vaccination est scandaleuse et dangereuse, notamment celle en préparation à l'époque contre la grippe A. Le Dr Karl W, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur a un discours un peu entre deux. Il ne condamne pas la vaccination mais semble dubitatif. Il semble ne pas vacciner ses patients. Franck F. a aussi une pratique médicale variée, de l'ostéopathie à la naturopathie, en passant par le chamanisme. Il n'est pas conventionné depuis le début de sa pratique il y a une vingtaine d'années. Lui ne semble pas du tout intéressé par le sujet même de l'entretien (vaccin et l'hépatite B) et très vite la conversation de cette première rencontre dévie sur nos vies privées et conjugales ...

L'hépatite B et son vaccin

Face à ces divergences, que semblent nous dire les scientifiques sur cette maladie ? L'hépatite B aiguë est présentée comme une maladie virale, asymptomatique dans la majorité des cas. Elle semble guérir spontanément dans 90 à 95% des contaminations. Néanmoins, dans près d'un cas symptomatique sur cent, l'hépatite serait fulminante et le plus souvent mortelle en l'absence de transplantation. Le passage à la chronicité qui ferait la grande part du problème de cette maladie, dépendrait de l'âge : de 5 à 10 % des cas chez l'adulte, de 30 à 40% chez l'enfant de moins de 4 ans, il pourrait atteindre 90% des cas chez le nouveau-né, né de mère porteuse de l'antigène HBs (agHBs), marqueur de l'infection chronique au VHB, en l'absence de sérovaccination dans les 24 heures suivant la naissance. L'hépatite B chronique est définie par les spécialistes comme la persistance de l'agHBs six mois après l'hépatite aiguë. Deux types de situations doivent être selon eux distinguées : le simple portage chronique inactif de l'agHBs (généralement sans gravité) et l'hépatite chronique, susceptible d'induire des complications graves (cirrhose, cancer du foie) (POL, 2005). Cette maladie semble jouir d'un paradoxe riche à étudier. Elle serait ainsi l'une des trois pathologies infectieuses qui tuent le plus en France avec l'hépatite C et la grippe, responsable de 7 fois plus de décès dans notre pays que le VIH (ANTONA, 2006 ; PEQUINIOT, 2008). Les personnes infectées ou malades semblent être des sujets jeunes, contrairement à la grippe qui est sévère en général chez les personnes âgées ou fragilisées. Elle est la seule des hépatites chroniques à pouvoir bénéficier d'un vaccin. Elle ne suscite malgré cela que peu de

commentaires dans la population et mobilise peu les médias autant que les soignants (CALES, 2001). Moins de la moitié de la population a recours à la vaccination (FONTENEAU, 2008). Les anthropologues ne sont eux-mêmes guère plus intéressés par la maladie, entièrement dédiés à l'étude du VIH, objet d'investigation par excellence, en plus à forte charge émotionnelle notamment pour les étudiants (CROS, 1996, p.51).

La vaccination contre l'hépatite B, quand à elle, reste l'objet de nombreuses controverses, y compris parmi les soignants (FICQUET, 2008). En 1981, le premier vaccin contre l'hépatite B, d'origine plasmatique, est disponible. En 1992, l'Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS décide de recommander la vaccination des nourrissons dans tous les pays du monde. La France recommande alors en 1994 la vaccination des nourrissons et des adolescents. Plus de 20 millions de français ont alors été vaccinés. A la suite de notifications de cas d'épisodes démyélinisants aigus chez des sujets récemment vaccinés, l'Agence du médicament a mis en place une enquête nationale de pharmacovigilance, ainsi que trois études cas-témoins. En 1996, le débat sur le lien entre le vaccin et la sclérose en plaque (SEP) devient médiatique. Une pétition circule, y compris chez quelques médecins, exigeant un moratoire. En 1997, une association de victimes du vaccin contre l'hépatite B, « REVAHB », est créée en France à l'initiative d'un médecin généraliste. Le ministre de la santé annonce alors le 1er octobre 1998, la suspension de la vaccination effectuée par les médecins scolaires auprès des préadolescents. Une quinzaine d'études a depuis été menée. Seules deux d'entre elles, comme nous le verrons, ont semblé conduire à un lien entre le vaccin et la sclérose en plaque. Leurs méthodologies font rapidement l'objet de critiques, y compris par l'AFSSAPS, et sont jugées non valides par le reste de la communauté scientifique. Le débat reste vif et les incertitudes réelles même si le rapport bénéfice-risque de la vaccination semble selon les experts rester très en faveur du vaccin. La couverture vis-à-vis de l'hépatite B tente depuis péniblement de progresser. Elle est passée de 33,5 % en 2001-2002 à 38,9 % en 2004-2005. La progression de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B resterait cependant très insuffisante pour les experts (FONTENEAU 2008). Le vaccin semble ainsi aller bien au delà de la simple administration générale d'un produit biologique éprouvé. L'ethnologue Jolanta SKOMSKA-GODEFROY écrit ainsi : « *[le vaccin] correspond à un enjeu social complexe fait de science et de magie, d'espoir et de crainte, d'industrie et d'administration, de pouvoir et de dépossession, de planification et d'incertitude* » (1996, p.423).

Ce qui pose problème



Photo 1 : les vaccins et leurs aiguilles

Ces quelques rencontres de quartier ne vont pas sans poser de questions au soignant autant qu'à l'anthropologue. Mais les interrogations diffèrent et ce qui questionne le médecin n'est pas nécessairement ce qui fait la problématique anthropologique de ce travail de recherche.

Comment la situation interroge le médecin ?

Le soignant, lui, ne peut que s'interroger au contact de la diversité des opinions et des positionnements que nous venons de donner à lire. Il ne sera pas surpris d'observer une opposition entre sympathisants des médecines alternatives et les médecins en liens avec l'université et l'industrie pharmaceutique, sur la question des vaccins. Chacun sait d'expérience que dans bien des domaines, ce qui est prioritaire pour les uns est anecdotique pour les autres. Mais il est beaucoup plus étonnant pour le médecin de constater la diversité des points de vue au sein de son groupe de pairs, comme par exemple celui des médecins généralistes qui ont bénéficié chacun de la même formation initiale. Mais plus que de surprendre, les divergences observées déstabilisent et dépriment. Certains dont moi-même lors de la soirée au café, se sont sentis attaqués, atteints, mis en cause. Deux questions peuvent bien vite surgir :

Comment nos opinions peuvent-elles être si différentes ?

D'où vient la diversité de ces opinions sur la maladie quand il peut sembler que nous évoluons nous les soignants, tous dans un même bain culturel, dans un même niveau socio-économique, et qu'il peut sembler que nous ayons tous accès à la même information ? Nous pourrions imaginer, au vu de l'épidémiologie de l'hépatite B et de l'efficacité avancée du vaccin, une vision mécaniquement plus uniforme, régie par des règles formelles et maintenue par une communauté d'intérêts qui nous lierait entre nous. Or, il se dresse là une scène sociale dont on ne peut que soupçonner le caractère dynamique et négocié d'interactions, et dont on semble percevoir les processus complexes, où chaque acteur participe à la représentation de la situation dans laquelle il est engagé. Mais surtout, il est une impression de désordre social presque angoissant, à y perdre son sens. Et pire encore, comment peut se construire une diversité des opinions au sein d'une même personne ? Au-delà des groupes de représentations que l'on observait sur l'ensemble des membres présents à cette réunion *aux trois Gaules*, nous distinguons avec étonnement une apparente distance entre le discours et la pratique chez une même personne. Nous avons entendu le discours du médecin épidémiologiste, virulente défenseur du vaccin, qui par ailleurs ne souhaitait pas faire vacciner son enfant à naître par principe de précaution, disait-elle. Je me suis moi-même vu pendant cette rencontre me risquer à défendre des positionnements qui mettent le doute quand à l'innocuité du vaccin quand je suis dans ma pratique, très partisan de cette vaccination. Par quel mécanisme de construction des logiques diverses et parfois opposées peuvent-elles cohabiter chez un même individu ?

Qui a raison ? Qui dit vrai ? Qui dit faux ?

Cette diversité face aux questions de santé, nous l'avons dit, déstabilise le soignant que je suis. Moi qui suis pourtant préparé peut-être plus que les autres à supporter la différence des avis par mon parcours en anthropologie, j'avoue avoir, notamment au début de ce travail, traversé de vrais états dépressifs au contact de ces observations. En effet, à la question *du pourquoi* les gens ont des opinions différentes, fait suite une autre question pour le médecin plus évidente encore. Celle du *qui a raison* ? Face à la diversité, qui pense *vrai* ? Qui est plus proche de la *réalité* ? Cette question semble légitime à partir du moment où l'on accepte l'idée que l'hépatite B est un virus réel qui a sa propre histoire naturelle et sa propre réalité

biologique. On peut penser dans le même sens que le vaccin contre l'hépatite B a lui aussi sa propre réalité biologique qui, on peut le supposer, agit dans le corps selon des mécanismes généraux tout en respectant très probablement des réactions particulières à chaque individu. Est-il possible de garder le sens de notre métier de médecin en acceptant tout bonnement que notre positionnement soit simplement un parmi tant d'autres ? Cette diversité ne témoigne-t-elle pas de l'aléatoire et de l'incertain de nos propres opinions qui pour une bonne partie d'entre elles, seraient fausses au regard de la réalité biologique du vaccin et de la maladie ? Cette constellation d'avis pose la question de nos références, de nos accroches, de ce qui nous lie à la réalité. Et ce lien là fait irruption sans cesse dans les débats mais demeure toujours énigmatique. Chacun l'invoque et se l'approprie mais aucun n'y a véritablement accès. « Les études scientifiques montrent que ... », « les scientifiques disent que... », « le professeur Untel a prouvé que... », « par mes années de pratique, je pense que... ». Certains l'approchent-ils mieux que d'autre, cette réalité ? L'estiment-ils avec justesse quand d'autres en demeurent plus éloignés ? Et si en fait nous ne savions rien ? Et si nous nous laissions aller au nihilisme, à accepter que l'on ne se sait effectivement rien, à vivre la dépression qui en résulte, dans le premier sens du terme, comme un moteur qui n'a plus de carburant, qui n'est plus commandé par un ordre, qui ne trouve plus le sens de la marche en avant ? Comment soigner pour les soignants ou être soigné pour les autres, si l'on comprend que le médecin en fait ne sait pas, n'est pas dans le vrai ? C'est ici nous le pensons, que l'anthropologie peut aider à sortir de l'ornière, à redémarrer, à poursuivre, ou tout simplement à remettre un autre sens.

Comment l'anthropologue interroge la situation ?

La diversité des opinions des médecins interroge aussi l'anthropologue dans le même point de départ : de quelle nature est donc la connaissance des soignants sur la maladie et surtout comment se construit-elle ? Nous avons étudié à l'occasion d'un premier travail de recherche (FAYA, 2005) les représentations des opposants à la vaccination. Nous avons alors compris que les logiques peuvent être plurielles sans être pour autant irrationnelles. Il nous faut maintenant aller au delà et ne pas craindre d'affronter les questions difficiles, d'étudier des mécanismes plus profonds du *pourquoi* et du *comment* du savoir. Edgar MORIN disait de la connaissance, dans la préface de la réédition du volume de *la méthode*, qu'elle est l'objet le plus incertain de la connaissance philosophique et l'objet le moins connu de la connaissance

scientifique (MORIN, 2008, p.17). Tenter de répondre à la question du savoir de ceux qui soignent met bien sûr le chercheur devant une tautologie qui impressionne. Nous sommes là invités à choisir un focus adapté à notre capacité de recherche pour éviter la prétention d'une anthropologie totale. Il faut probablement s'autoriser à ce point de commencement un découpage, une réduction de la réalité environnante dans une fin de mise en ordre (ADELL, 2011, p.207). Toute tentative de présentation de la réalité ne s'accompagne-t-elle pas d'une simplification, condition sine qua non pour la rendre pensable ? C'est l'un des arguments importants qu'à chercher à asseoir Claude LEVI-STRAUSS dans *La pensée sauvage* (1962).

Abandonner définitivement la croyance.

Il faut au départ mettre à plat ce problème de la distinction du vrai et du faux que met en avant le médecin, où les *savoirs vrais* seraient tout simplement les savoirs et *les savoirs faux* autre chose qui usurpe le terme de savoir. C'est là que les questionnements du chercheur en sciences humaines prennent peut-être un autre chemin que ceux du soignant. Il s'agit de chercher ailleurs que de considérer des degrés de savoir s'échelonnant depuis les pôles de la Croyance jusqu'à ceux de la Science. C'était la position de Platon dans le *Théétète* qui nous a séduit un temps, en début de travail où le savoir est considéré comme une croyance qui doit répondre à deux conditions : être vraie et être justifiée (DUTANT, 2005). Nous avons pensé alors à une porte d'entrée par cette idée de croyance, en considérant que certains des thérapeutes disent vrai, d'autres disent faux. Raymond BOUDON (1995) désigne dans ce sens « l'aporie du relativisme » ou l'impossibilité du projet de connaissance si l'on suppose que tous les énoncés se valent. Pour développer une entreprise de savoir, il faudrait selon cet auteur considérer que certains états de connaissances sont effectivement plus ou moins pertinents pour décrire la réalité. LIEBNITZ étendait aussi le champ du savoir entre la croyance et la science, englobant tout mais distinguant des degrés de probabilités. Dans le savoir des croyants, le degré de probabilité de réalisation ou d'existence (de Dieu, du paradis, etc) est pour lui faible voir inconnu. Et pour le savoir des savants, ceux qui savent, ce degré de probabilité serait souvent fort, parfois si fort qu'il relève de la certitude (ADELL, 2011, p.30). Max WEBER (1959), dans *le savant et le politique*, parle lui à l'inverse d'une logique de la croyance au sein du monde scientifique : croire en la « science » (en l'existence des microbes,...) est une condition centrale quant à la réussite de la science comme discours le plus légitime.

Paul ELUARD qui nous offre l'épigraphe de notre introduction, « *la terre est bleue comme une orange* » nous montre ainsi une autre voie, celle où le faux et le vrai s'embrouillent et où l'apparence du premier peut en réalité dissimuler un savoir plus profond. Il est faux de dire qu'une orange est bleue, mais il y a une vérité supérieure selon ELUARD, qui permet de rapprocher la Terre de l'orange, celle de sa forme. Cette vérité est supérieure parce que, tandis que la couleur est arbitraire (je peux attribuer à n'importe quel ton le nom «bleu»), la question de la forme est une expérience sensible qui est plus générale (ADELL, 2011, p.28). Ainsi, ce n'est pas la question du vrai et du faux qui doit gouverner notre travail. En effet, l'anthropologue doit jouer ici le trouble-fête en se désintéressant autant que possible de ce projet de démêler les vérités. Nous pourrions aussi considérer que tout est savoir pour peu qu'il s'inscrive dans la vie humaine. Il s'agit de sortir définitivement de ce besoin de partage entre ceux qui savent et ceux qui croient, entre ceux qui sont dans la science et ceux qui sont en religion ou dans le mythe. Il s'agit bien aussi de craindre notre auto-centrisme, et d'éviter d'être en tant que chercheur « cet incroyant qui croit que les croyants croient » (POUILLON, 1993, p.30), au risque de nous perdre un peu comme nous l'expérimenterons. Il faut essayer de se protéger de toute tentative de gradation dans les connaissances, les limites se faisant rapidement frontières. Là où s'arrête notre définition du savoir commence finalement l'altérité, l'étrangeté de l'Autre et tout ce qu'il nous faut comprendre. Tout le travail de l'anthropologue est de se détacher de ses préjugés, d'avoir ce regard éloigné, qui lui permet de ne pas considérer les limites du savoir comme des barrières mais comme des espaces de discussions, de controverses, de débats entre des modes de pensée différents (ADELL, 2011, p.32). Il s'agit pour nous de placer au cœur de nos interrogations non plus l'énoncé mais l'énonciation. Le questionnement anthropologique doit chercher à cerner l'humain qui le produit et l'énonce, mais aussi celui qui l'écoute et l'entoure, le convoite, le rejette. C'est l'ensemble des relations humaines, potentielles ou réelles, médiatisées par le savoir que l'anthropologue doit chercher à restituer (*Id*, p.12).

Dans quel sens va notre curiosité ?

Comment construit-on sa vérité ?

La vérité comme discours sur la réalité

La première réduction pour penser la connaissance des soignants que nous proposons au lecteur s'effectue par la notion de *vérité*. Il vient d'être entendu qu'il ne s'agira pas ici de soumettre "une" vérité à des tentatives de falsification, de lui attribuer de degré, de vouloir la localiser sur une ligne qui irait de la croyance à la science. Nous allons nous intéresser à ce qu'elle *est* pour les personnes que nous rencontrons. La vérité sera donc abordée comme la qualité de ce qui est considéré comme vrai pour nos informateurs, comme la conformité de leur idée avec un objet, comme l'adéquation de ce qu'ils disent ou pensent avec ce qui est réel. « Une définition immédiate de la vérité dans le champ de la philosophie analytique est ainsi celle qui veut en faire une relation de correspondance entre le monde et les mots » (AMBROISE et LAUGIER, 2009, p. 25). La vérité est donc ce qui nous semble un accord entre nos jugements de perception et la réalité. Nous éviterons de la personnifier, d'en faire on ne sait quelle entité spéciale et objective. Elle est avant tout une première focale intéressante pour étudier le contexte de connaissance des soignants, car elle n'est pas une donnée toute faite. Elle se fait. La vérité est le fruit de l'effort et de la recherche au sens large, de l'histoire d'un individu autant que d'un collectif. Elle est un discours qui se construit et qui donne accès à comment l'individu pense son rapport à la réalité, et organise sa pratique en fonction. Comme le mot « beau » donne son orientation à l'esthétique, le mot « bon » à l'éthique, le mot « vrai » le fait pour la logique. Toutes les sciences paraissent avoir la vérité pour but, mais la logique s'occupe d'elle encore d'une toute autre façon. « Elle se comporte à l'égard de la vérité comme la physique à l'égard de la pesanteur ou de la chaleur. Découvrir des vérités, c'est la tâche de toutes les sciences : il revient à la logique de connaître *les lois de l'être-vrai* » (*Id*, p. 88).

Vérité, identité et pouvoir

Il s'agit donc pour l'anthropologue d'étudier comment les médecins présentent et représentent leur logique de vérité et leurs lois de *l'être-vrai*. Comment se construit la vérité ou les vérités du soignant comme discours sur la réalité ? Cette notion *d'être-vrai* a pour

mérite de tout de suite nous entraîner dans le cœur de notre objet, celui de notre identité. Qui est fondamentalement cette personne que nous rencontrons par son discours sur la vérité ? Comment se définit-elle à travers sa vérité par rapport aux autres, par son langage, sa culture ? Quels comportements spécifiques adopte-t-elle pour garder cohérence avec sa représentation du réel ? Il faut ici s'armer de curiosité dans l'ambition de décrire les logiques autrement que par rapport à soi, pour ne pas y voir que des connaissances inachevées ou défailtantes dans la mesure où elles remettent trop en cause les fondements de notre propre rationalité.

Dans, *l'anthropologie des savoirs*, Nicolas ADELL (2011) retrace les étapes qui ont constitué notre discipline et plus particulièrement celles de l'anthropologie de la connaissance. Cette histoire permet d'illustrer par la figure des grands auteurs, ces questions que nous nous posons ici à notre tour. La naissance des sciences de l'Homme au XVIIIème nous montre déjà ce chemin que nous voulons emprunter, en effectuant une rupture importante qui dépassait le fait de considérer l'*autre* (l'exotique) comme totalement extérieur, mais en acceptant de lui accorder une certaine logique même si elle échappait à la raison occidentale. L'ambition était déjà à l'époque de pouvoir penser les savoirs comme pluriels. En 1799, Joseph-Marie de GERANDO, ecclésiastique de formation, puis militaire, créait « la première société anthropologique du monde : la société des observateurs de l'homme » (COPANS, JAMIN, 1978). C'est l'observation des pratiques qui invitait déjà à constituer notre profession d'anthropologue à partir d'un capital de connaissance et d'une méthode d'enquête (ADELL, 2011, p.72). La pensée de ROUSSEAU s'épanouit dans ce changement de perspective et en tire des implications profondes qu'il découvre dans les *confessions* : celle de l'identification à autrui, et même au plus « autrui de tous les autrui », fût-il un animal. Il défend un refus d'identification à soi-même, c'est-à-dire le refus de tout ce qui peut rendre le moi « acceptable ». Ces deux attitudes se complètent, et la seconde fonde même la première : en vérité, je ne suis pas « moi », mais le plus faible, le plus humble des « autrui ». C'est pour cela entre autre que Claude LEVI-STRAUSS érigea ROUSSEAU en « fondateur des sciences de l'homme » (1973).

Chercher à comprendre comment se construit la vérité d'un individu implique donc l'étude de son identité, cet *être-vrai*. Et l'étude de l'identité des personnes que nous rencontrerons, devra sans cesse lire les inter-relations entre les individus. Notre identité qui se co-construit avec nos discours de vérité, nous ramènera toujours, nous pouvons déjà le penser, vers les questions de pouvoir : jeux de pouvoir des médecins entre eux et jeux de pouvoir entre les médecins et les professionnels de la vérité (chercheurs, universitaires, institutions de

santé publique), jeux de pouvoir entre le médecin observateur et le médecin observé. La question de la réflexivité est déjà mise en avant par l'évocation de la pensée de ROUSSEAU, mais elle va hanter tout notre texte. Prétendre parler de la vérité des autres peut-il aller sans parler de sa propre vérité, et peut-être même plus ou moins consciemment, sans se livrer à un exercice de normalisation ? Les projets anthropologiques nés au XVIII^e siècle et qui se sont poursuivis au XIX^e siècle avaient ainsi pour but principal d'organiser « le gouvernement de la société » selon l'expression de Michel FOUCAULT (2008 [1982]). Il s'agissait de mesurer, et non plus seulement de constater, des écarts par rapport à des normes culturelles et sociales entre les différentes couches d'une même population (on enquête sur la marginalité, les pauvres, etc...). L'enquête mise au point sur les patois par l'abbé GREGOIRE dans la période révolutionnaire, conduite par les préfets, ne cachait pas son objectif : il s'agissait « d'anéantir les patois et d'universaliser l'usage de la langue française ». Le processus de normalisation était alors clairement affiché (ADELL, 2011, p.73). Nous voulons par ce travail de recherche avoir une ambition inverse et sûrement candide, d'un processus de "dénormalisation", par la curiosité que nous invoquons, par une réflexion sur notre méthodologie et sur notre positionnement. Nous discuterons dans quelle mesure ce souhait est réaliste ou simplement possible.

Quel rapport à la réalité du médecin

La réalité, celle qui résiste ?

Mais de cette notion de vérité qui pose modestement le contexte des mécanismes de connaissance des médecins, nous focaliserons encore davantage notre regard pour aller vers ce qui nous intrigue le plus dans le savoir médical. La deuxième réduction que nous proposons alors au lecteur pour penser notre objet est celle qui se tient juste en arrière plan de la *vérité* : la notion de *réalité*. Nous entendrons le mot réalité (du latin *res*, la chose) comme ce qui désigne le caractère de ce qui existe effectivement, par opposition à ce qui est imaginé, rêvé ou fictif. David HUME (1995 [1739]) oppose ainsi clairement le réel au possible. La réalité biologique serait ce qui existe effectivement dans le vivant entendu à l'échelle de l'organisme humain, de l'organisation et du fonctionnement somatique du corps. Il s'agirait donc d'une réalité objective qui existerait au-delà de notre connaissance ou de nos opinions et qui en serait indépendante. Bruno LATOUR avance, dans son ouvrage *la vie de laboratoire* que « si la réalité signifie quelque chose, elle est ce qui « résiste » à la pression d'une force ». L'auteur avançant que la discussion entre réalistes et relativistes est exacerbée par l'absence

d'une définition adéquate de la réalité, propose sa définition : « il se peut que ce qui suit suffise : ce qui ne peut être changé à volonté est ce qui compte comme réel » (LATOURE, 1988, p.262 en note bas de page). Et c'est bien là que ce qui attise définitivement notre curiosité : comment donc le médecin pense-t-il être en lien avec cette réalité du vivant ? Comment envisage-t-il son rapport au réel ? Que fait-il en pratique pour penser y accéder ? Quel sens engage-t-il dans cette entreprise ?

Du fait au sens ?

Au tournant des XIX et XX siècles, l'esprit positif se renforce. Les sciences de la nature sont le modèle par excellence de toute science, et de l'anthropologie. Le positivisme désigne ainsi un ensemble de courants qui considèrent que seules l'analyse et la connaissance des faits réels vérifiés par l'expérimentation peuvent expliquer les phénomènes du monde. La certitude provient exclusivement de l'expérience scientifique. L'esprit « positif » est donc celui qui conduit à la description d'une réalité avec en arrière plan, de façon plus ou moins consciente, la comparaison avec son idéal. Cette vision positive se manifeste dans l'obstination à penser que tous les savoirs humains partagent les mêmes catégories, parce que partout et tout le temps, la réalité et ses ruptures sont constantes, parce que ces savoirs s'expriment exclusivement dans la réalité, et parce que leur mesure s'établit à l'aune de l'observation de pratiques ou à celle de l'écoute de discours (ADELL, 2011, p.79-80). La médecine a été très influencée par ce courant de pensée à travers notamment le travail de Claude BERNARD à lire dans son *introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (2008 [1865]). Nous verrons dans quelle mesure ce courant de pensée perdure encore aujourd'hui chez les médecins du quartier *des pentes de la Croix-Rousse* et dans quelle mesure le positivisme est requestionné, ainsi que le discours des scientifiques en général.

En anthropologie, ce sont Frans BOAS et Bronislaw MALINOWSKI qui ont savamment contribué à faire évoluer la vision des sciences humaines de l'époque sur la science. Ils avaient d'ailleurs tous deux une formation première dans les sciences expérimentales. Critiquant les reconstructions des évolutionnistes, ils prônent l'observation. Ils rejettent les visions ethnocentriques et téléologiques, tout ce qui fait de l'indigène un « primitif », un *Nous* ancien. Ils affirment au contraire, la cohérence et l'autonomie de chaque culture. Si elles nous paraissent inachevées, c'est que leur logique nous échappe. Nous trouverons écho à ces positionnements dans l'étude du pluralisme médical de notre terrain de recherche : entre la médecine universitaire et le chamanisme, entre allopathie et homéopathie,

entre la biomédecine et la naturopathie. Peut-être en dirons-nous à la façon de MALINOWSKI, que chacun des systèmes à penser la médecine et sans exception, fait intervenir magie, sciences et religion (1925, p.196) ? Si le XIX siècle a été le siècle du Fait, le XX siècle est ainsi celui du Sens, selon Roland BARTHES ([1957] 2002). Cela signifie que dès la fin du XIXème, un changement profond de perspective se met en place qui trouve des limites à la nature objective des faits considérés comme nécessairement construits. Cela implique qu'avant le fait, il y a du sens et que donc trouver le sens à partir d'un fait (c'est la méthode inductive chère aux fonctionnalistes et aux sciences expérimentales), c'est négliger toute une partie du sens lui-même qui est en amont. C'est le mot de NIETZSCHE : « il n'y a pas de faits en soi ». Il faut toujours commencer par introduire un sens pour qu'il puisse y avoir un fait (ADELL, 2011, p.82). Ainsi nous chercherons au contact du terrain, si la médecine d'aujourd'hui construit aussi ses changements de perspective. Où en est cette discipline à considérer le fait. Où en est la médecine face au sens ?

Le médecin : quelle science, quelle alternative ?

Cet intérêt croissant en sciences humaines pour le sens aux dépens des faits est illustré par le relais des sciences de la nature aux sciences du langage dans les années 1950 au chevet des sciences humaines. La linguistique fournit désormais selon le point de vue de l'époque, le modèle de scientificité le plus abouti. Le changement est décisif pour l'anthropologie des savoirs. Il voit l'émergence de la pensée symbolique et les débuts de l'anthropologie de la cognition. Ce renouvellement s'est opéré de façon quasi simultanée en France et aux Etats-Unis sous l'impulsion, ici des recherches de Claude LEVI-STRAUSS, là-bas des travaux, menés par les élèves de BOAS et du culturalisme en général, qui formeront l'anthropologie cognitive et les ethnosciences. Il est difficile de se défaire suffisamment de nos propres catégories afin de pouvoir accueillir intellectuellement toute l'étrangeté de cultures, qui autrement, nous sont absolument indispensables. Et cette difficulté n'est pas surmontée au milieu du XX siècle et l'anthropologie oscille entre deux attitudes : celle du fonctionnalisme et celle du culturalisme (ADELL, 2011, p.85). En 1962, LEVI-STRAUSS offre à cette impasse anthropologique une issue avec la publication de *La Pensée sauvage*. L'auteur avance que la "pensée sauvage" n'est pas la pensée des sauvages mais la pensée à l'état brut, dans ses mécanismes les plus élémentaires, étudiée à un niveau où elle est le propre de tout être humain. *La pensée sauvage* est ainsi une « science du concret » où tout le réel, et au-delà, est objet de pensée. De ce point de vue, la pensée « domestiquée », la nôtre, loin d'être un

développement de la pensée sauvage en est une réduction à un seul type de déterminations : les déterminations dites « scientifiques ». Ce que l'on appelle le « réel » n'est qu'un « appauvrissement » de cette totalité, appauvrissement nécessaire afin de pouvoir y poser des distinctions qui sont un préalable à toute mise en ordre du monde. (*Id*, p.87-88). Si le discours scientifique n'est qu'un appauvrissement du réel, comment le médecin généraliste dans son cabinet peut-il tendre vers la réalité du soin, coincé qu'il est entre le scientifique universitaire à qui l'on prête souvent la connaissance et le thérapeute alternatif à qui l'on prête souvent naïvetés et superstitions ? Peut-il s'émanciper de cette configuration là pour recoller à la totalité du réel. Et si les déterminations scientifiques ont pour vocation de mettre de l'ordre, qu'en est-il de la frontière réelle entre les connaissances des scientifiques et les connaissances des praticiens ? Quelle importance occupe dans ce monde des savoirs l'action face à la nécessité absolue d'ordre politique ? Quelle est donc la dimension agie du savoir comme condition essentielle de sa lecture et de son observation par l'anthropologue mise en valeur par Frédéric BARTH (2002, p.3) dans son *anthropology of knowledge*. Observer le savoir du soignant, ce sera observer des actes de soigner, et voir en quoi ils constituent des actes de savoirs engagés dans le monde. Plus précisément, c'est l'allure même de cet engagement dans le soin et ce qu'il fait à la connaissance du soignant qui mérite l'attention anthropologique.

Le médecin : quelle biologie, quel social ?

L'anthropologie de la connaissance se donne comme objectif d'étudier les relations entre la culture et la pensée. Comment donc organisons-nous intellectuellement le monde qui nous entoure : les êtres, les choses, les événements ? En un mot, comment donnons-nous du sens à la réalité ? Les travaux de Franz BOAS (1889) sur la perception des sons et des couleurs chez les Eskimos de la Terre de Baffin notamment, ont donné à l'anthropologie cognitive ses fondations. Il met en évidence en effet, que cette perception est tout à fait distincte de la sienne alors qu'à priori l'objet est le même et que, par conséquent, il ne devrait pas y avoir de variations. Il en déduit la relativité des conceptions du monde environnant (ce qui est aujourd'hui assez bien admis), mais aussi la relativité des perceptions de la réalité (ce qui est plus difficilement reçu, car contre-intuitif) qu'il infère des contraintes de la langue (ADELL, 2011, p.90). Et c'est cet intérêt pour les classifications indigènes, découpées en premier lieu en fonction de nos propres catégories de savoir, qui a constitué les «ethnoscience» dont Ward GOODENOUGH a fourni parmi les premiers en 1956, le support théorique à partir de la linguistique. Le postulat de base est que la nature serait largement une

production de l'esprit. Il en est évidemment de même, mais cela se comprenait plus aisément, pour la culture (*Id* p. 91). Tim INGOLD distingue les modes de savoir des occidentaux par rapport à de nombreuses sociétés exotiques, comme les Obkibwa (qui vivent en Amérique du nord, dans la région des Grands Lacs) sur lesquels il prend particulièrement appui (INGOLD, 2000, p.16-18). En effet tandis que le point de vue médico-universitaire sur le savoir est souvent pensé possible parce qu'il y a un sujet connaissant séparé du monde du vivant à saisir (ce qui permet une « science de la nature »), quels médecins praticiens considèrent-ils à la façon des Obkibwa, qu'il y a du savoir précisément parce que le « sujet » fait partie du monde qu'il veut connaître ? Au lieu d'une science de la nature, l'on aurait donc davantage affaire dans ces sociétés à une « poétique de l'habiter » (*Id*, p. 92). Dans son ouvrage intitulé *Par delà nature et culture*, Philippe DESCOLA tente à son tour de sortir l'anthropologie d'« une fascination plus ou moins déclarée pour la robuste simplicité des explications étiologiques » (2005, p.533). Pour l'auteur, la seule question qui vaille est celle qui interroge « pourquoi tel fait social, telle croyance, tel usage sont-ils présents ici et non là ? ». Pourquoi certains médecins *des pentes* adoptent la médecine des universités comme référence quand d'autres vont la rejeter ? Où donc situer la frontière entre le biologique et le social ? Cette frontière existe-t-elle ? En quoi la réalité biologique contamine, construit nos savoirs sur la maladie ? Et en quoi nos savoirs sur la maladie contaminent ou construisent la réalité biologique ?

Ce sont bien ces questions qui importent quand on veut rendre raison des différences dans la manière de soigner, de donner du sens au malheur et à la maladie, de penser la médecine comme une *poétique du soigner* pour reprendre de bon mot de Tim INGOLD, comme un genre de compromis issu de notre manière d'être au monde, de nous y lier, d'en faire usage. C'est ce compromis qu'il nous faut étudier, dans une possible rupture épistémologique qui voudrait, comme le suggère Philippe DESCOLA, que nous trouvions d'autres sources d'inspiration pour comprendre l'Homme et la médecine que la biologie, la physiologie, la culture, le social. L'auteur propose de prendre modèle sur la chimie, plus à même de produire de multitudes et nouvelles combinaisons.

Entre méthode, terrain et réflexivité.

Nous commencerons notre rédaction de thèse en consacrant une première partie importante à notre méthodologie de recherche. L'analyse sur la méthode nous semble indissociable de celle sur le terrain. Il s'agira bien classiquement dans le chapitre I de montrer au lecteur notre démarche méthodologique en expliquant comment nous avons mené l'enquête, quelles données nous avons utilisées et comment nous les avons recueillies et analysées. Nous présenterons encore quelles règles de rédaction nous nous sommes fixés. Nous aborderons ensuite en chapitre II la question de notre positionnement atypique d'être dans le même temps sujet et objet de recherche. Qu'implique pour notre travail d'être à la fois un soignant qui soigne et un chercheur qui étudie les soignants ? Quel « je » de vérité est ainsi possible ? Nous exploiterons ici l'originalité de ce positionnement en jouant pleinement la carte de la réflexivité. Notre démarche se basera ainsi sur l'idée mise en avant notamment par George DEVEUREUX, dans son ouvrage *de l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* qu'en sciences humaines et au delà de notre particularisme, il est autorisé et pertinent de s'intéresser à l'observateur (1967). Pierre BOURDIEU, dans *science de la science et réflexivité*, nous encourage à sa suite à considérer que le point de vue du chercheur est d'abord une prise de vue à partir d'un point particulier (le Gesichtspunkt de LIEBNIZ), d'une position particulière dans l'espace social (2001). Il s'agit alors de partir de ce point de vue propre pour aller vers et objectiver l'espace des points de vue. Ainsi, comprendre comment les autres médecins soignent, c'est en première analyse comprendre comment moi je soigne. C'est pour ce principe méthodologique que je me soumis en début de thèse il y a trois ans, sans excès de narcissisme ou d'égoïsme je l'espère, à l'exercice d'une *auto-analyse* visant à donner mon propre point de vue sur nos questionnements de thèse. Au chapitre III, nous nous obligerons en fin de cette première partie consacrée à la méthode, à expliciter notre vision de la validité scientifique de ce que nous pouvons produire par nos discours et nos écrits en anthropologie. Cet exercice fait partie intégrante, nous le défendons, du travail de recherche, et d'autant plus pour un chercheur issu d'un autre champ disciplinaire. La remise en question des dogmes de la médecine à laquelle nous soumet l'anthropologie, amène en boomerang à remettre en question les dogmes de l'anthropologie, en assumant d'être un peu "l'exotique" de la discipline. Prétendre comprendre, en tant qu'anthropologue, comment se construit la vérité des médecins, invite à retourner les outils anthropologiques sur soi, pour tenter aussi de comprendre comment le "moi-anthropologue" construit sa vérité sur les autres.

Comment l'anthropologue pense-t-il son rapport à la réalité ? La question qui fonde ce travail est bien celle là., celle que pose Bruno LATOUR dans *la vie du laboratoire* : « comment donc savons-nous comment ils savent » (1988, p. 274) ? C'est bien la nature et la validité de la production des scientifiques et par delà, la nature et la validité de la science elle-même qui est ici comme partout questionnée.

Une fois ces questions de méthodologies posées, nous tenterons de nous ancrer dans la réalité de notre contexte de recherche en deuxième partie de thèse, en remettant un peu de chair autour de ce squelette théorique. Nous parlerons ainsi en chapitre IV de l'hépatite B et du vaccin à disposition pour lutter contre cette maladie. Nous présenterons l'histoire de la polémique qui entoure encore ce dernier par rapport aux effets secondaires qui lui sont par certains imputés, et à son efficacité. Nous présenterons en chapitre V la géographie de notre terrain de recherche à proprement parlé, soit le quartier des pentes de la Croix-rousse, dans quelques images et petites notes historiques et politiques. Nous décrirons ainsi le système de santé qu'il renferme et le cadre de travail des acteurs qui le constituent.

Après la présentation de notre "auto-analyse" dans le chapitre VI et VII de la troisième partie de thèse comme annoncée plus haut, nous étudierons en quatrième partie, comment se construit le discours de vérité du soignant. Nous présenterons dans les chapitres VIII et IX comment les médecins généralistes, les médecins scientifiques et les thérapeutes alternatifs jugent et perçoivent l'hépatite B et la vaccination. Nous étudierons quelle vérité ils mettent ainsi en avant et leurs jugements de perception face à la réalité. Nous observerons ici les discours sur la réalité et les mécanismes d'identité et de pouvoir qui les façonnent, aussi dans le langage et l'écriture. Nous étudierons en cinquième et dernière partie, comment le médecin pense son rapport à la réalité, justifie ses énoncés de vérité et adapte ses pratiques pour se mettre en relation avec le corps et comprendre la maladie. La question qui nous occupera sera celle de la nature de la référence. Le débat portera ainsi sur la réalité des *faits* qui s'interposent en quelque sorte entre le langage et le monde, permettant de parler du monde d'une certaine façon (AMBROISE et LAUGIER, 2009, p. 209). Nous chercherons à comprendre comment selon les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les thérapeutes alternatifs, la science les met en lien avec le réel ? Comment selon ces soignants, et dans quelle mesure, l'expérience offre-t-elle aussi un lien avec le réel ? Et quelles autres médiations sont accessibles au médecin pour aller vers la réalité ?

Alors jusqu'où irons-nous au moment de clore dans l'élan de nos choix méthodologiques et par l'observation de la diversité des manières d'être soignant ? Irons-nous

jusqu'à nous demander à la façon de ce psychologue à Bruno LATOUR dans *l'espoir de Pandore*, si nous croyons vraiment à la réalité ? Irons-nous jusqu'à penser un renversement, à la suite de Francisco VARELA, dans son ouvrage intitulé « *l'Inscription corporelle de l'esprit* », qui se demanderait si au lieu d'une réalité qui résiste, il n'y a pas justement notre rapport au réel, comme une réalité qui se transforme sans cesse par l'expérience, la relation des hommes entre eux et au monde ?

1^{ère} partie : méthodologie

« La réflexion épistémologique sur les conditions de possibilité de la science anthropologique fait partie intégrante de la science anthropologique ».

Pierre BOURDIEU, 1972

Notre chapitre méthodologie vise à expliquer la démarche que nous choisissons de suivre pour ce travail en sciences humaines. Il s'agit de présenter le détail de la procédure de notre recherche de terrain sans pour autant esquiver les considérations épistémologiques qu'elle implique. Nous souhaitons ainsi nous soumettre à un véritable exercice de justification de notre positionnement méthodologique en anthropologie. C'est pour nous un indispensable avant de demander au lecteur d'appréhender nos données de terrain. Comme l'avance Bernard ANDRIEU, la fécondité épistémologique d'une discipline se mesure à sa capacité à délimiter clairement ses frontières (2005, p.297).

Pourquoi justifier sa méthode ?

L'anthropologie revendique une place particulière dans les sciences de l'homme, basée sur une méthode purement qualitative. Elle prétend produire un savoir fondé sur une relation personnelle et continue entre un individu singulier et d'autres individus singuliers. Il est souvent difficile pour les profanes de comprendre dans quelles conditions ce savoir est acquis. Les historiens font référence à des archives. Les psychologues présentent leurs protocoles expérimentaux. Les sociologues évoquent des questionnaires et des procédures statistiques. Les ethnologues eux, ont l'ambition de rester loin de tout calcul mathématique et évoquent des données construites sur « des concours de circonstances et des trajets imprévisibles de terrain » (DESCOLA, 1993, p.480). Ils peuvent ainsi donner l'impression de se sentir dispensés d'expliquer comment ils ont pu tirer d'une expérience unique, un ensemble de connaissances dont ils demandent à leurs lecteurs d'en accepter la validité. Ils s'exposent ainsi aux critiques et se voient reprochés une certaine opacité. Ils suscitent chez certains un scepticisme du fait d'un discours qui peut être interprété comme coloré seulement de philosophie, quand il n'est pas entendu comme moralisant.

Cette approche a pourtant bel et bien sa spécificité et sa propre pertinence. Elle prétend elle aussi à une rigueur méthodologique, *rigueur du qualitatif*, comme Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN titrait justement son ouvrage (2008). Les sciences humaines en faisant ce choix du qualitatif, assument d'une certaine façon que dans leur champ d'investigation, le chercheur et son objet d'étude soient, contrairement aux sciences de la nature, de « la même étoffe » et que « leur commune appartenance au monde humain ne saurait donc être considérée comme une simple aporie » (BENSA in FASSIN, 2008, p.323). Clifford GEERTZ se demande : « What sort of scientists are they whose main technique is sociability and whose main instrument is themselves ? » (*Id* p.323). Pour tenter de répondre à cette question, beaucoup de chercheurs ethnologues ne tombent pas dans la seule facilité de justifier notre démarche par le simple fait de se « draper dans le mythique terrain ethnographique comme méthode » (MASSE, 2010, p.7). Il faut à l'inverse argumenter notre démarche et notre point de vue anthropologique pour être en capacité de les confronter à d'autres points de vue scientifiques et mettre ainsi à l'épreuve "notre vérité ". Le travail en équipe pluridisciplinaire auquel l'anthropologie doit à notre sens participer notamment dans le domaine de la santé, appelle à l'explication et à la pédagogie. Le positionnement de recherche, le processus de production de connaissance et les outils méthodologiques doivent être explicités.

Il y a-t-il une méthode en anthropologie ?

Nous enfermons trop souvent l'anthropologie dans une vocation à traquer la spécificité culturelle et dans une moindre mesure à la relativiser, construisant ainsi des champs de classification entre sociétés *traditionnelles* et sociétés *modernes*. Les anthropologues se spécialisent dans leurs objets propres (la religion, l'économie, la politique, la santé...) choisissant chacun leurs théories d'analyse (marxisme, structuralisme, fonctionnalisme, interactionnisme...). Mais l'anthropologie est d'abord liée à un projet dont l'ambition, comme l'avance Pierre BOURDIEU, est « de dire la vérité » (2001, p.170) sur l'homme dans son ensemble, ou sur l'homme « tout entier » (LAPLANTINE, 2006, p.9), c'est-à-dire dans toutes les sociétés et de toutes les époques. Marc AUGÉ justifie ainsi cette démarche par le souci « de repérer et de comprendre les différences » (2006, p.9). Et ce projet, pour être mené de la façon scientifique dont elle se revendique (*science humaine*), est impensable sans méthode. C'est la méthode qui nous distingue des spéculations hasardeuses sur ce qu'est ou ce que

devrait être l'homme en général. Ainsi, au-delà du « dire la vérité », l'ambition de l'anthropologie est tout autant de définir les conditions dans lesquelles on peut dire la vérité.

Il n'existe pas une méthode standardisée en anthropologie qui soit reconnue de façon consensuelle à la façon d'autres disciplines, notamment quantitatives, comme l'épidémiologie ou les statistiques. Des manuels de méthodes sont disponibles bien sûr, mais ils alimentent davantage le débat en présentant le point de vue de l'auteur, qu'ils ne contribuent à étayer un consensus. Cette absence de règles communes de bonne conduite est une difficulté importante, comme nous l'avons dit, pour les personnes extérieures à la discipline. Mais elle est aussi ce qui fonde la pertinence de l'anthropologie. Il est effectivement difficile de dire si telle ou telle méthode utilisée par un chercheur est conforme à la discipline, et donc de se prononcer sur le sérieux ou la validité de ses résultats. Et dans le même temps, ce champ méthodologique ouvert laisse la place au progrès et à l'innovation. Il prévient l'enfermement dans les concepts et l'idéologie de leaders, s'expose à la critique et permet d'avantage d'opportunités pour accéder à la réalité. Il est la condition justement de la rigueur scientifique des sciences humaines. La complexité de la démarche de l'étude de l'homme par l'homme ne peut s'adapter en effet à un processus figé. Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN avance ainsi que « le métier d'anthropologue relève surtout d'un savoir-faire appris sur le tas, qui fait sans doute de l'anthropologie la plus artisanale et la plus bricolée des sciences sociales » (2008, p.26).

Mais il est malgré tout une démarche de recherche autour de laquelle s'accorde à notre sens la majorité des anthropologues et que résume fort bien François LAPLANTINE : « La spécificité de la démarche anthropologique se base sur l'observation rigoureuse, par imprégnation lente et continue, de groupes humains minuscules avec lesquels nous entretenons un rapport personnel » (2006, p.13). Et les outils classiques qui supportent cette démarche sont l'étude bibliographique, l'enquête de terrain au contact direct des personnes sur un temps suffisamment long, les entretiens non directifs, et l'observation participante.

Nous reviendrons longuement sur ces outils techniques tout en nous installant définitivement dans ce que Didier FASSIN nomme « l'inquiétude heuristique » (2008, p.10) pour nous interroger toujours sur ce en quoi notre démarche de recherche permet effectivement d'analyser et de mieux comprendre les faits sociaux et la réalité de ce que nous étudions. Et il faut rendre contagieuse cette exigence de notre discipline en la partageant avec "les autres", en favorisant les débats notamment par le biais d'échanges et d'écrits sur le sujet. L'ethnographe est aussi de cette façon interpellé sur le sens et le destin de son travail :

inquiétude de l'utilité de notre démarche ; inquiétude de l'opportunité à réduire le malheur ou la souffrance d'autrui ; inquiétude de l'ambiguïté d'un regard voyeur ; inquiétude du respect de l'autre dès lors qu'on l'observe se débattant dans de multiples difficultés (BENSA in FASSIN, 2008, p.327).

Notre méthodologie en trois temps.

Cette première partie de notre thèse sur la méthode se divise en trois temps. Dans le premier chapitre, nous décrivons concrètement notre démarche de terrain : du choix du thème et du lieu de recherche, de l'enquête de terrain au recueil de données et à leur analyse. Nous nous focaliserons par la suite dans les deux chapitres suivants sur deux questions d'épistémologie. Nous étudierons ainsi dans le deuxième chapitre quelle opportunité pour la connaissance offre le double positionnement d'être à la fois chercheur et soignant. Nous questionnerons ainsi la validité d'un point de vue de l'intérieur et du *je de la vérité* qui en résulte. Nous tenterons ainsi de nous prévenir d'une épistémologie imaginaire (LÖWY in FLECK, 2008, préface, p. XXXI) qui se construirait dans une volonté d'étudier la science sans en étudier les pratiques scientifiques, d'autant plus qu'il est impossible dans notre champ de recherche de séparer hermétiquement les objets des sujets. Nous nous obligerons à aborder de front dans le troisième chapitre la question de notre épistémologie et des choix de philosophie que nous faisons face à notre discipline, issus notamment de notre parcours dans le monde des sciences de la santé. Nous parlerons de trajet entre l'explication positiviste et l'ambition de comprendre la réalité de l'autre. Comme l'avance Marc AUGÉ dans son ouvrage *l'anthropologue et le monde global*, c'est précisément cette « ethnologie de parcours », qu'il distingue de l'« ethnologie de séjour », qui permettra la comparaison et l'approfondissement des diverses dimensions de la mise en ordre du monde. « Elle élargit l'ethnologie à l'anthropologie » (AUGÉ, 2013, p.33). Il s'agira ainsi de dire notre rapport autant à la description ethnographique qu'au projet classique de généralisation en anthropologie. Et pour conclure cette partie, nous expliciterons à notre sens, en quoi notre démarche de recherche et notre propre point de vue singulier de chercheur produisent une connaissance "scientifique" de la réalité sociale ; comment notre processus méthodologique nous met en rapport au réel ; en quoi les interprétations que nous proposons se rapprochent-elles le plus possible de " la vraie réalité " platonicienne ; en quoi les connaissances produites ont une valeur universelle.

CHAPITRE I : Notre démarche de recherche anthropologique



Photo 2 : le dictaphone, outil transitionnel de l'ethnologue

Nous allons dans ce chapitre aborder ce que les anglo-saxons nomment « the policy of field research » ou politique de terrain. Nous y présentons notre stratégie de recherche et notre démarche terrain tout comme la gestion de notre production de connaissance.

Choix et préparation du terrain

Choix d'un thème recherche

Décider de mener un travail de recherche trouve souvent son origine dans une insatisfaction profonde, une attente, un désir d'aller plus loin. La démarche naît d'un questionnement qui ne trouve pas de réponse dans les savoirs classiques. Ce questionnement renvoie à l'intuition que des processus fondamentaux se jouent même si nous ne pouvons pas encore les définir ni même les percevoir. Il est aussi existentiel, répondant à un besoin de

donner du sens, de se protéger du chaos. L'origine de ce travail témoigne de cet enchevêtrement de l'idéal politique, moral et scientifique, comme nous l'avons évoqué en introduction. Les débats sur la vaccination ont suscité tout au long de mon parcours de soignant de nombreux questionnements, entre la promotion farouche et normalisante des bienfaits de la vaccination et la peur d'être moi-même un empoisonneur. Mon travail de master sur « les résistants à la vaccination » m'aura montré que les opposants peuvent penser différemment sans être nécessairement des fous (FAYA, 2007). Et la divergence des avis de mes confrères sur la vaccination contre l'hépatite B me donnera le thème de cette recherche et l'envie d'une démarche scientifique pour tenter de comprendre.

Choix d'un terrain de recherche

Nous inscrivons notre démarche anthropologique dans un territoire local, les pentes de la Croix-Rousse à Lyon, dans lequel j'exerce d'une façon continue depuis l'ouverture de mon cabinet il y a huit ans. Ce terrain s'impose à moi d'une certaine façon, en me permettant à la fois de remplir les conditions de temps et de présence nécessaires à un travail ethnographique, tout en respectant mes obligations professionnelles et familiales. Il rend possible une immersion complète dans mon espace de recherche. Ce quartier est aussi comme nous l'avons dit et comme nous y reviendrons par la suite un quartier "anthropologiquement attirant" de part sa singularité. Nous nous sommes intéressés à son « système de santé » et ses dominantes biomédicales et alternatives (KLEINMAN, 1976), de façon large en début de thèse. Nous envisagions de considérer notre population cible comme toute personne membre de ce système, répondant à une demande de soins somatiques en premier recours en échange de rémunération. Les soignants travaillant sur prescription d'autres soignants (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes...) et les thérapeutes exclusivement centrés sur le soin psychique n'ont pas été inclus dès le départ. Nous qualifions le secteur biomédical de KLEIMAN de secteur conventionnel. Il représente l'ensemble des professionnels de santé en lien de convention avec la sécurité sociale et le système de santé publique. Le secteur alternatif est constitué de l'ensemble du secteur professionnel de santé répondant à une demande de soins de premier recours et n'étant pas en lien de convention avec la sécurité sociale. Nous avons recensé 55 personnes répondant à ces critères à partir de nos connaissances du réseau et des différents annuaires. Cette liste n'était probablement pas exhaustive, certains thérapeutes étant possiblement peu visibles. Après la mise à l'épreuve de

questions de départ par des premiers entretiens exploratoires, nous avons reciblé notre population d'étude sur les seuls médecins afin de ne pas nous perdre dans un champ trop large. Par ce choix, nous accentuons dans le même temps l'expérience singulière que nous offre ce travail, impliquant d'être surpris par ce qui nous est le plus familier. A l'opposé des terrains plus lointains ou des enquêtes par dépaysement, nous allons " baigner " dans le même sens commun que ceux que nous allons étudier. Cela ne va pas sans poser des questions d'épistémologie que nous aborderons dans les chapitres suivant.

L'enquête de terrain

La navigation : rencontre des informateurs (cf ANNEXE 1)

Aborder le terrain pour un chercheur implique de surmonter un certain nombre d'obstacles. Le terrain n'est pas en effet un champ que l'on visite de long en large à la manière du touriste qui cherche à dénicher quelques pépites avec l'impression d'être le premier à les observer, mieux que les autres touristes ou que les habitants qui en ignoreraient eux-mêmes tout de la valeur. Le terrain est en fait un territoire qui résiste aux questions, à l'intégration du chercheur et de la même manière quand le chercheur est déjà membre du groupe. Le terrain est un lieu socialement construit dans lequel il faut trouver une porte d'entrée pour aller au contact de la population ciblée.

Premier contact avec les soignants au sens large.

C'est à l'occasion d'un projet de promotion de la vaccination contre l'hépatite B d'une association de santé publique locale, que nous avons pu initier les premiers contacts en tant que chercheur, à l'automne 2009. C'était l'opportunité d'une rencontre facilitée et plus neutre avec les acteurs du système de santé du quartier par la présentation d'un objectif décentré du thérapeute. Un courrier fut envoyé à tous suivi d'un appel téléphonique pour proposer une entrevue pour présenter le projet. Nous invitons nos interlocuteurs à participer à un travail commun en me présentant moi-même davantage comme acteur de santé du quartier que comme observateur, même si je signalais dans le même temps mon activité de recherche en sciences sociales. Nous pensions ainsi protéger le professionnel de santé de l'impression d'être objet d'étude, d'être soumis à un regard qui juge. Mon seul statut de médecin aurait pu

être délicat pour justifier la démarche d'observation des pratiques de mes confrères voisins. Au final, seule la moitié des médecins généralistes ont accepté de me rencontrer soit du fait d'un refus, ou de leur non réponse après trois sollicitations. A partir de ce contact initial, nous choisissons les enquêtés autant qu'ils nous choisissent. Nous laissons s'établir notre offre explicite de rencontre et l'acceptation implicite de l'enquêté d'être rencontré, comme une navigation imprévisible. Ainsi, nous avons pu rencontrer la moitié des médecins conventionnels et la plupart des thérapeutes alternatifs, soient environ 30 personnes : 15 médecins généralistes, 3 pédiatres, 1 hépato-gastro-entérologue, 3 médecins homéopathes, 2 médecins acupuncteurs, 6 ostéopathes, 3 praticiens shiatsu, 3 naturopathes, 2 praticiens Qi gong, 2 praticiens méthode Alexander, 2 sophrologues, 2 thérapeutes psychocorporels et 1 métakinébiologiste.

Deuxième rencontre ciblée sur les médecins et constitution d'un groupe d'informateurs.

Une deuxième rencontre est proposée un an plus tard, à partir de la fin 2010 avec les personnes ayant accepté de participer aux premières entrevues. Nous nous focalisons cette fois sur les seuls médecins afin de recentrer notre problématique et ne pas nous perdre dans un champ trop large. Nous proposons alors un entretien plus formel, et en mettant davantage en avant notre identité de chercheur en anthropologie, le projet prévu initialement avec l'association de santé publique ayant à ce moment là été abandonné faute de participants. Une première demande est formulée soit par courrier soit à l'occasion de contacts informels. A l'issue, un groupe d'une dizaine d'informateurs est sollicité pour des entretiens plus approfondis, en une ou plusieurs rencontres selon les personnes, d'une demi-heure à deux heures, parfois dans leurs lieux d'exercice et souvent dans un café du quartier. L'entretien est systématiquement enregistré. Il n'est pas de critères objectifs pour la constitution de ce groupe. Ce sont en effet les occasions et l'opportunité qui font le trajet d'enquête. Pour Everett HUGUES, apprendre à devenir un observateur de terrain pose selon cet auteur le même problème qu'apprendre à vivre en société. Cela implique de savoir faire assez de paris judicieux en se fondant sur l'expérience pour « se mettre socialement en situation d'acquérir plus de savoir et d'expérience, qui seront le point de départ de nouveaux paris judicieux qui donneront accès à une situation meilleure, et ainsi de suite » (HUGUES, 1996, p.279).

Il faut insister à la manière de Philippe DESCOLA que c'est bien ici la part constitutive de la démarche ethnologique.

« Le laboratoire de l'ethnologue c'est lui-même et son rapport à une population donnée, ses naïvetés et ses ruses, le cheminement tortueux de son intuition, les situations où le hasard l'a placé, le rôle qu'on lui fait jouer, parfois à son insu, dans des stratégies locales, l'amitié qui peut lier à un personnage dont il fera son informateur principal, ses réactions d'enthousiasme, de colère, de dégoût, toute une mosaïque complexe de sentiments, de qualités et d'occasions qui donne à notre « méthode d'enquête » sa coloration particulière ». (DESCOLA, 1993, p 445).

Représentation et représentativité

Avoir l'ambition de faire de l'ethnologie pour un médecin, implique la nécessité de se départir du réflexe quantitatif. Le soignant qui veut devenir ethnologue doit prendre conscience à quel point il est formaté pendant ses études à *penser quantitatif*. Les enseignements de la médecine clinique et de la santé publique sont axés sur le chiffre. La statistique et l'épidémiologie restent les outils centraux, et ceux qui inspirent confiance. Se défaire d'une logique quantitative ne veut pas dire pour autant quitter l'objectif de la réalité. Il est en effet une tentation faussement rassurante d'interposer des filtres (tests, questionnaires...) entre nous-mêmes et les personnes étudiées afin de réduire les déformations subjectives. Ces filtres, en prétendant corriger les déformations dues à la subjectivité, produisent des déformations qui leur sont propres, et qui restent d'ordinaire méconnues (DEVEUREUX, 1967). Au final, face aux données chiffrées d'une enquête quantitative, l'observateur doit toujours dire, en fin de compte « c'est cela que je perçois » et juste après « cela veut dire que... ». Il doit alors aussi décider, confronté à son tour à sa propre subjectivité. Ces filtres sont utiles quand leur indication est bien posée, et nous soulignons simplement que c'est une illusion de penser qu'ils abolissent toute subjectivité même s'ils neutralisent l'angoisse de celui qui y a recours. Ils diffèrent simplement le moment exact où intervient obligatoirement l'élément subjectif : la décision.

Ainsi, dans une démarche de sciences humaines, il ne faut pas succomber à l'idée qu'il faut voir un maximum d'enquêtés, et constituer obligatoirement un échantillon représentatif. C'est de toute façon une illusion, un impossible... Les entretiens fouillés, les observations minutieuses ne visent pas plus à produire des données quantifiées qu'à être représentatifs. L'enquête de terrain parle d'abord des représentations et des pratiques et non de la représentativité des représentations ou des pratiques. Pour Jean-Pierre OLIVIER de

SARDAN, elle permet de décrire l'espace des représentations ou des pratiques du quotidien dans un groupe social donné, sans tenter d'avancer de vérités sur les résultats statistiques. « Il ne faut pas faire dire à l'enquête de terrain plus qu'elle ne peut donner [...]. Elle ne dira rien des représentativités quantifiées de ces représentations ou de ces stratégies, sauf à faire appel à une autre configuration méthodologique » (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.97).

Interconnaissance

Le schéma de l'enquête de terrain que nous venons de mettre en place n'est pas figé. Comme nous l'avons évoqué, les membres de ce collectif d'informateurs parlent entre eux, agissent et interagissent, transforment l'enquêteur en ami ou en ennemi. Il se crée ainsi une dynamique de terrain autour de la dynamique de l'enquête. Nous observons au fil des entretiens, des rencontres informelles, imprévues ou amicales, des interactions interpersonnelles et nous entendons les discours que révèle notre présence de chercheur. L'interconnaissance est le fondement de notre enquête, comme ensemble de personnes en relation directe les unes avec les autres, comme des espaces où tout le monde se connaît. Loin d'être des points de départ, personnes génériques ou individus donnés d'avance, les personnes ethnographiques sont des résultats : le résultat des nœuds de relations avec d'autres personnes, avec des choses et avec des lieux familiers (BEAUD, 2003).

Nous identifions trois principaux groupes d'interconnaissance :

- Les médecins conventionnels du quartier, en lien contractuel avec la sécurité sociale amenés à répondre à une demande directe de soins (médecins généralistes, spécialistes...)

- Les médecins en lien avec l'université, soit en responsabilité de la prévention et du soin de l'hépatite B sur Lyon et plus spécifiquement dans le premier arrondissement et les pentes de la Croix-Rousse (acteurs hospitaliers, personnalités institutionnelles...), soit chargés de l'enseignement des futurs médecins à la faculté.

- Les médecins ayant une pratique dite alternative par rapport aux deux groupes précédents.

C'est en rendant compte du fonctionnement objectif de ces collectifs, dans leurs histoires et dans leurs relations, en analysant les interactions au sein de la scène sociale et en expliquant l'attitude différente des individus envers ces interactions, que se produit la connaissance en anthropologie. Ces relations interpersonnelles à travers lesquelles nous avons accès à nos informations ne constituent en rien un éphémère échafaudage qu'il faudrait

oublier ou faire disparaître dès l'enquête terminée. Elles « s'imposent comme un matériau bon à penser et à intégrer dans les résultats de nos investigations » (BENSA in FASSIN, 2008, p.323).

La relation entre le chercheur et ses informateurs

Nous avons vu que le choix des informateurs se fait par une négociation invisible à l'occasion du cheminement lui-même imprévisible. Il est illusoire de penser que nous pouvons dans ce chapitre de méthodologie clarifier précisément la relation entre l'enquêteur et l'enquêté. Comme l'avance Laurent-Sébastien FOURNIER, « le pacte passé avec les personnes rencontrées est forcément incomplet et déséquilibré » (2007, p.57). Ce pacte entre l'enquêteur et l'enquêté est en effet constitué de multiples incertitudes. La personne enquêtée est loin d'être sous l'emprise du regard du chercheur. Elle conserve le contrôle des informations qu'elle accepte de livrer après les avoir construites. Et le chercheur ne sait pas exactement, dans une certaine mesure, ce qu'il va chercher dans ses entretiens en début d'enquête, voire même en début d'entretien. La capacité à écouter, à entendre et à comprendre l'enquêté implique en effet de ne pas s'enfermer totalement dans le présumé et à préserver autant que possible un espace d'incertitude, y compris sur le déroulement de l'entretien. Il est aussi difficile de prévoir comment va évoluer la relation de l'enquêteur avec l'enquêté. Une relation tendue ou conflictuelle lors de l'entretien pourra interrompre la collaboration. A l'inverse, lorsque la rencontre évolue vers des relations d'amitié, le pacte d'enquête trouble son sens en même temps que la frontière entre temps de l'enquête et temps de sociabilité se brouille (BELIARD in FASSIN, 2008, p.131). Mais cette situation de familiarité ne doit pas être crainte car elle est un des outils efficaces de l'anthropologue pour accéder au savoir. Ainsi et nous y reviendrons, pour rassembler des données qui leurs semblent justes, « les ethnographes violent les principes de la recherche positiviste puisqu'ils entretiennent des relations intimes avec l'objet de leur étude » (BOURGEOIS, 2001, p.40). Il existe ainsi une sorte de corps à corps avec la différence en vue de la réduire au minimum, et cela ne correspond guère à l'idéal d'extériorité que certains ethnologues tentent parfois d'afficher pour se rassurer quant à la scientificité de leur démarche (BENSA, in FASSIN, 2008, p37).

Cette liberté d'être avec l'informateur ne fait pas oublier les impératifs d'anonymat et de confidentialité qui participent pleinement à la construction de l'enquête et qui contribuent à fonder la qualité scientifique des données de recherche produites. Ils sont aussi indispensables

au respect de la vie professionnelle aussi bien que personnelle des personnes rencontrées. Il est en effet possible que des lecteurs extérieurs, des confrères ou mêmes des patients arrivent à reconnaître les personnes qui ont participé et leurs propos. Et les enquêtés entre eux peuvent aussi s'identifier. L'exigence de confidentialité implique donc de pouvoir garantir aux personnes que leurs propos ne seront pas répétés et l'exigence d'anonymat implique que l'informateur ne soit pas reconnu par l'ensemble des lecteurs potentiels. Ces enjeux concernent tout particulièrement le type de recherche en milieu d'interconnaissance comme la nôtre. Comme l'avance Aude BELIARD, le développement des recherches *chez soi*, réduisent la distance, à la fois géographique et sociale, entre le chercheur et ses enquêtés et rendent « de plus en plus malaisé le maintien d'une séparation entre milieu d'enquête et milieu de diffusion des résultats » (BELIARD, 2008, p124).

Il s'agit donc de choisir des modalités d'anonymisation. Nous choisissons de citer nos informateurs à l'aide d'un codage avec un autre prénom suivi de l'initial d'un nom de famille fictif afin de permettre une lecture plus agréable en présentant les informateurs comme des personnes singulières. Nous changerons aussi les adresses des cabinets médicaux. Malgré cela, il restera bien des cas où les éléments de narration et d'analyse permettront à toute personne connaissant le contexte local d'identifier les personnes concernées. Et il est important de pouvoir exposer un cas dans son entier et dans toute sa complexité. Nous pourrions alors être amenés à modifier les caractéristiques de l'informateur pour le rendre moins identifiable en changeant l'âge, le sexe, la profession, la rue ou le lieu d'exercice. Comme le remarque Olivier SCHWARTZ, cette solution ne va pas sans « remettre en question la rigueur de l'analyse, mais elle est acceptable à condition de chercher des *équivalents symboliques* » (2002, p.56). Nous ferons encore le choix à l'issue du travail de faire relire les passages où un informateur serait particulièrement exposé, afin d'obtenir son accord ou de négocier avec lui des changements à apporter au texte ou aux procédures d'anonymisation. Nous tenterons de trouver un juste équilibre entre le fait d'éviter de gommer les caractéristiques les plus riches de nos données afin de préserver l'intérêt d'avoir inclus ces personnes dans notre travail, et les impératifs éthiques de ne pas nuire aux personnes.

Longue durée

L'enquête de terrain doit s'inscrire dans la durée, car seule la durée permet « cette expérience totale qui va toujours plus avant dans l'approfondissement de la compréhension du monde social que le chercheur s'est donné pour tâche d'étudier » (BENSA, in FASSIN, 2008, p.24). En effet, discuter de la durée d'une enquête anthropologique ne revient pas à discourir sur le nombre de journées ou de mois nécessaires à passer sur le terrain mais justement à appréhender par quelles stratégies d'imprégnation et de durée « l'expérience totale » dont parle Alban BENSA devient possible. La durée permet de véritables rencontres, des échanges différés, un jeu sur le temps avec les enquêtés. La stratégie de temps vise un autre espace de parole que celui offert par les enquêtes plus fermées et plus rapides, qui n'accable pas les personnes de demandes d'explication dans une frénésie de savoir. Il faut percevoir que nous apprendrons autre chose en écoutant les conversations quotidiennes, en entrant dans une relation plus familière au fil par exemple de discussions informelles à la terrasse d'un café.

Nous avons rédigé nos premières notes sur notre cahier de recherche en novembre 2008 et il était difficile à cet instant de dire combien de temps serait nécessaire pour clore ce travail. Il faut à la recherche anthropologique un certain temps pour aboutir. Nous pourrions dire qu'une recherche est terminée lorsque le problème initial donne la sensation d'être résolu, ou lorsque l'insatisfaction profonde du chercheur au départ est apaisée. Seules les personnes concernées peuvent l'affirmer en fin de compte, en fonction des objectifs fixés, ou de la sensation d'avoir suffisamment de données pour construire le travail escompté. Comme le rappelle Emmanuel TERRAY pour l'anthropologie classique, la durée de l'enquête était déterminée par les exigences de l'œuvre : venait un moment où le chercheur estimait avoir rassemblé suffisamment de données pour bâtir une synthèse acceptable ; il pouvait alors arrêter sa collecte (2008, p.79).

Recueil de données

Stratégie de recueil de données

Nous choisissons ainsi la stratégie de recherche suivante pour produire de la connaissance sur notre thème. La première étape de recherche que nous avons déjà décrite, consiste en un premier contact de terrain par des entretiens informels avec tous les acteurs des groupes d'interconnaissance identifiés plus haut, afin de prendre contact avec la problématique, de susciter de nouveaux questionnements. Dans une deuxième étape, notre méthodologie doit saisir l'originalité de mon positionnement d'être à la fois chercheur et médecin généraliste. Ainsi, nous choisissons d'effectuer un travail d'auto-analyse de mes propres opinions sur la maladie et le soin en tant que praticien. C'est cette étape qui sera présentée dans la troisième partie de thèse. Je m'y interroge sur ce que je pense être mes connaissances sur l'hépatite B et son vaccin. J'explique comment je perçois l'origine de *mes vérités*, comment je les justifie, comment je dis et me représente mon rapport à la réalité. Ces deux premières étapes de notre recherche anthropologique sur la connaissance des soignants permettront de réorganiser les outils théoriques et de se doter de nouveaux outils d'enquête, d'un nouveau guide d'entretien, afin de préparer un prochain retour au terrain dans une nouvelle position d'observation. Cela nous permettra un croisement de données avec les autres médecins généralistes et un comparatif avec les médecins spécialistes et alternatifs. Cette troisième étape se basera sur des entretiens répétés et plus approfondis avec le groupe d'informateurs qui se sera défini. Il s'en suivra une quatrième étape d'analyse et de rédaction. Notre méthode se base ainsi bien classiquement sur l'observation et la description rigoureuse de notre terrain de recherche, sur un exercice de théorisation ou généralisation. Nous y reviendrons plus largement dans le chapitre III.

Les 4 grandes sources de données

« Moi-même »

La première source de données immédiatement disponible est "moi-même". Il est bien peu académique de le dire, et pourtant c'est une bien banale réalité. Elle est accessible par un travail de réflexivité et d'auto-observation. Au-delà des connaissances propres que je peux apporter sur notre objet, objectiver mes connaissances et ma manière de penser la

problématique, permet d'objectiver ma subjectivité et de décrire le point de vue par lequel j'observe. Nous pourrions ainsi accéder plus près de la réalité, comme nous le verrons avec plus de détails dans le chapitre suivant.

L'observation

L'observation est avec l'entretien, le moyen principal pour l'ethnologue de recueillir des données sur le monde. Elle demande à percevoir la situation étudiée, dans une position d'observateur qu'il faut savoir penser, créer et occuper. Elle implique un système de mémoire et de notations afin de transformer la perception en donnée. Et à l'inverse, la donnée invite à varier les points de vue pour percevoir, observer autrement et recueillir d'autres données. Observer, c'est regarder les interactions de l'enquête. C'est toutes ces histoires de rencontres, de déconvenues, de blocages, de bons moments qu'il va falloir décortiquer pour révéler les situations, maîtriser nos surinterprétations immédiates, éviter les contre-sens et transformer ainsi les choses perçues en données de connaissance. Ces données d'observations pourront alors être testées ou discutées avec les informateurs à l'occasion d'entretiens, et de nouveau créer des situations d'interaction entre l'observateur et le reste du système dans lequel il évolue et qu'il étudie.

Plusieurs situations d'observations s'offrent à nous. Certaines sont non négociées : réunions entre professionnels de santé, réunions d'information (information sur une épidémie, sur un produit, un vaccin), réunions de travail autour d'un cas (réunion des acteurs de quartier autour d'un patient), réunions institutionnelles autour d'un programme de santé (pôle santé de la mairie, réunion dans une association de santé publique locale), rencontre avec le malade et discussion autour de la problématique. C'est l'observation participante. D'autres situations d'observations sont à négocier : demande d'un entretien dans un espace donné, invitation à participer à un groupe de réflexion, rencontre spontanée à saisir. Une place importante doit être accordée à l'observation des lieux, des objets, d'un cabinet médical pour le comparer à celui d'un autre, du matériel d'examen, d'un bureau, du hall d'accueil d'un service ou d'un cabinet privé, la fréquentation du moment... Il s'agit donc d'organiser une « observation totale » (BEAUD, 2003, p. 170), de toutes les rencontres qui font le quotidien d'une situation de vie, d'un quartier, d'un système local professionnel, de toutes les interactions dans cette situation, générées par la présence volontairement intrusive du chercheur. Il ne faut pas oublier le physique de cette situation, le cadre de vie et de travail, qui garde en lien les

individus à leur réalité de vie et à leur histoire. Tout observer est un idéal que l'on peut approcher en s'aidant de quelques outils. Le carnet de notes permet de saisir les impressions sur le vif mais l'usage doit être réfléchi car il nous fixe dans la position particulière de celui qui veut se souvenir, voir rendre compte. La photo pourra aussi être utilisée afin de se rappeler de l'organisation d'une salle de réunion ou d'un cabinet de soin, sans être nécessairement publiée au final dans un souci d'anonymat. D'autres documents divers pourront être récoltés comme aide-mémoire (prospectus, flyers, invitations, compte-rendus de réunion). Le journal de recherche est l'outil traditionnel de l'ethnologue qui permet de garder mémoire de ce que l'on a perçu. Il permet un premier passage à l'écriture et une première fixation sur le papier de notre interprétation.

Dans le présent travail, l'exposé de nos observations est parfois impossible. Je collabore depuis plusieurs années, (pour certain depuis nos études) avec plus de la moitié des informateurs rencontrés. J'ai pu pendant tout ce temps voir, observer et comprendre une part de leur manière d'être dans le soin. Mais en témoigner de façon explicite n'est pas toujours possible du fait d'un certain secret qui s'impose par la collaboration passée et surtout celle présente et à venir. Difficile de dire que tel ou tel collègue à un discours en entretien contrasté par rapport à ce qu'il donne à voir au fil des mois de pratiques autour du patient. Sur que celui-ci lira ce texte, et se reconnaîtra malgré les procédures d'anonymisation. Comment poursuivre après si la personne est là trop exposée ? Pourtant, c'est bien avant tout de cela que se sont construits les arguments de ce travail, bien plus sûrement que par les entretiens formels. Mais ces entretiens et leurs discours offerts par le dictaphone, ont le mérite de donner un cadre illustratif au document final, nourri par les données volontairement moins explicites de l'observation du quotidien de nos pratiques communes.

L'entretien

Avec l'observation, l'entretien est l'autre volet de la production de données ethnographiques. Les deux sont toujours mis en perspective et s'interrogent l'un et l'autre, notamment au vu d'éventuelles divergences ou convergences Il faut d'emblée insister sur le fait qu'il n'est pas de méthodologie fermée, comme nous l'avons dit en introduction, sur la manière de mener des entretiens. Sans aller jusqu'à dire que l'on apprend l'entretien en le faisant, nous pouvons dégager les grandes lignes de conduite que nous respecterons comme un guide. L'entretien se base sur une rencontre entre le chercheur et l'informateur, sur des modalités de confidentialité et d'anonymat que nous avons évoquées plus haut. Le contenu de

ce qui est dit pourra être aussi bien une conversation autour d'un thème particulier (technique de vaccination, action de prévention...) que l'écoute d'un récit autour d'un événement particulier, l'explication d'une technique de soin, la narration d'une histoire de vie ou d'une simple expérience personnelle. Les entretiens sont non directifs ou semi-directifs, c'est-à-dire supportant simplement, une « trame d'entretien » avec une brève liste de thèmes à aborder, et une liste de relances au cas où la discussion viendrait à se tarir. La trame d'entretien n'excède pas le recto d'une page de façon à juste pouvoir être rapidement consultée d'un « coup d'œil » pour interrompre au minimum le rythme de la conversation (cf ANNEXE 3). « Plus qu'un guide d'entretien, on dispose au mieux d'un canevas, qui en reste aux « questions qu'on se pose », en laissant à l'improvisation et au « métier » le soin de les transformer au fil des entretiens en « questions qu'on pose » ». (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.61). Il n'est pas de temps défini, mais l'entretien prend fin avec la fin de la conversation. Cela peut aboutir sur la proposition d'un autre entretien avec l'informateur.

L'entretien est toujours pensé comme une interaction de deux individus qui ont chacun un intérêt, une motivation différente à se rencontrer, leurs propres stratégies. Chacun mobilise ses idéologies et construit le discours qui est donné en fonction de celles-ci, de sa connaissance du sujet et de son interlocuteur. Il faut déjà ici mettre en garde contre l'illusion d'objectivité ou de réalisme qui pourrait égarer le chercheur comme le lecteur qui prend connaissance de ce qui se dit. L'entretien entre deux personnes est aussi un jeu de dupes où l'on veut « faire croire » à l'autre une donnée que l'on construit aussi dans cet instant. Mais il existe malgré tout une information tant bien que mal délivrée. L'évaluation de cette information reste au centre de l'analyse pour l'anthropologue. L'entretien est donc à l'opposé des questionnaires fermés et directifs qui tendent, quand leur indication est mal posée, à enfermer les interlocuteurs dans un cadre étroit qui réduit fortement l'expression du discours. En anthropologie, l'entretien cherche volontairement à se rapprocher d'une « situation d'interaction banale quotidienne » (*Id* p.59), proche de la conversation. Il ne craint donc pas les modes de communication plus familiers avec l'interlocuteur et les accueille volontiers quand ils se construisent au fil du temps. C'est justement là que la stratégie de répéter les entretiens avec la même personne dans le temps est indispensable pour s'éloigner de l'interrogatoire et se rapprocher d'un échange plus libre et spontané. Cela permet de réduire l'artificialité de la situation induite par la présence du chercheur et son influence inconsciente sur le discours de l'écouté. La récurrence des entretiens permet aussi de rebondir sur ce qui a été dit pour générer de nouvelles questions ou laisser aller la parole.

« *Un anthropologue ne commence à faire son travail qu'à partir du moment où il arrête de poser des questions, où il se contente d'écouter ce que les gens disent et essaye de comprendre ce qu'ils font, car une question, c'est déjà définir la réponse. Même si au début, c'est indispensable de poser des questions* ». (DESCOLA, 2010, p.61)

Les sources écrites et audiovisuelles

Nous effectuerons un travail de bibliographie centré sur la littérature scientifique biomédicale autour de l'hépatite B, la prévention, la vaccination ; la littérature anthropologique générale et focalisée sur les questions de santé, de la maladie, de la vérité, de la réalité et de la connaissance. Cette recherche bibliographique aura comme limite directe et incompressible nos contraintes de temps. Nous utiliserons encore les revues de presse des périodiques médicaux et de la presse locale, pour analyser les articles en lien avec notre problématique. Seront encore utilisés les documents audio et vidéo (émissions de radios, de télévisions) ainsi que quelques informations disponibles sur le net. Ce type de données permet d'élargir notre contexte de recherche et l'échelle dans laquelle nous abordons notre problématique. Cela nous permettra une mise en perspective diachronique et synchronique des données de notre terrain local.

Du terrain à l'Analyse d'un corpus de données

Analyse et interprétation du corpus de données en question

La question de l'analyse du corpus de données que nous venons d'énumérer fait et doit faire l'objet d'un débat. Quel est donc le chemin parcouru entre les notes, enregistrements et documents récoltés sur le terrain, et le contenu des articles et ouvrages rédigés par le chercheur. Raymond MASSE avance dans le premier numéro de la revue *anthropologie et santé* que les principales méthodes utilisées en sciences sociales de la santé sont « les analyses de contenu thématique avec approche itérative de création de thèmes, l'analyse de discours, les études de cas structurées, la théorisation ancrée et dans une moindre mesure l'analyse structurale » (2010, p.9). Il va même jusqu'à inviter la discipline au défi de former des anthropologues médicaux aux méthodes qualitatives et quantitatives courantes : « il

s'agira de former une génération d'étudiants afin qu'ils soient en mesure de produire des résultats issus de recherches rigoureuses et systématiques recourant à des techniques de collecte de données et des méthodes d'analyses explicites, diversifiées et bien maîtrisées » (*Id*, p.10). L'anthropologie pour être pertinente a-t-elle vraiment besoin de faire appel à son tour aux filtres quantitatifs ? Il semble que nous perdriions dans cette démarche hasardeuse justement ce qui fait notre spécificité.

L'anthropologue est un chercheur dans un terrain qui doit décrire la réalité de ce qu'il voit pour produire un écrit de recherche qui est une connaissance de toute façon sensible. Le chercheur en sciences humaines regarde et entend, vit de ces rapports à autrui, des expériences qui lui sont propres. Et si nous décidons de ne pas retenir comme nécessaires les artifices de l'analyse évoqués par Raymond MASSE, que se passe-t-il donc entre cette *observation totale* de terrain et l'écrit anthropologique final qui est proposé au lecteur ?

« Tout cela va « entrer » dans cette boîte noire [le cerveau du chercheur], produire des effets au sein de sa machine à conceptualiser, analyser, estimer, évaluer, interpréter, et donc pour une part va ensuite « sortir » de la dite boîte noire pour structurer en partie ses interprétations, à une étape ou l'autre du processus de recherche, que ce soit pendant le travail de terrain, lors du dépouillement des corpus ou quand vient l'heure de rédiger » (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.53).

La métaphore de la boîte noire est séduisante même s'il faut essayer de ne pas en rester là. Il nous faut donc dans les chapitres II et III, tenter d'expliquer comment nous nous représentons nos raisonnements, les mécanismes d'analyse et de production de données anthropologiques qu'ils impliquent. Il faut tenter de mettre autrement en mot cette opération mystérieuse qui se produirait dans le cerveau du chercheur.

« Mais si l'on se détourne de la raison, si la raison n'est plus considérée comme la méthode d'investigation de l'esprit, quel substitut peut-on utiliser ? » (VARELA, 1993, p.49).

Transcrire et écrire : nos conventions de rédaction

Il est classique de présenter l'étape de l'écrit comme l'ultime étape de la démarche de recherche en anthropologie. Elle clôt en effet ce premier chapitre mais introduit seulement la partie méthodologique. L'ethnographie qui signifie l'écriture des cultures, ne se limite pas pour l'anthropologue à voir la culture, mais il s'agit tout autant, comme nous l'aborderons dans les parties suivantes, de la donner à voir au lecteur, précisément en écrivant ce que l'on

voit. Il s'agit de transformer le regard en langage. « C'est à partir de ce voir organisé dans un texte que commence à s'élaborer un savoir : le savoir caractéristique des anthropologues » (LAPLANTINE, 2006, p.10). Le travail d'écriture n'est donc pas un travail de fin, tel un simple recopiage sur le papier d'une analyse qui s'est achevée. L'écriture fait partie intégrante de la recherche et de l'analyse.

La rédaction en anthropologie doit se soumettre à cette principale règle : expliciter d'où provient ce que nous lisons et qui est l'auteur de ce qui est écrit. C'est un impératif scientifique qui contribue pour beaucoup à la rigueur de la discipline. Bronislaw MALINOVSKI estimait que « seules possèdent une valeur scientifique les sources ethnographiques où il est loisible d'opérer une nette séparation entre d'un côté les résultats de l'étude directe, les données et interprétations fournies par l'indigène, et de l'autre les déductions de l'auteur » (1963, p.59). Il faut pouvoir identifier l'auteur à chaque énoncé, l'attribution des propos rapportés et les conditions de recueil des ses écrits (entretiens, observations, écrits). Il faut encore déformer le moins possible le propos des auteurs en les ménageant le plus possible de notre interprétation systématique. La citation textuelle sera ainsi privilégiée. Cette garantie que nous proposons au lecteur sera mise en œuvre dès les notes de terrain. Il faut expliciter les conventions choisies.

1. Citer un informateur

Un extrait d'entretien est présenté entre guillemets français, en italique, et en paragraphe en recul de marge à gauche de 4cm, interligne simple et en corps de police 11. Toute suppression ou coupure dans une citation doit être signalée par [...]. Une phrase entière est reprise à l'identique ou un extrait de phrase est cité dans le corps du texte entre guillemets français et sans italique. Rapporter une idée ou les propos d'un informateur, sans le citer textuellement comme ci-dessus, est signalé par une tournure introductive : « L'informateur pense que, l'informateur dit que... », en traduisant les propos que l'auteur lui attribue sans guillemet français ni italique. Chaque citation ou référence à un auteur sont suivies entre parenthèse du code d'anonymisation de la personne, du mois et de l'année de l'entretien. Le code d'anonymisation comprend un prénom suivi d'une lettre initiale en majuscule autre que celui de la personne désignée.

2. Citations d'un auteur

Les extraits de textes sont présentés entre guillemets français et en italique et en paragraphe en recul de marge de 2 cm, interligne simple et corps de police 12. Toute suppression ou coupure dans une citation doit être signalée par [...]. Lorsqu'une citation reprend une phrase entière, elle est présentée dans le corps du texte entre guillemets français. Il en est de même pour la citation d'un groupe nominal, d'un extrait de phrase ou d'une morphologie grammaticale de la phrase changée à des fins de fluidité de rédaction. Le résumé du propos d'un auteur peut être réalisé en le signalant explicitement au lecteur par une tournure introductive : « l'auteur pense que », « selon l'auteur ». Chaque citation ou référence à un auteur sont suivies d'un appel à la référence bibliographique située en fin de rédaction qui comportera le nom de l'auteur, la date de la publication et, le cas échéant, la page de référence. En cas de références multiples d'une même source qui se suivent dans le texte, nous ne répétons pas la référence mais employons la deuxième fois : *Id* et la troisième fois *Ibid.*

3. Descriptions et perceptions du chercheur

Le « je » désigne l'histoire, la position ou la pensée personnelle de l'auteur de ce travail. Nous visons à assumer par ce biais la subjectivité de notre (ma) pensée qu'il est important de situer pour que le lecteur aborde au mieux les données que nous produisons. Nous veillerons à ne pas en faire étalage, mais l'utilisation du « je » veut témoigner de notre vigilance méthodologique. « Le recours à la première personne a en effet représenté à divers égards un progrès incontestable, tant en terme d'écriture que du point de vue d'une nécessaire mise à jour de la position personnelle du chercheur sur le terrain » (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.168). Le « nous » désigne une position plus distanciée, considérée comme consensuelle au sein de l'académie et des personnes impliquées dans ce travail de thèse (le directeur de recherche et autre personne impliquée dans la recherche). Le « on » si il est utilisé, désigne un ou plusieurs individus indéterminés. Il marque le sens commun, l'avis de tout le monde ou de n'importe qui. Il signale l'incertitude d'un propos.

Un mot ou une expression en italique seul permettra de souligner volontairement par l'auteur un mot clef du discours, une expression charnière pour la démonstration, le titre d'un ouvrage ou d'une revue.

Un double système de guillemets sera employé. Les guillemets anglais — “...” — servent à indiquer une certaine distance par rapport au sens habituel (ironie, recul sémantique, une tournure rhétorique volontairement originale). Les guillemets français — « ... » — marquent les citations d’auteur(e)s, les expressions typiques du groupe social étudié ou des citations de locuteurs(trice)s. Ces dernières sont en italiques.

4. Références bibliographiques

Nous suivrons les consignes de présentation de l’EHESS de Paris pour citer les références bibliographiques.

5. Vers un « effet réalité »

Nous défendons que le respect scrupuleux de ces règles participe grandement à garantir la validité du produit final de recherche à partir d’un travail empirique de terrain. Il tend à montrer au lecteur que le chercheur n’a pas inventé les données. Cet « effet de réalité » n’est pas qu’un procédé rhétorique. Il témoigne aussi de l’ambition empirique de l’anthropologie. Il fait office de garde-fou pour séparer l’interprétation ethnologique de l’herméneutique libre, de la spéculation philosophique ou de l’essayisme. Mais il faut toujours rappeler au lecteur que la sélection d’un extrait ou d’une phrase, ainsi que la (re)-formulation d’une idée d’un auteur ou d’un informateur par le chercheur demeure une interprétation de ce que dit l’auteur ou l’informateur. Elle peut être aussi volontairement recherchée pour une meilleure fluidité de lecture.

Restitution ou retour :

Il faut penser au départ l'impact potentiel de ce travail et les perspectives pratiques auxquelles il peut prétendre. Mais il ne faut pas pour autant fermer les possibles restitutions dans une planification rigide et préétablie. Nous remettrons à chaque participant un article résumant le travail finalisé, et nous leur proposerons la lecture intégrale du texte de thèse. Nous répondrons alors à toute demande de restitution plus formelle s'il y en est. La question du comment restituer invitera alors à s'interroger sur l'utilité sociale de ce travail. Notre démarche est avant tout pour nous un projet de connaissance, mais nous savons que toute connaissance interagit avec l'action. Nous ne prétendons pas que notre compréhension de la réalité sociale a pour vocation d'être acceptée par tous, mais nous adhérons à l'idée qu'elle peut amener nos interlocuteurs à se questionner sur leur propre compréhension du monde autant que sur leurs pratiques personnelles. Nous avons conscience comme l'avance Françoise ZONABEND, que l'ethnographie ne doit pas être attendue comme un miroir. Or, c'est bien sous cette forme que souvent, la demande de restitution s'exprime. Les informateurs recherchent dans les textes ethnographiques d'une certaine manière, le reflet d'eux-mêmes, tel qu'ils pensaient l'avoir donné. Ils cherchent ce qu'ils croient ou veulent être. En ce sens, l'ethnographe, parce qu'il renvoie une image à laquelle ses interlocuteurs ont quelque peine à s'identifier, devient une sorte de « décepteur social » » (ZONABEND, 1994, p.10). Nous aurons bien cela en tête avant d'organiser ces retours.



Photo 3 : le café du Chantecler, lieu d'entretiens

CHAPITRE II : Etre soignant et chercheur : quelle opportunité pour produire de la connaissance ?

Etre médecin et anthropologue : entre difficulté et opportunité méthodologique

Je fais le choix d'être dans le même temps chercheur en sciences humaines (doctorant en anthropologie) et praticien de santé (médecin généraliste). En écho à l'Épigraphe de cette partie sur la méthodologie, nous pensons que la réflexion épistémologique sur les conditions de possibilité de ce travail de recherche fait partie intégrante de ce même travail de recherche. Nous y consacrons donc les deux chapitres suivants. Mon double positionnement interroge et invite à la curiosité de ce qui se cache derrière la réalité de cette situation. Cette « simultanéité ironique » de deux rôles indépendants semble convier celui qui s'y livre à un curieux jeu de cache-cache (DIASIO, 1999, p.232). Mais au-delà de l'ironie et des difficultés épistémologiques posées, quel exercice de réflexivité implique ce double positionnement et quelle objectivité est possible par ce *"je" de la vérité* ? Pour ainsi dire, quelle opportunité offrent ces deux postures pour la connaissance ?

La double formation

La double formation en médecine et en anthropologie n'est pas fréquente. Elle concerne essentiellement des praticiens ayant décidé à la fin de leurs études de se diriger vers un enseignement en sciences humaines. Dans son livre « la science impure », Nicoletta DIASIO explique que pour beaucoup, l'anthropologie permet de se libérer des modèles théoriques trop rigides de la biomédecine et des contraintes institutionnelles de leur propre discipline, en acceptant de tomber temporairement sous l'emprise d'un autre savoir. Il s'agit de « professionnels en fuite » qui renoncent temporairement à affirmer leur propre vérité (DIASIO, 1999, p.199). Pour l'auteur, cette émancipation conduit dans bien des cas à une paralysie de l'action suite à la perte de repères qui en constituaient les automatismes. Le praticien adopte alors définitivement l'autre discipline et n'exerce plus. C'est le cas de bon nombre

d'anthropologues qui animent aujourd'hui « la branche santé » de notre discipline. Mais pour certains, la prise de distance initiale avec la biomédecine semble aller vers une dynamique d'amélioration de la pratique par une meilleure prise en compte des demandes du patient du fait d'un cadre interprétatif plus large. Nous nous trouvons alors dans une situation véritablement originale pour une démarche de recherche où ce double positionnement permet à l'échelle d'un individu, de dépasser le discours fréquemment muet entre deux savoirs dotés d'une grande force d'imprégnation et de rendre possible leur articulation.

C'est dans ce deuxième cas de figure que nous nous situons. Le *soignant-et-anthropologue* vit ainsi deux processus d'incorporation qui font qu'au final, il est anthropologue et il est soignant. Les deux identités deviennent plaisir et contrainte à part égale. Les idéologies des deux disciplines se conjuguent dans un jeu de miroir voyeur, où se reflètent les inquiétudes, les crises et les contradictions de chacune des sciences. Ainsi, pour un informateur britannique de Nicoletta DIASO, « l'anthropologie et la médecine se fondent sur deux « mystiques professionnelles » qui présupposent une forme de « contact magique » avec les sources primordiales de l'humanité. L'une par le terrain et la mystique de l'altérité, l'autre parce qu'elle se penche sur ces abîmes inconnus que sont les malades et les aliénés » (*Id*, p.232).

L'obstacle épistémologique de notre positionnement.

Nous nous situons donc dans une configuration où le même individu est à la fois un chercheur qui cherche et un soignant qui soigne sur un même terrain. Et dans le cas qui est le nôtre, le *soignant-et-chercheur* étudie sa propre pratique et celle de ses pairs dans son milieu professionnel. L'obstacle épistémologique principal de cette situation semble bien être la familiarité du chercheur avec son univers social qui fait qu'il baigne en quelque sorte dans le même sens commun que ceux qu'il étudie (OLIVIER de SADAN, 2008, p299). « Observer en participant, ou participer en observant, c'est à peu près aussi évident que déguster une glace brûlante » écrit Jeanne FAVRET-SAADA (1990, p.4). Cette proximité expose effectivement le chercheur à une pensée stéréotypée, à un « prêt-à-penser », à des représentations communes autour de son objet. La question est alors de savoir, comme le soulève Bary STROUD, si nous pouvons réellement adopter une telle position externe d'observateur vis-à-vis de nous-mêmes et de notre connaissance afin de gagner une explication suffisamment générale de la manière dont nous savons les choses que nous savons. Si nous pouvions réussir à nous détacher ainsi

de l'acceptation de toute vérité dans le domaine qui nous intéresse, il semble que la seule chose qu'il nous resterait à découvrir de ce point de vue est que nous ne pouvons jamais rien savoir dans ce domaine. Nous découvririons que nous ne pouvons pas savoir ce que nous pensons que nous savons (STROUD in DUTANT, 2005, p.343). Le risque de s'étudier soi-même est bien celui de la paralysie sceptique et du nihilisme.

La réflexivité : solution épistémique.

La démarche méthodologique en socio-anthropologie que nous nommons « réflexivité » et que nous choisissons, consiste ainsi à appliquer les outils de l'analyse sociologique à son propre travail ou à sa propre réflexion anthropologique. Elle va permettre au soignant-chercheur de transformer son engagement dans le soin en distance (FOURNIER in LESERVOISIER, 2007, p.70). Et pour Pierre BOURDIEU, c'est effectivement par un mouvement de retour sur soi et sur son activité, sur la relation que le chercheur entretient avec son objet que l'anthropologue peut accéder à un moyen efficace d'améliorer la qualité scientifique de son travail (BOURDIEU, 1978). Etre soignant-et-chercheur invite à un exercice réflexif à deux niveaux : le premier niveau amène à utiliser les outils anthropologiques pour observer sa propre pratique de soin dans un retour sur le *moi-soignant* pour une prise de conscience et en un examen approfondi de sa relation de soignant à l'objet et de son idéologie professionnelle. Dans le deuxième niveau, les outils anthropologiques sont utilisés pour observer sa propre démarche de chercheur : retour sur le *moi-chercheur* pour une prise de conscience et en un examen approfondi de sa propre démarche scientifique. L'anthropologue doit ainsi expliciter qu'il s'inscrit lui-même en tant que chercheur dans des traditions culturelles, des habitus et des cadres sociaux. Nous y reviendrons en fin de chapitre. Il s'agit de sortir par ce double niveau d'analyse, des mécanismes d'explications qui donnent l'illusion de comprendre son objet d'analyse de façon transparente.

Nous ne nous laisserons pas déconcentrer dans notre démarche réflexive par les accusations de narcissisme, d'égologie ou de retour complaisant sur soi-même. Nous aurons conscience qu'il s'agit bien pour nous d'échapper au piège du « récit de soi » que dénonce Mondher KILIANI (2007, p.283). Il s'agit de rester centré dans une démarche scientifique par l'examen et la révision constante de nos pratiques de recherche en prenant toujours en considération le fait que tout écrit anthropologique est conditionné par un ensemble de forces épistémologiques et politiques liées à son contexte de production.

Le point de vue de l'intérieur, comme un « je » de la vérité.

Le double positionnement offre à voir au chercheur la situation de l'intérieur par son action de praticien. Nous défendons que c'est ici toute son originalité et tout son intérêt. Mais il appelle à s'interroger sur sa capacité à objectiver et à accéder à la vérité.

Relativiser l'objectivité du chercheur et praticien

L'acte cognitif est selon Ludwik FLECK l'activité humaine la plus conditionnée qui soit par le social, et la connaissance serait tout simplement une création sociale (2008, p.78). L'auteur, dans cette affirmation, nous permet de nous interroger sur *la vérité ethnographique* accessible par notre statut. David BLOOR (1983) dans sa théorie du « programme fort » défendait que la rationalité, l'objectivité et la vérité sont des normes socioculturelles locales. Pour Pierre BOURDIEU, l'objectivité, la vérité, la connaissance ne se réfèrent pas à une relation de correspondance entre l'esprit humain et une réalité indépendante de l'esprit (2001, p.154). Nous pourrions dire que nous n'avons pas accès à la connaissance des « choses en soi ». Un proverbe bambara avance de la même façon que l'étranger ne voit que ce qu'il connaît déjà.

L'objectivité de *l'acteur-et-chercheur* semble quant à elle doublement brouillée par le double effort de mise à distance qu'elle implique. Pour avoir accès à la vérité, nous n'avons d'autre choix que de mettre en jeu, ou même remettre en cause, le sujet qui en a l'ambition et cela d'autant plus quand il y accède par deux construits de pensée. Mais nous croyons que le soignant-et-chercheur, peut avoir cette ambition scientifique de dépasser ses doubles préjugés et ses doubles affects. Sa position l'oblige à questionner davantage son épistémologie et à plus de rigueur et de précision dans l'exposé de sa méthodologie. Une des façons de s'atteler à la complexité de ce positionnement est justement d'en assumer la subjectivité, de l'étudier pour aller vers l'objectivité.

« Toute méthodologie efficace en science du comportement doit exploiter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivation authentique plutôt que fictive » (DEVEREUX, 1967, p.15).

Etude de la subjectivité et objectivation du soignant-et-chercheur

S'objectiver en tant que sujet d'objectivation.

Dans son ouvrage *les mots, la mort, les sorts*, Jeanne FAVRET-SAADA explique que de tous les pièges qui menacent notre travail d'ethnologue, il en est deux dont on lui avait appris à se méfier « comme de la peste » : accepter de « participer » au discours indigène, succomber aux tentations de la subjectivité. Pour l'auteur, non seulement il lui a été impossible de les éviter, mais c'est par leur moyen qu'elle pense avoir élaboré l'essentiel de son ethnographie (FAVRET-SAADA, 1994, p.48). Ainsi, pour accomplir notre projet scientifique, l'étude de l'observateur est tout aussi importante que l'étude du sujet, et d'autant plus dans notre cas où l'observateur est aussi sujet.

« Pour porter au jour le caché par excellence, ce qui échappe au regard même du savant, l'inconscient transcendantal, il faudra historiciser le sujet de l'historicisation, objectiver le sujet de l'objectivation, c'est-à-dire le « transcendantal historique » dont l'objectivation est la condition de l'accès de la science à la conscience de soi, c'est-à-dire à la connaissance de ses présupposés historiques. Il faut demander à l'instrument d'objectivation que constituent les sciences sociales le moyen d'arracher ces sciences à la relativisation à laquelle elles sont exposées aussi longtemps que leurs productions restent déterminées par les déterminations inconscientes qui sont inscrites dans le cerveau du savant ou dans les conditions sociales à l'intérieur desquelles il produit » (BOURDIEU, 2001, p.168).

Le soignant-et-chercheur est invité à cet exercice d'objectivation. Nous avançons qu'une entreprise d'objectivation n'est scientifiquement contrôlée qu'en proportion de l'objectivation que l'on a fait préalablement subir au sujet de l'objectivation (*Id*, p.180). Toute avancée dont je suis capable dans mon projet de connaissance des soignants du quartier est inséparablement lié au progrès concomitant de la connaissance de mon rapport à l'objet. Mon projet de connaissance progresse avant tout dans la conscientisation du rapport non analysé que j'entretiens à l'objet. J'ai donc autant de chances d'être objectif que j'ai complètement objectivé ma propre position sociale et les intérêts liés à cette position. Il faut faire de même autour de la question du politique et des rapports de pouvoir. Comme l'avance Alban BENSA, « les savoirs dont les rapports sociaux de recherche sont porteurs, touchent ainsi de part en part au politique parce qu'aucune parole n'est dissociable du statut de celui ou de celle qui la profère, qu'il s'agisse de la personne interrogée ou de l'ethnologue qui la questionne

puis qui écrit à son propos. Ce qui est dit ou écrit renvoie à des dispositifs de pouvoir [...] » (BENSA in FASSIN, 2008, p.324). Dans ce sens, je dois évoquer ma position particulière dans le microcosme des médecins comme dans celui des anthropologues. Il me faut enfin expliciter mon idéologie personnelle envers les questions de connaissance en santé et de vaccination qui fait que je produis aussi des jugements normatifs en tant que citoyen (cf la troisième partie de thèse). Je présenterai aussi mon idéologie scientifique en médecine comme mon idéologie scientifique en anthropologie dans le chapitre suivant. Objectiver son idéologie est indispensable pour cette étude de soi. Pour Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN, « aussi respectables et admirables soient elles (car les idéologies peuvent l'être, comme elles peuvent être odieuses ou perverses), les idéologies sont des machines à produire des biais, comme elles sont des machines à produire des jugements, ou à induire des actions (2008, p.249).

« La participation objectivante » ?

Mon double statut de chercheur et praticien nous permet de voir et percevoir de l'intérieur, et de décrire au plus près la situation étudiée. Nous défendons ainsi une conception heideggerienne de la compréhension qui veut que « comprendre, c'est un s'y comprendre soi-même » (HEIDEGGER, 1978). Comprendre comment les autres soignent, c'est avant tout comprendre comment moi je soigne. Le positionnement de soignant-et-chercheur n'est certes pas une condition à la production de connaissance. Il s'agit davantage de saisir une opportunité de voir autrement, plus en dedans de la situation étudiée que dans le positionnement plus classique de *l'observation participante*, par ce que Rudolf BULTMANN appelle *la participation observante* (1970, p.603). *La participation observante* est différente pour Bernard ANDRIEU (2011, p.31) par l'engagement du chercheur dans son propre corps, « car le chercheur, plutôt qu'un observateur extérieur placé en retrait ou en surplomb, prend la peine de s'en rapprocher d'assez près pour le saisir *avec son corps*, en situation quasi expérimentale ». Pierre BOURDIEU avançait quand à lui le concept *d'objectivation participante*, pour appuyer le fait que ce qu'il s'agit d'objectiver comme nous l'avons vu, ce n'est pas l'anthropologue faisant l'analyse anthropologique d'un monde étranger, mais le monde social qui fait l'anthropologue, et l'anthropologie consciente ou inconsciente qu'il engage dans sa propre pratique anthropologique. Mais il s'agit pour nous d'avoir part, de participer à ce que nous comprenons en participant. Et c'est avant tout ce mouvement qui objective. Nous parlerons ainsi dans notre cas d'une *participation objectivante*. Le double positionnement permet en participant au système étudié, d'objectiver à la fois ce qui fait la

réalité de notre pratique de soignant, enchevêtrement d'informations scientifiques, d'expériences et d'interactions, d'histoire et d'habitus social, tout autant que ce qui fait la réalité de notre pratique d'anthropologue. Là aussi, notre participation à l'objet étudié servira de révélateur de la pratique anthropologique de l'anthropologue, enchevêtrement de l'origine et de la position sociale du chercheur, tout comme sa position particulière dans le monde de l'anthropologie. Cela nous rapproche un peu de Sigmund FREUD et sa notion de transfert comme source de connaissance pour le psychanalyste, mais surtout de George DEVEREUX qui affirme que c'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute la science du comportement. Le contre-transfert est la somme de toutes les déformations qui affectent la perception et les réactions du praticien envers son patient (ou de l'observateur envers l'observé) ; ces déformations consistent en ce que le praticien répond à son patient comme si celui-ci constituait une image primitive et se comporte dans la situation de soin en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients, d'ordinaire infantiles (DEVEREUX, 1967, p.7). Seule la participation aux soins permet d'objectiver ce type de données. Il me faudra donc observer mon comportement, ma manière de réagir et de me positionner, mes manœuvres de défense. Je devrai lire mes stratégies de prises de décisions comme une véritable attribution d'un sens à mes observations... me laisser surprendre par moi-même et mes propres réactions, saisir toujours l'opportunité d'une participation qui objective.

Retour à l'objectivité mais comme intersubjectivité

Comme l'avance Pierre BOURDIEU assez paradoxalement, l'objectivité est étroitement liée au caractère social de la méthode scientifique, du fait que la science et l'objectivité scientifique ne résultent pas (et ne peuvent pas résulter) des tentatives d'un savant individuel pour être « objectif », mais de la coopération amicalement hostile de nombreux savants (BOURDIEU, 2001, p.163). Pour Karl POPPER (1945), l'objectivité scientifique peut être décrite comme l'intersubjectivité de la méthode scientifique. L'objectivité est un produit intersubjectif. Elle ne peut être que le résultat d'accords intersubjectifs dans le champ scientifique. Ainsi, nous défendons que pour comprendre objectivement une situation, il faut organiser la confrontation de multiples perspectives : la sienne, celle des autres chercheurs, celle des personnes objet de recherche. Il s'agit donc d'organiser ainsi une collaboration régulière avec d'autres anthropologues afin de bénéficier de leurs points de vue, conditionnés

par leur enseignement épuré. En complément de notre propre exercice réflexif, nous devons soumettre ainsi notre méthodologie, nos observations et nos interprétations à leurs regards même si cette démarche est souvent il faut le dire limitée par les disponibilités de chacun. Il n'en reste pas moins qu'introduire du débat dans le processus de recherche est une des « garanties de la plausibilité » (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.85).

Cette posture est aussi valable avec les informateurs. Nous devons leur permettre une relecture de la traduction que nous tentons de présenter de leur expérience afin de remettre en cause et de compléter sans cesse notre version. Il faut comme l'avance Laurence HERAULT, « laisser s'exprimer des revendications à l'égard de nos productions qui ne doivent pas nous apparaître comme des contraintes importunes ou embarrassantes mais bien comme des chances qui nous sont offertes d'être plus pertinents (HERAULT in LESERVOISIER, 2007, p.106). Nous ne révélerons ainsi que davantage leurs propres positions et assurerons la robustesse de nos productions. Chacun formule différemment les questions, hiérarchise différemment les priorités, définit différemment les problèmes. Il n'y a pas en effet qu'un point de vue possible, et mon point de vue ne demeure qu'un seul point de vue. Il y a autant de points de vue sur un objet, un lieu, un événement, une interaction, qu'il y a de *places* objectives. « Il n'y a donc pas de « vérité objective » d'une situation : il y a des vérités subjectives partielles » (BEAUD, 2003). Aussi, nous multiplierons les regards subjectifs pour tendre vers l'objectivité.

Opportunités pour la connaissance

L'opportunité d'un regard original sur le chercheur

L'implication en question.

Etre soignant-et-chercheur permet par ce positionnement autre, d'être en quelque sorte l'exotique du reste de la discipline : celui qui éclaire par le lointain le plus proche et le plus classique. Notre double positionnement rappelle l'importance de connaître le point de vue de l'auteur de textes ethnographiques même si ce n'est pas courant dans la pratique de l'anthropologie comme l'exprime Jeanne FAVRET-SAADA.

« C'est une propriété remarquable du texte ethnographique qu'y soit régulièrement occulté le sujet de l'énonciation (c'est-à-dire l'auteur), lequel s'efface devant ce qu'il énonce de son objet. [...]. On ne voit pas comment l'ethnographe pourrait s'abstraire lui-même du récit qui fonde sa description de la sorcellerie » (FAVRET-SAADA, 1994, p.53).

La place occupée dans le monde social par le chercheur classique (non soignant), que nous nommerons l'*individu-et-chercheur* va conditionner, de la même manière que pour le soignant-et-chercheur, sa façon de comprendre et de dire le monde, quelle que soit son implication dans son objet. Et il ne doit pas craindre de se justifier sur ce point et de laisser « s'installer le trouble sur les fondements sociaux de sa personne et sur la légitimité de ses convictions » (BENSA in FASSIN, 2008, p.325). Rester dans une position anonyme et extérieure, c'est se condamner à voir le phénomène étudié comme un touriste observe le pays dans lequel il voyage. Et nous pouvons légitimement nous demander si cette position de l'extérieur est même vraiment possible. Le double positionnement où le chercheur est impliqué dans son objet semble une situation de recherche aujourd'hui bien fréquente.

« Ces recherches confrontent, le plus souvent implicitement, l'idéal politique et moral de leurs auteurs à leur idéal scientifique, cherchant in fine à articuler l'un et l'autre dans un même mouvement où la critique du monde social resterait inséparable de sa compréhension. [...] S'esquisse ainsi une alchimie entre la science, l'empathie et l'engagement politique » (BENZA in FASSIN, 2008, p.328).

Même si certains s'en défendent d'une façon qui d'ailleurs interroge, le chercheur est préoccupé par la situation qu'il étudie, par exemple quand elle remet en cause l'humanité des personnes, dans des situations de conflits ou de précarité, mais dans bien d'autres cas encore (attachement à la terre, aux origines, à la famille). Il est ainsi selon l'image de Laurent-Sébastien FOURNIER un « double jeu de miroir » entre l'autre et l'individu-et-chercheur, et entre l'individu et le chercheur. Le positionnement plus contrasté qu'un autre du soignant-et-chercheur qui travaille sur le soin qu'il pratique, rappelle encore si besoin est que l'implication du chercheur dans son objet de recherche en tant qu'individu est inévitable. La mise en question permanente de ce cadre de recherche au sein duquel le chercheur construit son objet de recherche entraîne une vraie complexité qu'il ne faut pas esquiver. Il s'ouvre ici des « perspectives vertigineuses et des questions épistémologiques qui interrogent les limites de la connaissance au sens où les sciences sociales l'entendent » (FOURNIER in LESERVOISIER, 2007, p.70). Nous y reviendrons au moment de conclure ce travail.

La réflexivité pour tous ?

Dans cette attitude de recherche du soignant-et-chercheur, nous ne considérons pas la réflexivité comme la simple cerise sur le gâteau, qui donnerait dans un étalage plus ou moins discret, une saveur mélangée de droiture et de modestie à l'ensemble de l'œuvre. Nous considérons la réflexivité comme la condition de la scientificité de notre démarche. Et nous la défendons pour la démarche anthropologique en général au delà de notre particularité, comme une posture de principe, comme un « habitus scientifique », ou comme ce que Pierre BOURDIEU nommait « une réflexivité réflexe » (2001). La réflexivité nous offre une clé de compréhension, il est vrai paradoxale, de toute la pertinence de la production de connaissances par les méthodes qualitatives. En prenant en compte de façon systématique la subjectivité du chercheur, elle permet à celui-ci d'accéder par ce biais à un surcroît d'objectivité et de qualité scientifique, et le protège en partie de cette naïveté d'une compréhension accessible dans l'immédiat des faits sociaux observés. La réflexivité est ainsi un moyen efficace de renforcer nos chances d'accéder à la vérité. Elle permet de sortir de la contradiction qui décrédibilise souvent notre discipline qui veut que l'on applique à l'autre une critique relativisante systématique, tout en prétendant être soi-même en capacité d'une épistémologie spontanément réaliste. Nous nous plaçons là dans une herméneutique qui se tient à distance du positivisme en « considérant les « faits » comme des « interprétations constituées » (GHASARIAN, 2002, p.238-239). Laurent-Sébastien FOURNIER généralise aussi le propos en avançant que « la réflexivité ouvre ainsi un débat épistémologique de fond, débat qui a une incidence à différents niveaux, sur le traitement des données, sur la façon de concevoir le travail de terrain et l'observation participante en particulier, mais aussi sur le processus d'écriture et de restitution des données et sur la façon de penser la relation à l'Autre en général » (FOURNIER in LESERVOISIER, 2007, p.57).

L'opportunité d'un nouvel espace de pensée en transit.

Renoncer à l'arrogance de la vérité et surmonter le nihilisme

Le double positionnement de chercheur et praticien invite à vivre l'expérience de se rapprocher et se laisser happer par un système de pensée disciplinaire, pour à un moment s'en affranchir et se soumettre à un autre système de pensée disciplinaire, se laissant happer une nouvelle fois. Cet exercice demande une capacité à être disponible à apprendre du savoir de l'autre en reparcourant « les étapes de rapprochement, soumission, affranchissement que toute science impose à ses acolytes : de l'humilité estudiantine à la remise en question permanente de ses acquis théoriques » (DIASIO, 1999, p.191). S'être soumis soi-même à deux idéologies prétendant chacune à leur vérité sur un même domaine, invite comme par évidence à renoncer à l'arrogance de la vérité. Adhérer à deux systèmes de pensée qui bien souvent s'opposent permet de comprendre que la vérité est plurielle. Etre soignant-et-chercheur nous amène à révéler les prétentions de vérité des uns, des autres et de soi-même, tout en les dissipant dans le même temps. Le soignant-et-chercheur prend alors le risque, nous l'avons vu, de paralyser sa pratique, confronté aux théories sceptiques où l'on ne pourrait rien dire de l'être et du biologique, toute vérité relevant de l'interprétation, de la tradition, et du langage. « La vérité est cette espèce d'erreur sans laquelle une espèce d'êtres bien déterminée ne pourrait pas vivre » (NIETZSCHE in GRONDIN, 2006, p.119). Dans un tel contexte que celui de la santé et de la maladie, où beaucoup dépend du sujet, notre démarche pourrait nous enfermer dans cette herméneutique qui propose un espace intellectuel où il n'y a pas de vérité désignée sur le soin et sur la maladie. C'est justement là que notre double positionnement, grâce aux outils de l'anthropologie, nous permet de mettre en question, de recoller avec la réalité humaine pour nous aider à surmonter le nihilisme. Alors il ne s'agit pas de dire que l'on ne sait rien, mais peut-être de comprendre que l'on sait autrement que de la façon dont on pensait savoir. C'est ce que nous allons explorer dans les données de terrain à venir.

Savoir nomade et pensée métisse : pour un nouveau lieu de pensée

S'affranchir des dogmes disciplinaires, dépasser des conceptions arrêtées de la vérité et se protéger d'un scepticisme qui paralyse, ouvre l'espace de ce que Nicoletta DIASO appelle « un savoir nomade » (1999, p.245) qui se constitue selon Gilles BIBEAU par une pensée nomade. L'ensemble du territoire habité par les groupes pastoraux nomades appartient à tous les individus et il n'y a pas de lieux qui appartiennent à des sous-groupes aux dépens de tous les autres. La pensée nomade permettra de résister à l'imposition d'un seul paradigme universel et d'un seul langage scientifique (BIBEAU, 1990, p.306-307). Nous comprendrons ce concept de pensée nomade, non pas comme une pensée qui s'égaré, seulement libre de ne pas se construire, mais comme une pensée capable d'aller là où les autres ne vont pas, pour innover dans les démarches méthodologiques et comprendre davantage. GOETHE prétendait que l'inconnu se trouve à la frontière des sciences, là où les professeurs se mangent entre eux. Et Marcel MAUSS (1936) renchérisait en avançant que c'est précisément dans ces domaines mal partagés que gisent les problèmes urgents. François LAPLANTINE et Alexis NOUSS dans leur ouvrage *Métissages, de Arcimboldo à Zombi* parlent dans le même sens d'une « pensée métisse » qui surgit dans les marges. Loin d'un mélange bariolé d'exotisme dont beaucoup se revendiquent aujourd'hui pour légitimer un désir d'appropriation, les auteurs accordent à cette notion le processus du dessaisissement et du renoncement. Loin du mélange, le métissage est alors considéré comme une pensée de la désappropriation. Il suppose la ré-interrogation essentielle du sentiment de posséder une identité stable et définitive. Le métissage, c'est ce qui se lit en creux de la rencontre, et c'est d'abord et avant tout une reconnaissance de l'altérité en soi-même. « Il trouve sa logique dans cette porosité où l'identité se fait transfrontalière » (LAPLANTINE, 2001, p.55). Il se produit lorsque l'on en finit avec la fiction de l'étranger projetée défensivement au-dehors et que l'on commence à éprouver en soi cette perturbation et cette transformation créée par l'autre qui provoque du vacillement, du frémissement, de l'étrangeté. Alors s'ouvre un nouvel espace pour penser et comprendre.

CHAPITRE III : De la faculté de médecine à la faculté d'anthropologie. De l'expliquer vers le comprendre.

Nous avons abordé dans le premier chapitre la notion de terrain et la démarche de recherche en anthropologie, basée sur les techniques d'observation et d'entretien qui génèrent une série de données. Nous avons évoqué l'étape de l'analyse qui se produit dans la boîte noire de l'ethnologue, par laquelle sort un écrit, produit final de recherche, qui sera lu par le lecteur. Nous avons parlé dans le deuxième chapitre du chercheur et de la notion du point de vue de l'ethnologue. Il est un point de vue unique et singulier à partir duquel le chercheur pourra d'une façon unique et singulière voir le monde et le comprendre. Nous avons insisté sur l'importance selon nous d'objectiver ce point de vue et notre propre point de vue, comme une condition préalable pour "pré-tendre" à l'objectivité.

Il nous faut maintenant parler de l'anthropologie en tant que science humaine. Nous voulons nous obliger à expliciter comment nous nous représentons la scientificité de notre discipline. Cet exercice fait, à notre sens et encore une fois, partie intégrante de ce travail de thèse. Interroger la scientificité des autres (les médecins) comme nous allons le faire ne peut aller sans interroger la scientificité de soi. Il s'agit ici d'écrire en quoi nous pensons que notre démarche est bien une démarche de science qui produit une connaissance valide. Au-delà de la singularité de chaque chercheur, l'enquête anthropologique n'est pas une expérience individuelle ineffable dont le résultat ne relèverait que d'une appréciation esthétique ou affective. Elle produit des connaissances et doit être jugée en tant que telle (TERRAY, 2008, p.67). Il s'agit donc de présenter notre épistémologie sans proposer de fausses et tapageuses révolutions théoriques, mais sans pour autant craindre de dire autre chose que ce que l'enseignement académique nous a dit. Et pour expliciter notre idéologie méthodologique, nous utiliserons la même démarche que nous utilisons pour expliciter nos données de recherche : il nous faut contextualiser nos idées par la présentation de notre histoire et notre parcours personnel au sein des milieux rencontrés qui produisent de la connaissance en santé. Il nous faut dire comment, du fait de cette expérience, nous pensons l'anthropologie, entre la description ethnographique du local et les textes à l'ambition généralisante de notre

discipline. Il faut encore expliciter notre positionnement actuel dans le milieu de la recherche. Il faut prendre là aussi le risque de ne pas plaire en parlant de soi. Mais nous proposerons ainsi au lecteur, mieux que celui qui ne veut pas se dire, les clefs d'analyse de notre démarche et nos produits de recherche.

Histoire d'un parcours universitaire, en quête d'épistémologie.

La formation médicale initiale : positivisme et réalisme en question.

L'Evidence Based Medicine

Je suis confronté au quotidien en tant que soignant, à la maladie et aux malades, depuis presque vingt ans, et c'est depuis ce temps qu'il me faut réfléchir avec quelle philosophie soigner. J'ai été éduqué pendant mes dix années d'études de médecine par le principe de l'*Evidence Based Medicine* (EBM), souvent traduit par la médecine fondée sur les preuves. Il est entendu comme les règles de décision pour une meilleure qualité des soins. Nos professeurs nous expliquaient l'importance de protéger notre pratique de notre propre subjectivité en basant nos décisions sur des données objectives, issues de l'expérimentation scientifique et ses outils plébiscités. Très séduit par la démarche, je lisais les textes des théoriciens anglo-saxons de l'EBM. Je remarquais que l'interprétation qui nous en était présentée par nos enseignants était partielle. Les premiers textes sur l'EBM étaient effectivement très centrés sur l'expérimentation, mais les écrits suivants présentaient les règles pour une bonne pratique comme un trépied en équilibre sur « l'intégration des meilleures données de la recherche, la compétence clinique du soignant et les valeurs du patient » (ROSENBERG, 1995, p.112). « La compétence clinique » me semblait effectivement incontournable pour bien soigner. Le diagnostic clinique au contact du malade paraît être le premier guide de la décision thérapeutique, comme un garde-fou qui rassure par l'objectivité qu'il semble garantir. Regarder, écouter, palper, permet au médecin d'élaborer son diagnostic et de justifier sa décision thérapeutique. L'enseignement pratique universitaire que j'ai reçu était largement centré sur cette démarche par l'apprentissage, dès les premières années, d'un examen clinique méticuleux et détaillé. Il me paraissait également évident que

pour bien pratiquer, il y a bien peu de sens à vouloir soigner la maladie sans le malade et sans prendre en compte les « valeurs » qui l'animent. Mais l'examen clinique que l'on m'enseignait à l'université était avant tout centré sur l'histoire de la maladie plus que celle du malade, par l'interrogatoire du patient et une enquête scrupuleuse sur la sémiologie du trouble qui l'amène à consulter. Et il n'était pas prévu dans ce programme de temps formel, dédié à prendre en compte, dans la relation de soins, ce qui ne relève pas de l'organique mais justement des valeurs du patient : les modèles explicatifs de la maladie des personnes, leurs dynamiques sociales, leurs histoires, leurs représentations, leurs pratiques, leur culture... Cela semblait abandonné à un savoir faire personnel du soignant, comme une intelligence de l'autre que l'on a plus ou moins, et qui n'aurait finalement ni besoin d'être théorisée, et ni besoin d'être nécessairement intégrée à la démarche pratique.

Les données de la recherche et l'expérimentation clinique

Au-delà de l'intérêt porté à la compétence clinique et du flou observé autour de la prise en compte des valeurs du patient, les règles universitaires pour de bonnes pratiques paraissent très centrées sur l'expérimentation et les données de la recherche. J'ai étudié la médecine à l'*Université Claude Bernard Lyon I*, du nom de cet illustre médecin qui a voulu repenser la médecine justement hors du hasard de l'empirie et des dogmes de la métaphysique. L'enseignement universitaire que j'ai reçu et le mot d'ordre de l'*Evidence Based Medicine* étaient ainsi tout imprégnés de la volonté scientifique de ce savant.

« Je ne conteste pas qu'il puisse exister en médecine comme dans les autres sciences pratiques, ce que l'on appelle le tact ou le coup d'œil. [...] Mais ce que je blâme, c'est de rester volontairement dans cet état d'empirisme et de ne pas chercher à en sortir » (BERNARD (1865), 2008, p.285-286, souligné par l'auteur).

L'usage de la méthode expérimentale est devenu depuis plébiscité pour l'enseignement des plus jeunes, comme en appelait Claude BERNARD : il s'agit de décomplexer les jeunes médecins et de les convaincre qu'« on gagne toujours à expérimenter » (*Id*, p.51). Nous avons été mis en garde tout au long de nos études contre l'expérience empirique, qui ne serait pas un véritable savoir, du fait que nous ne pourrions ni l'expliquer, ni le transmettre, qu'elle se fonde sur la seule autorité de la tradition. « L'empirisme, quand on s'y arrête, arrête la science et abrutit l'esprit » (*Id*, p.59).

Pendant ma formation, l'enthousiasme de départ face à ces principes éclairés a rapidement laissé le champ ouvert à plusieurs questionnements. Où est donc la médecine expérimentale préconisée par Claude BERNARD dans ce que je vois au quotidien de la pratique à l'hôpital universitaire ? A quel moment suis-je en contact avec ses résultats ? J'entendais des références souvent imprécises, à des études scientifiques. Je croisais parfois les rares acteurs et promoteurs d'expérimentation clinique dans les services. Je constatais rapidement sans entrer dans le débat de la validité de leurs travaux, que la démarche n'était accessible qu'à une élite, du fait notamment du niveau de moyens matériels et financiers qu'elle exige. J'étais en fait juste invité à me prémunir de l'empirisme de ma pratique en exécutant des conclusions lointaines à la provenance parfois inconnue du seul fait de la prétention scientifique du discours randomisé et statistique. Que se passe-t-il donc dans ce moment-là, où nous n'avons personnellement ni les moyens d'une démarche expérimentale, ni la possibilité de mettre de côté notre empirie puisqu'elle construit précisément notre pratique ? A cela, Claude BERNARD répondait avec agacement : « Hé bien !, vous dis-je, procédez empiriquement, tant que vous ne pourrez faire autrement. » (*Id*, p.89). Cela veut-il dire que nous serions condamnés à ne produire par notre propre pratique, que quelques croyances hasardeuses sur la réalité de ce qui constitue notre métier ? A la fin de mes études, il m'a paru évident qu'il me fallait m'émanciper de cette configuration par deux projets intellectuels dans l'intuition qu'ils sont tout autant scientifiques : il faut mettre de la théorie sur la médecine empirique puisque nous y sommes condamnés, et il faut critiquer le discours scientifique.

Chercher une autre épistémologie pour continuer à penser la réalité du soin

Il faut reconnaître que la critique des données de la recherche était une question récurrente au sein même de ce milieu hospitalier qui les produisait. Mais elle se contentait souvent à mon sens de traquer une liste d'événements considérés comme des " biais " qui rendraient l'expérience irréalisable ou invalide, ou encore d'accepter ou de rejeter des hypothèses statistiques. Pourtant, lorsque que j'observais ce milieu de recherche, il me semblait que les mots d'ordre de « cadres » de la médecine provenaient davantage de conférences de consensus entre experts que des conclusions directes d'essais randomisés. Il me fallait donc chercher à comprendre comment se construit ce discours d'experts plutôt que

de débattre des résultats de tels outils d'expérimentation, sans avoir de toute façon les compétences techniques pour le faire. Je m'interrogeais sur le lien qui existe entre le discours scientifique et la réalité biologique qu'il est censé transcrire, soupçonnant l'existence de processus intermédiaires qui sont loin d'être toujours rationnels, fait de critères esthétiques, philosophiques ou politiques, voire métaphysiques. Jean-Paul GAUDILLIERE se pose ainsi la question du contrôle de l'autonomie professionnelle par quelques grands opérateurs du système de santé face à des recommandations dont l'impact consiste moins à imposer un standard uniforme de soin qu'à offrir un cadre de négociation (2010, p 30-31).

« Les dominants imposent de facto comme norme universelle de la valeur scientifique des productions savantes, les principes qu'ils engagent eux-mêmes consciemment ou inconsciemment dans leurs pratiques, notamment dans le choix de leurs objets, de leurs méthodes, etc. Ils sont constitués en exemples, en réalisations exemplaires de la pratique scientifique, en idéal réalisé, en normes faites d'hommes ; leur propre pratique devient la mesure de toutes choses, la bonne manière de faire qui tend à discréditer les autres manières » (BOURDIEU, 2001, p.124).

Ainsi selon Pierre BOURDIEU, « la ruse de la raison scientifique » consisterait à faire de la nécessité avec de la contingence, du hasard, et à faire de nécessité sociale vertu scientifique. La vision officielle de la science serait une « hypocrisie collective » propre à garantir le minimum de croyances communes nécessaires au fonctionnement du social (*id*, p.152). Je me demandais alors comment sortir de cette impasse qui serait de croire que le savant qui prétend connaître, ne connaît pas, et que par delà, moi-même qui doit théoriquement apprendre du savant, je suis donc encore moins connaissant que lui. Comment trouver une autre voie pour avoir à nouveau la sensation d'accéder à la connaissance de la situation de soin ? Qu'appelons nous vérité en santé ? Qu'appelons nous réalité en santé ? Comment se construit ce que nous prétendons savoir sur elle ? Quelle place accorder à l'expérience face à l'expérimentation ? Comment mettre de la théorie sur "la médecine empirique" ? Il me fallait alors poursuivre ma quête d'une épistémologie qui me semble cohérente. J'ai pensé trouver des réponses ou simplement des outils de compréhension vers les sciences humaines, et je me suis inscrit en faculté d'anthropologie.

La formation initiale en anthropologie : moralisme et relativisme en question.

C'est dans une grande curiosité et une sincère excitation que je suis arrivé dans le monde universitaire en anthropologie. C'était une vraie satisfaction intellectuelle que de se soumettre entièrement à un autre savoir et à un autre mode de pensée, un peu à la manière d'un sportif qui se lance un défi physique. L'impression de se retrouver dans un amphi avec les étudiants d'une discipline dont on ignore les fondamentaux donne un délicieux vertige. Je n'avais donc plus qu'à observer, écouter, et tenter de comprendre. Une fois l'excitation passée, je me suis assez rapidement interrogé sur le discours qui nous était servi par les enseignants, dans un sens finalement assez similaire à celui que j'avais parcouru pendant ma formation en médecine.

Le bien-penser anthropologique.

L'étonnement principal fut de constater que l'anthropologie de la santé, ou plutôt que les anthropologues de la santé que je fréquentais s'affirmaient alors essentiellement sur un mode critique. Cela donne la drôle d'impression comme l'avance Raymond MASSE, que la discipline s'est donné la mission « qui doit être prise au sérieux » de critiquer la biomédecine, de dénoncer les inégalités sociales, de remettre en question les modalités d'exercice du biopouvoir (2010, p.6). J'observais ainsi un zèle particulier à critiquer vertement les programmes internationaux de santé publique et les techniques statistiques qui leur sont associées. Le discours était à l'inverse étonnement bienveillant envers les médecins traditionnels et les thérapies alternatives dans ce que MASSE dénonce lui-même comme « un populisme idéologique (l'exaltation fascinée des vertus du peuple) » (*Id*, p.7). Je percevais parfois amusé et souvent agacé, comme une volonté d'expliquer aux soignants comment être meilleur soignant, ce qui ne va pas sans soulever maintes questions. Nancy SCHEPER-HUGUES se demande ainsi si les anthropologues médicaux ne sont pas affectés par une perte de rôle ou par la confusion, si ils sont des anthropologues médicaux appliqués ou seulement des médecins manqués (1990, p.195).

Je retrouvais ici l'assurance parfois hautaine du corps enseignant en médecine enfermé dans une volonté d'expliquer l'autre plus que de le comprendre. Je découvrais un discours universitaire à la tonalité un tantinet moralisante, dans la promotion d'un *bien penser anthropologique* qui donne davantage une impression de débat philosophique que d'une

démarche scientifique de production de connaissance. Il est vrai que sur ce point, le discours critique et souvent passionné contre la biomédecine, contrastait avec la pauvreté des débats autour de la méthodologie en anthropologie. L'enseignement sur la méthode auquel j'ai pu alors assister se concentrait de façon un peu fastidieuse sur la description d'un comment faire une recherche bibliographique, comment mener un entretien, ou sur l'énumération des avantages et des inconvénients de l'observation participante. La question de la nature des produits anthropologiques présentés au lecteur dans nos écrits, tout comme celle des limites de leur validité n'a pour ainsi dire jamais été débattue le temps de mon cursus. Il était un principe à accepter que l'anthropologue produit de toute façon une vision objective de la réalité. Le relativisme auquel la discipline invite la biomédecine avec insistance ne semblait aucunement devoir s'appliquer à elle-même.

La pauvreté des débats sur la méthodologie auxquels j'ai pu assister sur les bancs de l'université où j'étudiais à Aix-en-Provence (alors qu'ils sont riches bien heureusement dans la littérature et peut-être dans bien d'autres lieux que n'ai pas observés) contrastait avec une appétence particulière pour la généralisation des résultats observés dans le champ du local. Après avoir évoqué leur présence sur le terrain, le discours de certains anthropologues que j'écoutais, ne se faisait rapidement plus l'écho des propos d'un individu rencontré, mais du groupe, de la population du village, de la région, ou du pays, quand ce n'est pas de l'humanité tout entière. Se pose alors la question des étapes cachées entre le vécu de terrain, quand il a lieu, et le discours que l'universitaire demandait aux étudiants d'accepter comme données objectives. Philippe DESCOLA se demande ainsi en quoi le singulier sert-il effectivement de tremplin à l'universel ?

« Comment alors d'un exposé de cas, dériver vers des propositions générales? Comment passer sans fraude excessive de la partie au tout ? Comment passer de la déclaration « Mme Y. m'a dit que » à la proposition « les gens pensent que » ? Comment se protéger d'un culturalisme qui conduirait dans l'excès, à une hypostase du collectif. Autrement dit, comment se protéger du danger [...] de prêter une conscience et une volonté collectives à un groupe, en personnalisant sans légitimité ces collectifs » (DESCOLA, 1993, p.440).

Je fus à ce moment là bien perplexe sur ce processus de production de connaissance qui semblait seulement artisanal, loin de ce que je me représentais alors du vocable de science. J'avais l'impression d'un besoin de reconnaissance de la discipline face à la médecine toute puissante, à l'image des propos de Mondher KILIANI qui avance que ce n'est qu'au prix de l'inscription de ses analyses dans des cadres théoriques que l'anthropologie pourrait se recommander à l'attention générale (2007, p.287). Cette quête la ne presse-t-elle pas trop

rapidement l'anthropologue dans des perspectives globalisantes qui semblent plus vendeuses et plus esthétiques que l'austère description du social microscopique ?

Rien de neuf dans cette épistémologie de la déconstruction !

La rationalité scientifique biomédicale tend à enfermer comme nous l'avons vu, dans une philosophie de l'explication qui se veut réaliste : on observe, on décrit, on émet des hypothèses et puis on expérimente et l'on vérifie dans une logique déductive, afin de dégager des lois sur ce que l'on observe. La rupture épistémologique que j'espérais trouver en allant vers l'anthropologie était à ce moment là bien partielle. Cette focalisation explicative de la connaissance que je ne trouvais pas très lucide sur elle-même en faculté de médecine semblait tout aussi présente dans les sciences humaines. C'est ainsi par exemple que je comprenais à l'époque l'héritage de Claude LEVI-STRAUSS et du structuralisme, qui décompose en parties constitutives ce qui est considéré comme le réel. Une explication générale serait alors proposée en recomposant, reconstruisant le tout en termes de système ou de structure, comme les « formes élémentaires » de la parenté (1949). L'anthropologie consisterait donc à expliquer le sens des choses en les décomposant pour les recomposer. J'étais dubitatif d'entendre ainsi professeurs ou étudiants qu'ils allaient *déconstruire* les discours de leurs informateurs pour reconstruire cette fois la vraie réalité sociale. Le sens des choses était ainsi présenté comme un présupposé stable et univoque et je ne comprenais pas bien où était alors la légitimité du nouvel ordre proposé.

J'étais alors à la fin de mon master dans une nouvelle impasse, sans avoir trouvé les outils que j'espérais. Après un an d'arrêt, je me décidais finalement à poursuivre en m'inscrivant en doctorat. J'avais l'intuition d'avoir peut-être mal interprété ce que j'avais entendu, de n'avoir pas su changer les lunettes que l'on m'avait posées sur le nez en médecine. La déception ressentie face à l'ambition modélisatrice des sciences humaines m'a ainsi amené vers d'autres lectures. Je découvrais d'autres auteurs qui m'offraient de mettre en mot ce que je cherchais à penser. Pour Roland BARTHES par exemple, « l'analyse structurale consiste en une véritable fabrication d'un monde qui ressemble au premier non pour le copier mais pour le rendre intelligible » (1973). L'objectif n'est pas tant d'expliquer la réalité que de tenter de la comprendre. Il me manquait juste à cette étape du parcours que cela me soit explicité. Wilhelm DILTHEY encore, opposait ainsi à la rationalité explicative (« erklären »

= expliquer) une rationalité interprétative (« verstehen » = comprendre). Il avançait que le mode de connaissance des sciences sociales, doit viser davantage à comprendre qu'à expliquer (1947). C'est avec ce nouveau prisme qu'il me fallait relire la démarche effectivement scientifique des sciences humaines.

Nouvel élan épistémologique

Wilhelm DILTHEY a contribué à inscrire les sciences humaines dans une perspective épistémologique différente des sciences de la nature. Pour lui, *l'explication* demeure toujours l'explication d'un objet, abordé dans une soi-disante autonomie par rapport au chercheur. A l'inverse, *la compréhension*, c'est comprendre aussi le sujet qui explique l'objet ou plus précisément « la totalité du sujet et de l'objet ouverte à plusieurs lectures possibles » (LAPLANTINE, 2006, p.92). Ainsi, comprendre, ce n'est pas tant expliquer ce que l'on observe, ce que l'on perçoit et ce que l'on voit, mais comprendre, c'est avant tout comprendre les « processus à l'œuvre dans la vision et l'énonciation » (*Id*, p.92). C'est ici l'épistémologie que nous espérons trouver. La rationalité proposée par les professeurs de médecine autour de la recherche de causes et l'explication positiviste associée tend à masquer les propres mécanismes de compréhension de ce que nous ressentons, ce que nous entendons, ce que nous percevons. Et il en est de même pour la rationalité structurale que nous présentaient cette fois les professeurs d'anthropologie à l'université que je fréquentais.

Scepticisme et lucidité à l'égard des « superconcepts »

Ainsi, nous pensons que l'objectif de notre discipline est la compréhension des phénomènes étudiés. Nous considérons à partir de là que l'explication, et avec elle, les concepts et généralisations qui en découlent ne correspondent pas à l'étape finale de notre démarche scientifique. Il ne doit plus être question que le général se substitue au particulier, ou que l'invisible s'impose sur le visible. Il n'est pas très lucide de prétendre à expliquer le réel en le réduisant à une série fermée de systèmes globalisants. Ludwig WITTGENSTEIN invite au scepticisme à l'égard de ce qu'il appelle « les superconcepts ». Il avance que l'explication causale n'ajoute rien à notre compréhension d'une culture qui nous est étrangère, mais consiste seulement à substituer un mythe à un autre. L'explication ne fait qu'entretenir

l'illusion qu'il est possible de dégager des lois. Bref les théories scientifiques sont « des hypothèses superflues qui n'expliquent rien » et reproduisent sous une autre forme de la « magie » de la « superstition » (WITTGENSTEIN, 1992, p.25). Selon l'auteur, plus nous allons dans le sens d'une généralisation explicative, plus ce que nous croyons éclairer en fait s'obscurcit. Il est donc effectivement légitime de s'interroger sans cesse sur les conditions de production de connaissance et craindre la vanité du savoir qui nous éloignerait de cette curiosité à comprendre. Il s'agit de sortir de la façon de penser la généralisation comme moment ultime d'un projet scientifique. La compréhension est intimement liée à la description et cette dernière ne doit pas être réduite à l'étape primale et immature d'une recherche en anthropologie, capable au mieux de vérités illustratives. Il faut réhabiliter la description mais à sa juste place.

La description, fondement de notre démarche

Revenir à l'illusion perdue

Dans l'introduction de son ouvrage *les argonautes du pacifique occidental*, Bronislaw MALINOWSKI parlait de l'« art magique de l'ethnologue » et en présentait l'énoncé fouillé de sa méthode (1963, p.63). Il avait ce bien grand talent de restituer les vies des autres par la relation personnelle qu'il savait entretenir avec eux. Depuis cet âge d'or, l'ethnographie a perdu de ses couleurs et nombreux sont ceux qui aujourd'hui tendent à redorer son image. Didier FASSIN affirme par exemple que l'ethnographie représente un « moment de vérité » pour les sciences sociales, au sens où elle permet d'accéder à une forme spécifique d'intelligence des choses, des personnes et des faits (2008, p.10). Ainsi, nous pensons, comme l'avance François LAPLANTINE, que ce qui fonde la légitimité du savoir anthropologique n'est pas le ronronnement de la théorie mais c'est le voir, le témoignage oculaire, la présence scopique du chercheur sur le terrain. La description ne doit pas être considérée comme le degré zéro de la connaissance mais ce qui seul permet son élaboration (2006, p.116). Pour cela comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le chercheur doit attester devant son lecteur qu'il n'a pas inventé le discours qu'il rapporte et qu'il n'a pas imaginé les descriptions qu'il propose. C'est l'importance des règles de rédaction, de citations des auteurs et des informateurs. Elles permettent de passer « un pacte ethnographique » avec le destinataire de la recherche (OLIVIER DE SARDAN, 2008, p.101). Chaque description, citation et recension doivent être situées précisément pour que le lecteur se sente en contact avec la réalité. Il

s'agit ainsi de garder contact avec le local, le circonstanciel. Il s'agit de tenter de dire ce qu'un individu fait comme sujet unique dans un espace social unique et non pas de dire ce que les individus sont, à travers des causes mystérieuses de leur altérité collective (BENSA in FASSIN, 2008, p.324).

Mais décrire ce que l'on perçoit, c'est trouver du sens : la phénoménologie.

Edmund HUSSERL estime lui aussi que l'activité de perception et plus précisément du voir est « l'instance ultime et décisive de toute connaissance » (HUSSERL, 1993). Pour l'auteur, la compréhension est ainsi la compréhension d'une totalité signifiante. Ce que nous percevons n'est pas seulement des objets, des faits, une forme, c'est d'abord et toujours du sens. Il est possible de distinguer, mais pas de dissocier la conscience de celui qui observe de ce qui est observé, c'est-à-dire l'interprétation de la description (*Id*, 1993). C'est ce que l'auteur appelle « la réduction phénoménologique » par laquelle nous nous apercevons que notre conscience ne fait qu'un avec le monde qui nous entoure.

« La description, en tant que description de l' « objet », apparaît [...] comme n'étant qu'un aspect de la connaissance descriptive pour laquelle il n'y a pas de faits à l'état brut, mais d'emblée des faits auxquels nous attribuons des significations. La description est un acte qui n'est pas d'ordre de la reprographie mais du sens, chaque fois nouveau, que nous élaborons en présence de ce que nous percevons. Autrement dit, s'il existe une rationalité descriptive, et non plus renvoyée à l'analyse qui seule lui conférerait sa légitimité scientifique, elle n'est pas davantage du « côté » du sujet ou de l'objet, mais dans la relation qui les unit (LAPLANTINE, 2006, p.102).

Ainsi, observer a un objectif qui inévitablement influence la façon dont nous observons. Nous avons tendance à voir en premier les choses qui nous semblent coller avec nos propres objectifs. Les phénomènes naturels sont toujours observés à travers les yeux de l'esprit, c'est-à-dire à travers « le filtre des idées préconçues de l'observateur » (Ilana Löwy, préface, FLECK, 2008, p. XX).

Ainsi, décrire, c'est interpréter : l'herméneutique

Nous trouvons dans cette description phénoménologique une porte d'entrée vers l'herméneutique, deuxième courant de pensée et de compréhension du monde porté notamment par Wilhem DILTHEY. La relation qui unit le chercheur et la situation ou la personne qu'il étudie, est nous l'avons vu une relation signifiante, mais elle est aussi une relation qui mobilise une activité, celle d'interpréter du sens. Alors que la phénoménologie soutient un principe de solidarité entre le regard et le sens, l'herméneutique avance un principe de solidarité entre le regard et le langage. La relation d'un ethnologue avec la personne qu'il étudie est ainsi une relation herméneutique puisqu'elle implique comme nous l'avons vu la compréhension de cet autre d'où vont naître diverses interprétations et diverses lectures possibles, dans les écrits que nous produisons au final. Les descriptions dans nos écrits sont des redescriptions différées d'un temps passé et donc toujours notre reconstruction d'une réalité qui n'est plus. C'est pour cela que jamais plusieurs ethnologues sur un même terrain ne donneront au final des descriptions identiques de la même réalité qu'ils observent. Les lectures de chacun seront différentes, et les écritures multiples. « Il n'est pas possible de dissocier le processus de constitution d'un objet qui s'effectue à travers la description, qui est aussi « description des circonstances dans lesquelles s'effectuent les observations » [...] et celui de la compréhension, c'est-à-dire de la signification de ce que l'on observe (LAPLANTINE, 2006, p.115).

Décrire la réalité, c'est dire la réalité

Il faut selon l'expression de Michel FOUCAULT, « aller à travers le langage, jusque vers le lieu où les choses et les mots se nouent » (1983). Ainsi, l'ethnographe ne peut percevoir le monde hors du regard et il ne peut décrire hors de la parole. François LAPLANTINE insiste : il est impossible de sortir du langage. L'idée d'une autonomie du décrit (le référent, l'objet, le signifié) est un leurre.

« La description est description de celui qui décrit et la signification est liée à l'activité de celui qui pose la question du sens. Il n'existe donc pas à proprement parler de « données ethnographiques », mais d'emblée, toujours et partout, la confrontation d'un ethnologue (particulier) et d'un groupe social et culturel (particulier), l'interaction entre un chercheur et ceux qu'il étudie. C'est précisément cette rencontre qui mérite d'être appelée « terrain » (LAPLANTINE, 2006, p.40).

Ainsi, l'écriture en anthropologie n'est pas seulement l'exercice obligé et final d'une recherche. Elle constitue l'anthropologie. La réalité sociale que nous cherchons à traduire apparaît justement dans l'écrit singulier d'un chercheur singulier qui même s'il est singulier, n'en reste pas moins une traduction possible du réel. Les observations, les entretiens se transforment en données par la prise de notes. Et ces données sont déjà des connaissances que la transcription imprime vers le texte de recherche dans une tentative d'organisation de la production de données et un processus de réflexion sur leur choix. Les données sont la transformation en traces objectives de « morceaux de réel », de fragments du réel de référence tels qu'ils ont été sollicités, sélectionnés et perçus par le chercheur (OLIVIER de SARDAN, 2008, p.49-50).

Françoise HERITIER évoque dans un article publié dans l'Homme en 2008, l'anecdote d'un défi qui avait été lancé à Marc AUGE. Il lui avait été demandé de commenter une banale carte postale représentant la rue d'un village. Pour son plaisir personnel, il avait écrit en deux pages son commentaire. L'auteur de l'article évoque la manière d'écrire de Marc AUGE :

« Il était éblouissant, certes par son écriture et la façon dont il était tourné. Mais il y avait bien plus : ressortaient avec force à la fois la solitude, la frilosité, la peur du qu'en-dira-t-on et de la mise au grand jour des relations intimes, ainsi peut-être que la désespérance de vies qui s'étiolaient derrière ces façades fermées; mais il y avait également, dans l'évocation de ce repli de chacun chez soi, trois choses : le recours « naturel » à la famille, le souci d'individualisation derrière le banal conformisme respecté de tous, et sans doute aussi une vie de voisinage beaucoup plus intense dans les arrière-cours, des conversations par dessus les haies, des carrés de lumière provenant des cuisines, une chaleur... Ce petit texte a disparu et c'est dommage. Je garde le souvenir d'un morceau d'anthologie de la discipline » (HERITIER, 2008, p.51-52).

L'auteur souligne admirative la capacité de Marc AUGE à « donner à voir et faire entendre » la réalité (*Id*, p.53). Françoise HERITIER voit Marc AUGE se mettant à son bureau, tirant une feuille dont la première phrase jaillit là, sans effort apparent selon elle. « Il affirme pourtant ne pas savoir encore ce qu'il va dire. Mais il poursuit. On a la certitude que la pensée naît du mouvement de la main sur le papier. Tout s'organise. Des questions nécessaires apparaissent. Pour y répondre, il consulte ses livres et ses archives ou fait appel à sa culture littéraire et philosophique. Mais l'essentiel est dans ce mouvement conjoint de la main et de la pensée qui dès lors prend forme » (*Id*, p.54). Nous voyons dans cet exemple combien la description reste une activité d'interprétation qui se construit dans l'écriture, par un chercheur, pour un lecteur. Nous comprenons ici que Françoise HERITIER en tant que lectrice de Marc AUGE n'est pas moins à son tour un acteur ou un agent de l'objet que

cherche à décrire l'ethnologue. Le lecteur devient à son tour interprète du texte qu'il a sous les yeux.

Décrire et généraliser, les deux temps d'un même moment

Au terme de ce parcours de la faculté de médecine à la faculté d'anthropologie, notre "enquête" d'épistémologie pourrait nous amener à conclure à la manière d'Alban BENSA que « le passage du particulier au général gagne en intelligibilité ce qu'il perd en réalité » (BENSA, 2006, p.21). Nous irions ainsi au terme d'un véritable retournement qui ferait que l'ethnographie ne serait plus le point de départ de l'anthropologie, mais sa finalité : les théories de l'anthropologie serviraient alors d'outils de départ, de prisme pour accéder à la connaissance qui trouverait sa validité exclusivement dans la description ethnographique. Toute tentative de synthèse serait alors éternellement prématurée.

Nous défendons en fait qu'il n'est pas bon de penser les deux temps de la description et de la généralisation dans des liens de hiérarchie ou de priorité. On peut le regretter, ou tenter de le dissimuler, mais nous ne pouvons distinguer nettement l'énonciation des faits et l'interprétation du sens. Il nous est finalement pas possible de dire si la théorie se situe plutôt en amont ou en aval d'une recherche. Il s'agit bien selon nous des deux temps incontournables d'un même moment. Ce moment est celui qui vise à produire la connaissance en science humaine. C'est le moment du *travail de recherche*. Et il s'agit maintenant pour nous de réunir dans *ce moment de recherche*, autant la remise en question des grands concepts énoncés plus hauts que la réhabilitation de la description comme fondement épistémologique de l'anthropologie. Il s'agit de remettre du jeu dans le lien intime qui unit ces deux temps, d'explicitier les mouvements de va-et-vient qui constituent notre démarche de recherche entre l'observation et l'explication, le sensible et l'intelligible, le concret et l'abstrait. « Si l'on cherche à décrire ce que l'on voit, c'est pour savoir, mais ce savoir doit en permanence retourner au voir, si l'on veut éviter les risques d'une forme sournoise d'ethnocentrisme occidentalisant : le logocentrisme et le graphocentrisme » ((LAPLANTINE, 2006, p.116).

Ainsi l'analyse des données, plus que le dernier temps d'un processus de recherche, se réalise tout au long de la démarche, en échangeant comme nous venons de l'évoquer avec d'autres chercheurs et avec nos informateurs et par delà, par un va-et-vient permanent entre la

production de données et la problématique, entre le contact du terrain et l'écriture. Elles se modifient ainsi l'une et l'autre dans une réflexivité qui s'exerce à toutes les étapes de la recherche. Cette itération fait que chaque entretien, chaque observation, chaque interaction sont autant d'occasions de trouver de nouvelles pistes de recherche, de modifier des hypothèses, d'en élaborer de nouvelles.

Quelle validité et quelle scientificité pour notre discipline ?

« Y a-t-il une distinction essentielle entre la nature de notre propre construction [chercheurs en sciences humaines] et celle utilisée par nos sujets [les chercheurs de laboratoire]? La réponse doit être un non catégorique. C'est uniquement en rejetant la possibilité de cette dernière distinction que les arguments de ce chapitre trouvent leur cohérence. La notion de création de faits à partir des circonstances s'applique autant à la construction de notre propre description qu'à celle des chercheurs de laboratoire. Comment donc savons-nous comment ils savent ? » (LATOURE, 1988, p. 274)

En conclusion de cette première partie de thèse consacrée à la méthodologie, se pose la question de la validité et de la scientificité de notre travail de recherche. Comment dans sa démarche d'enquête, à partir d'un point de vue singulier, entre la description et la généralisation, l'ethnologue produit-il au sein de sa "boîte noire", une connaissance scientifique de la réalité sociale ? Quel positionnement adopter pour ne pas tomber dans les excès du positivisme de la biomédecine et ses ambitions modélisatrices et se protéger des approches moralisantes d'un certain milieu en anthropologie de la santé ? Nous pensons que c'est entre la fausse rigueur des uns et les exhibitions théoriques des autres que nous pourrions trouver une double distance qui permette un positionnement proprement scientifique pour l'anthropologie et les sciences sociales, autant qu'incarné dans ce que nous sommes.

« La validité d'une production scientifique, son objectivité voire son universalité apparaissent chez certains épistémologues de l'esprit comme proportionnelle à son degré de désincarnation. » (ANDRIEU, 2011, p. 15)

La science en question

Mais qu'est-ce donc qu'un positionnement proprement scientifique ? Quels sont donc les critères de scientificité en général et pour notre discipline en particulier ? Il existe de multiples définitions de la science. ARISTOTE s'y était déjà risqué. Pour lui, la science est le discours qui parle des choses qui sont générales et non des choses singulières. « Il n'y a de science que de l'universel » (ARISTOTE, 1981). La science peut être ainsi caractérisée comme un discours dont le but est la description exhaustive de la réalité objective. La science serait alors dédiée à « la production de connaissances objectives » (VINCK, 2007, p.37). Mais la science a-t-elle le monopole de la production de connaissances objectives ? Et que faisons-nous de la connaissance non objective ? Les connaissances subjectives ne font-elles pas parties des données de la science ?

Et qu'en est-il de ceux qui sont censés faire la science, ou en tout cas agir scientifiquement ? Comme l'avance Bruno LATOUR, les chercheurs et scientifiques apparaissent comme tel d'abord parce qu'ils sont des chercheurs et des scientifiques (1988, p. 149). Pourrions-nous finalement simplement définir le scientifique comme celui qui prétend travailler scientifiquement ? Il semble en tout cas que leur crédibilité aux yeux du grand public, porte sur la capacité affichée des chercheurs à pratiquer effectivement la science (*Id*, p. 206). Pour Thomas S. KUHN, « La science normale [...] est fondée sur la présomption que le groupe scientifique sait comment est constitué le monde » (KUHN, 1983). La science fonctionne en tant qu'institution, distincte et autonome et le scientifique serait celui qui accepte de se confronter à un ensemble de valeurs et de normes sur lesquelles repose cette institution.

« La science se définit sociologiquement comme une institution reposant sur un ensemble de valeurs et de normes auxquelles le scientifique est censé devoir se confronter. Elle n'est ni un ensemble de connaissances, ni un ensemble de méthodes » (VINCK, 2007, p38 citant Robert K. MERTON, 1973, p.267).

Raymond BOUDON lui, règle le problème de façon un peu radicale : « nous pouvons appliquer à la scientificité une remarque décisive de KANT sur la vérité : ce n'est pas parce qu'il n'existe pas de critères généraux du vrai que celui-ci n'existe pas. Rechercher ces critères, ironise-t-il, serait comme rechercher à traire un bouc. Pourtant, la vérité n'est pas une illusion » (BOUDON, 2008, p.34-35). Nous rejoignons l'auteur pour dire qu'il n'y a pas davantage d'ensemble fini de critères que l'on pourrait appliquer à la manière d'une check-

list, pour déterminer si une démarche est scientifique ou non. Nous pensons qu'il n'y a pas de critères généraux de la scientificité, mais pourtant nous croyons que la scientificité de notre démarche en science humaine existe dans la mesure où la connaissance qu'elle produit nous rapproche de la réalité, et d'une juste compréhension du monde.

Il nous faut mettre en mots cette présomption que nous précédon s scientifiquement. Nous nous obligeons donc pour conclure cette partie consacrée à la méthodologie, à nous risquer à justifier notre scientificité par l'énoncé de nos représentations de la philosophie qui la sous-tend (épistémologie), par l'énoncé des conditions et postures que nous pensons nécessaire pour sa validité, par la méthode que nous lui accordons, et le projet qui selon nous lui donne son sens. Là encore, il nous semble que cette étape est indispensable au lecteur pour appréhender les données de recherche à proprement parlé, qui suivront dans les chapitres suivants.

L'anthropologie, une science humaine

Une philosophie scientifique : une épistémologie réaliste.

Nous pensons à la façon de Pierre BOURDIEU pouvoir « associer une vision réaliste du monde scientifique et une théorie réaliste de la connaissance » (2001, p.13). Nous avons conscience que cette notion de *réalisme* est une mythologie. Mais nous l'entendons dans son sens ordinaire, celui qui invite à reconnaître ce qui est devant nous, à nos pieds en quelques sortes. Et même si nous n'avons pas forcément plus qu'un autre la capacité à voir, utiliser ce terme témoigne de notre envie, de notre volonté de rechercher le réel "ordinaire", comme un idéal. Nous défendons ainsi que l'anthropologie doit être lucide sur elle-même et animée par une *épistémologie réaliste*. Trois points sont à mettre en avant dans ce sens :

Premier point. La science dont le sujet et l'objet sont de même nature ne peut être pensée que dans l'inter-relation des deux. Pour étudier la réalité de l'autre, nous n'avons d'autres possibilités que de l'étudier par le biais de notre regard. Et notre regard est, comme nous l'avons vu, une interprétation qui prend corps par le langage au contact de l'objet. Et notre objet, cet *autre*, n'a lui-même d'autres possibilités que de dire et de montrer sa réalité par l'intermédiaire de son regard sur l'observateur. Étudier la réalité de l'autre, c'est étudier notre rapport à l'autre et l'inter-relation qu'il entraîne.

Deuxième point. La science humaine est une construction sociale d'une construction sociale, et doit être abordée comme telle. L'objet de notre science est bien construit socialement par les personnes que l'on étudie, comme tout fait social qui se façonne dans un contexte et une histoire. Et le chercheur lui aussi construit pour tenter de proposer au destinataire de la recherche, sa vision singulière de la réalité, ce que nous avons nommé son point de vue. Il faut ainsi associer une vision constructiviste de la science et une vision constructiviste de l'objet scientifique (BOURDIEU, 2001, p.172). Anthony GIDDENS parle en ce sens d'une « double herméneutique » des sciences sociales, dans la mesure où elles sont des représentations qui portent sur des pratiques historiques où les représentations des acteurs jouent elles-mêmes un grand rôle (1987, p.346). Dan SPERBER parle de l'anthropologie comme constituée de représentations de représentations (1982). Les concepts et conceptions des sciences sociales s'alimentent ainsi sans cesse des concepts, conceptions et notions des acteurs historiques qu'elles étudient. La foultitude des interprétations et significations populaires sont ainsi le principe même des interprétations et significations savantes. Ainsi, « le prototype de base » de l'activité scientifique est peut-être à trouver non pas dans le domaine des mathématiques ou de la logique, mais comme l'ont dit à plusieurs reprises NIETSCHE et SPINOZA, dans le travail d'exégèse (LATOUR, 1988, p.280). L'exégèse et l'herméneutique sont les outils autour desquels l'idée de production scientifique a été historiquement forgée (DERIDA, 1967).

« Notre description de la construction d'un fait dans un laboratoire de biologie n'est ni supérieure ni inférieure à celles produites par les scientifiques eux-mêmes. Elle n'est pas supérieure parce que nous ne prétendons pas disposer d'un meilleur accès à la « réalité », pas plus que nous ne prétendons échapper à notre description de l'activité scientifique : la construction de faits à partir des circonstances, et sans recourir à quelque ordre préexistant. Dans un sens fondamental, notre description n'est rien d'autre qu'une fiction ». (LATOUR, 1988, p. 280)

L'intérêt principal du recours au terme « fiction » est sa connotation avec la littérature et l'écriture de récits descriptifs. Pour Roger BASTIDE, la science ne peut-être que science-fiction (1970).

Troisième point. Le produit des sciences humaines est déterminé en partie par le jeu de ses acteurs. Qu'est-ce qui motive les chercheurs ? Par quoi les chercheurs sont-ils amenés à écrire des articles, à construire des objets, à occuper différentes positions ? Défendre une épistémologie réaliste, c'est aussi accepter « de mettre sur le même plan les stratégies scientifiques et les intrigues pour obtenir des fonds ou des prix scientifiques » (BOURDIEU,

2001, p.108). Le monde scientifique est aussi un système où l'on applique des normes qui se sont silencieusement imposées au cours de sa formation et de sa carrière, où l'on adhère à des résultats du fait de qualités rhétoriques particulières de certains leaders et par des jeux d'influence. Il existe encore des interactions entre l'argent, les données, le prestige, les références, les arguments, les articles. Michel FOUCAULT avance que ces micro-pouvoirs instaurent des « régimes de vérités » qui nous font prendre des inventions récentes pour des vérités éternelles (2011). Le milieu qui fait notre science est ainsi un milieu qui impose ses règles du jeu. Il fixe un droit d'entrée. Il est animé par « la libido scientifica » et par « l'illusio » : l'amour de la vérité et la croyance non seulement dans les enjeux portés par le groupe scientifique, mais aussi dans le jeu lui-même (BOURDIEU, 2001, p.101-102). Des critères formalisent les règles qui doivent être observées dans le champ comme critères et normes de communication et de publication. Il en ressort qu'un fait scientifique est aussi le produit de ce jeu et du collectif de pensée qui l'anime. « Il se cristallise à travers des tâtonnements, des doutes, une mise en question, des débats et des controverses, puis il se stabilise, et devient un « fait incontestable » pour le collectif d'origine » (Ilana Löwy, préface, FLECK, 2008, p. XXXII).

Faire le choix d'une épistémologie réaliste pour notre discipline nécessite un certain courage, « une expression de soi en dehors des conventions pour mettre au jour ce qui gêne, ce qui fait mal à dire parce qu'il va de nous » (BENSA, in FASSIN 2008, p.326). La scientificité de notre démarche tient dans notre capacité à objectiver cette complexité.

« L'affrontement intime entre conscience morale et projet scientifique n'est jamais aussi fort que lorsque nous décidons de mettre à plat les relations de pouvoir qui traversent l'enquête, que lorsque nous prenons le risque de parler à la première personne dans un univers savant qui fait souvent du silence sur soi le faux nez de l'objectivité. L'ethnographie est donc ici invitée à rompre avec les régimes de scientificité qui occultent la microsociologie de la communication et en particulier celle que pourraient éclairer nos relations d'enquête » (Id p.326).

Une méthodologie scientifique : balançoire et jeu de la vérité.

Conditions et postures

Une science n'existe pas sans la rigueur de sa méthode. Notre méthodologie ne se résume pas à l'ambition d'élaborer un catalogue de faits même si ceux-ci ont été bien observés (TESTARD, 2011). Elle ne doit pas être non plus un guide d'expérimentation à la recherche de lois mais plutôt comme l'avancait Clifford GEERTZ (1973), une démarche qui permette la quête de sens et de la signification culturelle. Mais il faut à la façon de Karl POPPER, tenter de situer la scientificité de notre discipline en repérant « des critères de démarcation » entre une science humaine et la métaphysique, la théologie, la philosophie et la « pseudo-science » (1945).

Nos critères de démarcation pourraient se résumer en deux conditions et deux postures. La première condition nécessaire pour prétendre à une production scientifique valide en anthropologie est la présence d'un anthropologue (sujet de recherche) et d'un individu étudié (objet de recherche) pour rendre possible une inter-relation de terrain entre le sujet et l'objet de recherche dans une situation possiblement de familiarité. La deuxième condition est celle d'un temps suffisamment long pour permettre cette inter-relation et cette familiarité. Sans ces deux conditions, il n'y a pas de relation personnelle. Et moins il y a de relation personnelle, moins la production de connaissance est valide. A cela s'associent selon nous deux postures indispensables pour produire des données valides. La première posture est celle, nous l'avons dit d'une réflexivité réflexe : nous défendons que la réflexivité, pour la démarche anthropologique en générale au delà de notre particularisme, doit être une posture de principe, comme une « habitus scientifique » (BOURDIEU, 2001, p.174). Il s'agit d'exercer une forme spécifique de la vigilance sur un terrain où les obstacles épistémologiques sont primordialement des obstacles d'interactions sociales. La deuxième posture est celle qui appelle toujours la comparaison des points de vue : il faut se mettre toujours en position de soumettre les données à la comparaison et de les confronter entre elles et avec celles des autres, non pour définir la vérité ou la fausseté de tel ou tel énoncé, mais pour ouvrir la perspective d'un travail de synthèse, et susciter l'interrelation.

Le choix d'une méthodologie en balançoire

Nous utiliserons pour expliciter la façon dont nous nous représentons notre mécanisme de production de connaissance la métaphore de la balançoire : notre méthodologie a recours à des concepts théoriques qui nous permettent de nous lancer vers le terrain et la description, à la façon du mouvement d'un balancier, qui une fois le terrain « survolé » (ou plus justement « visité », « décrit » et « interprété » dans un même mouvement, un même temps) remonterait vers la théorie, pour pouvoir se relancer à nouveau vers la description toujours de façon plus ou moins décalée du mouvement initial.

Le temps de la théorie. Au départ, au moment de la recherche bibliographique, le chercheur s'intéresse à la théorie des autres. C'est le temps de s'approprier les connaissances de chercheurs ou d'autres acteurs. La sélection des données est déjà une interprétation qui nous est personnelle et le point de vue des autres révèle alors le point de vue du chercheur et objective par les choix retenus son idéologie, sa théorie personnelle. L'acquisition d'une connaissance transforme celui qui la reçoit de façon à adapter ses connaissances de manière harmonieuse avec la connaissance qu'il est en train d'acquérir. Et « ce phénomène assure l'harmonie à l'intérieur de l'opinion dominante sur la genèse de la connaissance » (FLECK, 2008, p.86). Le point de vue du chercheur se confronte par la comparaison au point de vue des autres chercheurs pour constituer un point de départ. Plus qu'une synthèse, le chercheur sélectionne des points de vue qui lui font sens comme autant d'outils d'objectivation du monde : quand nous acceptons, au départ de ce travail de recherche de considérer la vérité des médecins, comme un discours qui se construit sur la réalité biologique objective, nous choisissons ce concept parce qu'il nous semble proche de notre théorie personnelle et parce qu'il va être un outil, une lunette adaptée à notre propre vue, pour expliciter au lecteur comment nous allons regarder notre terrain. Et nous avons conscience que ce choix déterminera en partie notre façon de voir et donc les conclusions de recherche. Les modèles que nous allons proposer doivent être pris pour ce qu'ils sont : des hypothèses théoriques à caractère opératoire.

Le temps de la description. La description ou le travail de terrain vise à objectiver le point de vue des personnes étudiées. Les systèmes théoriques sont soumis à l'expérience de l'autre, à la confrontation des idées, et aussi à l'expérience de soi. « L'épreuve ethnographique signifie pour nous, au-delà de la singularité des expériences, une prise de risque qui commence dans la relation d'enquête et se prolonge dans le travail d'écriture » (FASSIN, 2008, p.13). La description demeure toujours une mise en sens et une interprétation

par le langage et par l'écrit. Elle participe dans le même temps, là encore, à objectiver le point de vue du chercheur, puisque la relation d'enquête est une inter-relation entre lui et son objet.

Le temps de la théorisation : jeu de la vérité. Une fois la balançoire élançée vers le terrain armée de ses outils théoriques, le mouvement retourne (remonte) vers un nouveau temps théorique. Il faut alors se risquer à la théorisation et à la généralisation à partir de la description qui vient d'être faite. L'objectif de cette étape est souvent pensé comme une tentative de passage d'un énoncé singulier comme le sont les comptes-rendus d'observations ou d'expériences, à des énoncés universels, comme le sont les concepts et les théories. C'est en tout cas un jeu légitime pour le chercheur que celui de se risquer à trouver la vérité anthropologique, comme le plaisir du jeu de la vérité et de l'illusion qui l'accompagne. Mais il est loin d'être évident que nous soyons en capacité de ce passage du singulier à l'universel. Cette démarche peut toujours s'avérer fautive. « Peu importe le grand nombre de cygnes blancs que nous puissions avoir observé, il ne justifie pas la conclusion que tous les cygnes sont blancs » (POPPER, 1995). Cependant, la phase de généralisation ou de théorisation reste une étape décisive dans la production de connaissance pour plusieurs autres raisons. Elle est surtout, nous y reviendrons, l'occasion d'un effort de synthèse du point de vue des personnes rencontrées et des chercheurs étudiés. Elle permet de générer le débat d'idées et de soumettre les données à la comparaison. Elle invite à se risquer à dire *sa vérité*, à la confronter à celle des autres, à remettre en cause notre pensée et à ébouriffer notre sens. La théorisation donne ainsi à comprendre au lecteur comment nous avons vu et permet l'objectivation du point de vue du chercheur. « Observer, c'est choisir, c'est classer, c'est isoler en fonction de la théorie » (MALINOWSKI, 1960). Généraliser serait finalement dire la théorie par laquelle on a observé.

La dynamique de recherche. Le mouvement de la balançoire représente le travail de recherche. En fin de mouvement, la théorisation - conceptualisation - généralisation devient théorie - concept - généralité, et le cycle peut reprendre à nouveau vers la description. La description et la généralisation interagissent dans un lien perpétuel de réflexivité. Plus la balançoire remonte vers les concepts, plus les données produites se rapprochent du point de vue du sujet de recherche, et plus elle redescend vers la description du terrain plus les données produites se rapprochent du point de vue de l'objet de recherche. Le mouvement de la balançoire est attiré sans cesse vers la vérité des autres (le sol) sans jamais l'atteindre vraiment, et revient toujours à la vérité de soi (en l'air) sans jamais, nous l'espérons, vraiment

y demeurer. C'est ce mouvement perpétuel qui permet une objectivation du réel, et c'est là à notre avis qu'il faut trouver la scientificité des sciences humaines.

Un projet scientifique : vers le point de vue de tous les points de vue

Nous défendons pour terminer que notre science se définit aussi par un projet. Le projet de l'anthropologie est de s'approcher au plus près de la réalité sociale. KANT nomme cette démarche vers le réel un « focus imaginarius » qui ne pourra jamais être complètement atteint, comme une limite inaccessible (PIEROBON, 1990, p.320). Inaccessible car l'objectivité est de fait, nous l'avons vu, intersubjective. Ce qui définit selon nous le projet de l'anthropologie est de tendre vers ce que LEIBNITZ évoque par le « point de vue de tous les points de vue » qui est selon lui, le point de vue de Dieu, seul capable de produire le « géométral de toute les perspectives », lieu géométrique de tous les points de vue (BELAVAL, 2005). L'anthropologue doit ainsi contribuer à la construction du point de vue qui serait au final sans point de vue. C'est selon Pierre BOUDIEU le point de vue de la science (2001, p.222). La réalité serait alors la relativité généralisée des points de vue et la science porte ce projet de synthèse qui ne peut aboutir que par la rencontre entre des personnes, le regard sur soi-même et par la comparaison des idées. On peut ainsi dire que la scientificité résulte effectivement d'une mise à distance de son point de vue et sa capacité à chercher le savoir et le point de vue de l'autre ; non dans un objectif de réfutabilité, mais de comparatisme ; non pour arriver à un choix entre le faux et le vrai, mais pour élargir notre regard sur le monde. Il nous faut ainsi dépasser le choix entre un constructivisme trop idéaliste et un positivisme faussement réaliste, pour « un rationalisme réaliste » qui tient que la construction scientifique est la condition de l'accès à l'avènement du « réel » que l'on appelle découverte (BOURDIEU, 2001, p.151).

« La science est un effort collectif des êtres humains. [...] Les réalités existantes se fondent sur le travail continu et sérieux de très grands groupes » (FLECK, 2008, p. XXV).



Photo 4 : les livres d'anthropologie

2^{ème} partie : Thème et contexte de recherche

CHAPITRE IV : L'hépatite B, le vaccin, une polémique

L'hépatite B, une maladie

Définition

Une hépatite est selon le dictionnaire Larousse, « une inflammation chronique du foie, d'origine toxique ou infectieuse ». L'hépatite virale est ainsi une inflammation du foie causée par un virus et caractérisée notamment par l'élévation de marqueurs du sang nommés transaminases, témoins de la lyse des cellules, à laquelle s'associent, à la phase dite "ictérique", des signes variables d'insuffisance hépatique. L'hépatite B est l'une de ces maladies virales. La durée de l'incubation de l'infection par ce virus est en moyenne de 3 mois (2 semaines à 6 mois). L'antigène HBs (agHBS) apparaît dans le sang un mois après le contagage : il s'agit du principal marqueur sérique de l'infection (Cf ANNEXE 4). Le patient est alors atteint d'une hépatite B aiguë. La présence d'anticorps antiHBc signe aussi au niveau sérologique cette phase aiguë. Elle guérit spontanément dans 90 à 95 % des contaminations et est asymptomatique dans la majorité des cas. Néanmoins, dans près d'un cas sur cent, l'hépatite est fulminante et le plus souvent mortelle en l'absence de transplantation. Si cette hépatite B aiguë évolue vers la guérison spontanée, l'antigène HBs disparaît et parallèlement, l'anticorps anti-HBs apparaît : il signe la guérison. Cet anticorps anti-HBs se maintient alors pendant des années voire toute la vie dans l'organisme de l'individu. Par contre, la persistance de l'antigène HBs pendant plus de 6 mois dans le sérum définit un portage chronique (FICQUET, 2008). Le passage à la chronicité dépend de l'âge : de 5 à 10% des cas chez l'adulte immunocompétent, de 30 à 40% chez l'enfant de moins de 4 ans, il peut atteindre 90% des cas chez le nouveau-né, né de mère porteuse de l'antigène HBs, en l'absence de sérovaccination dans les 24 heures suivant la naissance. Chez les immunodéprimés, il

concerne 30 à 100% des patients (POL, 2005). Le principal site de multiplication de ce virus est constitué par le foie et ses hépatocytes. Le virus de l'hépatite B (VHB) n'est pas un virus qui rend malade la cellule où il pénètre et sa multiplication au sein des hépatocytes ne provoque généralement pas de cytolysse. C'est la réponse immunitaire de l'hôte, en particulier l'immunité à médiation cellulaire, dirigée contre les protéines virales exprimées à la surface des hépatocytes qui est responsable de la cytolysse. Schématiquement, une réponse immunitaire adaptée mènera à la guérison, une réponse trop intense se traduira par une hépatite sévère voire fulminante alors qu'une réponse de faible intensité conduira au portage chronique (HUREAU, 2008). Les patients ayant une hépatite B chronique ont un risque de 8% à 20% de développer une cirrhose dans les 5 ans. De plus, environ 2% par an des patients ayant une cirrhose vont développer un cancer primitif du foie. Il est estimé que 15% à 25% des porteurs chroniques vont décéder de telles complications (anonyme PRESCRIRE, 2006).

Transmission

Dans le dictionnaire Larousse de 1995, l'hépatite B était décrite comme une « maladie transmise par le sang, la salive et le sperme » (Le petit Larousse illustré, 1995, p.510). L'ANAES par une conférence de consensus en 2003 (HAS, 2003), rappelle alors les modes de transmission du VHB, liés selon elle à la présence du virus dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétions vaginales et dans la salive à des concentrations plus faibles). Quatre modes principaux de transmission du VHB sont mis en avant : les relations sexuelles non protégées ; le contact direct ou indirect avec du sang infecté (risques professionnels et nosocomiaux, usages de drogues intraveineuses ou per-nasales, actes avec effractions cutanées en l'absence de règles strictes d'hygiène) ; la transmission de la mère à l'enfant, essentiellement au moment de l'accouchement si la mère est porteuse du VHB ; les contacts étroits avec l'entourage des personnes vivant avec un sujet infecté (essentiellement intrafamiliaux), le plus souvent par excoriation cutanée ou par l'intermédiaire d'objets de toilette piquants ou coupants. Le texte rappelle que le mode de contamination du VHB n'est pas retrouvé dans 30% des cas. On note que la contamination orale n'y est pas mentionnée. Dans le guide ALD de l'HAS hépatite Chronique d'octobre 2006 (HAS, 2006), on peut lire que l'hépatite B se transmet par voie sexuelle, par le sang et d'une mère infectée à son nouveau-né. La contamination orale n'y est pas non plus mentionnée. Dans un article de la revue du praticien monographie en 2006, revue de référence universitaire « Hépatites

virales, anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique » du Pr Catherine BUFFET (2006), nous pouvons lire que les modes de contamination de l'hépatite B sont surtout sexuels, et materno-fœtaux, aussi parentéraux et qu'il n'y a pas de contamination orale. Le virus est donc présent dans toutes les sécrétions du sujet infecté à savoir : le sang, la salive, le sperme, les sécrétions vaginales, la sueur, les larmes et les urines. Cependant, une transmission horizontale du virus de l'hépatite B, c'est-à-dire par la salive, la sueur, les larmes, l'urine n'a jamais pu être démontrée (FICQUET, 2008). La transmission salivaire sera pourtant mise en avant par les politiques pour faire la promotion de la vaccination comme nous allons le voir.

Epidémiologie

Prévalence

Au niveau de la planète, on estime à deux milliards le nombre d'individus infectés par le VHB au cours de leur vie. Il existe environ 350 millions de personnes porteurs de l'AgHBs dans le monde, constituant un réservoir permettant la continuité de la transmission virale (HEYMANN, 2004).

En France métropolitaine en 2003-2004, la première étude de prévalence des marqueurs sériques des infections dues aux virus des hépatites B et C a été réalisée par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), à partir d'un échantillon national d'assurés sociaux du régime général de l'assurance maladie (rapport InVS, 2005). L'enquête a permis d'inclure 14 416 personnes âgées de 18 à 80 ans, pour lesquelles un examen et des tests biologiques ont été réalisés dans les centres d'examen de santé. Les résultats ont été pondérés et redressés pour pouvoir estimer la prévalence dans la population générale. La prévalence chez les 18-80 ans du portage chronique de l'antigène HBs est estimée à 0,65%, avec un intervalle de confiance à 95% (IC 95 %) autour de cette valeur située entre 0,45% et 0,93%. Cela correspond à 280 821 personnes porteuses de l'AgHBs (IC 95% : 179 730 – 381 913) (ANTONA, 2006). La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, soit respectivement 1,10% (IC 95 % : 0,73 - 1,67 %) et 0,21% (IC 95% : 0,10 – 0,47 %) et ce quelle que soit la tranche d'âge. La prévalence de l'AgHBs est aussi plus élevée chez les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire (critère utilisé lors de l'enquête comme indicateur indirect de précarité sociale), soit 1,80% (IC 95% : 1,31 – 2,47%) versus 0,57% (IC 95% : 0,37 – 0,88%) chez les

personnes non bénéficiaires. Afin de pouvoir étudier la distribution géographique des marqueurs, la France avait été divisée en 5 inter-régions. La zone avec la plus faible prévalence (0,20%, IC 95% : 0,06 – 0,70 %) est le nord-ouest de la France et la plus élevée le nord-est (1,12%, IC 95% : 0,76 – 1,66 %). La prévalence de l'AgHBs a été également analysée en fonction du continent de naissance, avec des taux de 0,92% (IC 95% : 0,37 – 2,25 %) pour les personnes originaires d'Asie et de 5,25% (IC 95% : 2,89 – 9,35%) pour les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (*id*, 2006). Lors de l'enquête a aussi été réalisé le dosage des anticorps antiHBc témoin d'une hépatite aiguë. Les résultats ont permis d'évaluer la prévalence de ces anti-corps à 7,30% (IC 95% 6,48 - 8,22%). La prévalence était plus élevée chez les hommes (8,33%, IC 95% : 7,32-9,45 %) que chez les femmes (6,33%, IC 95%: 5,26-7,61%). Les résultats montrent, en analyse univariée, que les principaux facteurs pouvant expliquer une prévalence élevée des anticorps antiHBc sont : l'âge élevé ; le sexe masculin ; l'homosexualité ; le lieu de naissance situé dans une zone d'endémicité moyenne ou élevée ; la précarité sociale ; l'usage de drogues intraveineuses (*Id*, 2006).

Incidence

Citons un premier article du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* de 2007 qui explique que depuis mars 2003, la surveillance des infections aiguës par le virus de l'hépatite B repose sur la déclaration obligatoire des cas (ANTONA, 2007). Entre 2004 et 2006, les biologistes et cliniciens ont déclaré auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) les cas d'hépatite B aiguë définis ainsi : toute personne chez qui des immunoglobulines M anti-HBc sont détectées pour la première fois ; à défaut, toute première détection d'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë. Une première enquête rétrospective nationale a été réalisée en 2006 afin d'évaluer l'exhaustivité de la déclaration obligatoire et d'estimer l'incidence, en réalisant un tirage au sort des laboratoires d'analyses médicales selon un plan de sondage aléatoire stratifié, puis en s'intéressant aux tests effectués par ces laboratoires. 469 cas correspondant aux critères de notification ont été retenus comme des hépatites B aiguës, prédominants chez les hommes et chez les 30-49 ans. On ne retrouve pas d'expositions à risque dans 28,9% des cas. Les expositions les plus souvent documentées sont : les comportements sexuels à risque (35,5%), les voyages en pays de moyenne ou forte endémie (22,6%), l'exposition familiale (8,3), la vie en institution (5,3). L'usage de drogues est retrouvé dans un peu plus de 2% des cas. La moitié des cas notifiés auraient pu être évités si les recommandations de vaccination en

vigueur avaient été respectées. L'enquête d'exhaustivité montre que le nombre des cas en 2005 peut-être estimé à 628, soit une incidence d'un cas pour 100.000 habitants (ANTONA, 2007). Un deuxième article du même bulletin, deux ans plus tard avance qu'un total de 633 cas d'hépatites B aigües symptomatiques a été notifié entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2007, soit une moyenne de 158 cas symptomatiques déclarés par an. Après prise en compte de l'exhaustivité des déclarations, le total des infections symptomatiques et asymptomatiques dues au VHB a été estimé à 2578 infections par an, soit une incidence de l'infection estimée à 4,1 cas pour 100.000 habitants. Le nombre de cas passant à la chronicité a été estimé à 209 par an (ANTONA, 2009, p.196).

Mortalité

En 2001, il n'existait pas de données sur la mortalité en rapport avec le virus du VHC et du VHB en France. On ne disposait que d'estimations partielles basées sur des travaux de modélisation pour l'hépatite C, et aucune estimation n'avait été avancée sur l'hépatite B. Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC-Inserm) et l'InVS, en collaboration avec l'Agence National de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS), ont initié une étude en 2001 à partir des certificats de décès avec une enquête complémentaire par des questionnaires envoyés aux médecins ayant signé les certificats. Il rapporte 1507 (2,6 pour 100.000) décès associés à une Hépatite B et 1327 décès attribués au VHB, soit un taux de décès de 2,2 pour 100.000) (Respectivement 3618 et 2646 pour le VHC). 93 % de personnes décédées souffraient de cirrhose, et 35% de cancer du foie. Une consommation excessive d'alcool était rapportée dans 15% des cas. La co-infection par le VIH est un cofacteur important. Le taux de mortalité est plus important pour les hommes et les personnes de plus de 50 ans. En France, 4000 décès sont directement imputables au virus du VHB et du VHC en 2001. Le taux de décès pourrait être sous estimé du fait que pour certains certificats, probablement l'infection par la VHB n'était pas mentionnée (PEQUINIOT, 2008).

L'hépatite B et son vaccin

Le vaccin contre l'hépatite est une préparation antigénique, dérivée d'un agent pathogène spécifique (le virus de l'hépatite B), capable d'induire, après inoculation chez un sujet réceptif, une réponse immunitaire protectrice vis-à-vis de cet agent (PILLY, 2003). Le mot *vaccin* provient de « vaccine », produit d'inoculation d'origine bovine (du latin *vacca*, vache). Le terme vaccination se généralisa à l'époque des découvertes de PASTEUR, qu'il appliqua à l'inoculation préventive d'un agent infectieux modifié, des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de permettre une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle.

Rappel historique sur la vaccination

L'histoire de la vaccination commence dès le XVII^{ème} siècle avec la présence d'inoculation répandue en Chine, en Perse, dans le Caucase et dans certaines régions d'Afrique, notamment pour préserver les esclaves et pour la beauté du visage des filles. Il s'agissait de technique de dépôt de pus ou de squames varioliques sur la muqueuse nasale, ou de faire porter le vêtement d'un variolique à l'enfant que l'on voulait immuniser. Les turcs "vaccinaient" contre la variole en prélevant des traces du contenu de pustules des personnes atteintes de façon modérée par la maladie en les inoculant à des personnes saines. Lady Mary Wortley Montagu, ambassadrice d'Angleterre à Constantinople, fit elle-même inoculer son fils en 1715, et fit connaître et admettre cette technique d'immunisation par les classes aristocratiques et les médecins, plutôt hostiles aux nouveautés (HANSLIK and BOELLE, 2003).

Edward JENNER (1749-1823) est le premier nom à marquer l'histoire du vaccin. Médecin de campagne à Berkeley en Angleterre, il savait que les paysans infectés par la « vaccine », maladie bovine, ne contractaient jamais de variole. Le 14 mai 1796, il inocula dans le bras du jeune James Phipps (8 ans) une goutte de pus prélevée chez Sarah Nelmes, une fermière infectée. Un mois et demi plus tard, il tenta d'inoculer du pus variolique à l'enfant qui ne développa aucune réaction morbide et l'immunité variolique semblait acquise. Les personnes traitées devaient retourner chez JENNER une semaine plus tard, afin que l'on puisse prélever une partie du pus de la vésicule vaccinale et l'inoculer à d'autres et ainsi de suite...Il publia ses résultats entre 1798 et 1800. Il obtint un succès retentissant dans toute l'Europe et en France, Napoléon fit vacciner l'armée. Mais il y eu déjà de vives

controverses... Toute l'importance de la découverte de JENNER est qu'il n'inoculait pas le virus de la variole mais celui de la vaccine de la vache, virus différent, mais déclenchant une réaction immunitaire efficace contre la variole. C'est le premier énoncé du principe de l'atténuation de germes, fondement de la vaccination.

Louis PASTEUR (1822-1895) entrera dans l'histoire un peu par hasard, à la fin de l'été 1879, alors qu'il trouve dans son laboratoire de vieilles cultures de *Pasteurella multocida* qu'il inocule à des poules. Les volailles tombent malades mais ne meurent pas. PASTEUR inocule alors des « germes frais » aux mêmes animaux qui semblent résister. Il comprend qu'il vient de créer un vaccin par atténuation, cette fois « artificielle » contrairement à JENNER. Il obtient toute sa notoriété grâce à l'isolement de l'agent contagieux de la rage, à partir de cerveaux d'animaux morts de la maladie. La notion même de virus était encore inconnue. Après 90 passages successifs sur des lapins trépanés, il parvient à purifier suffisamment sa « souche » et à l'inactiver. Il fait les premiers essais vaccinaux chez le chien. Le 4 juillet 1885, à Maisongoutte, Joseph Meister (1876-1940) est mordu à 14 reprises par un chien enragé. Sur les conseils du médecin du village, l'enfant est conduit au laboratoire de PASTEUR. Ce dernier obtient l'aval de la commission ministérielle contre la rage. Le premier vaccin est injecté au petit garçon le 6 juillet. En octobre, un jeune berger, Jean Baptiste Jupille, mordu par un chien enragé reçoit cette vaccination avec le même succès. Une commission d'enquête internationale confirme l'efficacité du vaccin antirabique. Il s'en suit un incroyable afflux mondial de candidats à la vaccination. Le premier mars 1886, 350 personnes mordues par un animal enragé avaient été vaccinées. Un seul décès fut enregistré. A Newark dans le new Jersey, le 2 décembre 1885, cinq enfants sont mordus par un chien enragé. Par ferry, trois enfants arrivent à Paris et sont vaccinés avec succès. Puis viennent 19 personnes de Russie dont 16 regagnent indemnes leur pays (HANSLIK and BOELLE, 2003).

En 1952, Jonas SALK (1914-1995) développe un vaccin injectable sûr, à partir de virus de poliomyélite atténués. Il le met au point, avec les compagnies pharmaceutiques, et c'est le début des conditions de production à grande échelle du vaccin. En 1955, après avoir prouvé son efficacité lors d'un test sur tout le territoire, le produit est homologué par les autorités sanitaires américaines. Entre 1952 et 1964, aux Etats-Unis, le nombre de cas annuel de poliomyélite aiguë passe de 58.000 à 121. Le vaccin de SALK sera remplacé par un vaccin à prise orale, mis au point en 1957 par Albert SABIN.

Par la suite, de nombreux autres vaccins ont été réalisés : vaccins " tués " ou " inactivés " typhoïdique (1896), cholérique (1896) ou coquelucheux (1926) ; anatoxines de la

diphtérie (1923), du tétanos (1926), vaccins " vivants atténués " tels le BCG (1927), le vaccin contre la fièvre jaune (1936)... Des stratégies vaccinales se sont développées : associées à d'autres moyens de contrôle des maladies transmissibles, elles ont permis d'obtenir l'éradication de la variole avant 1980. Des progrès ont été réalisés dans la connaissance des antigènes bactériens ou viraux permettant la production de vaccins sous-unités. La mise au point de vaccins polysaccharidiques conjugués a représenté une étape importante dans la protection contre les infections bactériennes invasives des jeunes enfants. L'amélioration des techniques (cultures, génie génétique, immunologie...) a abouti à de nombreux perfectionnements d'une production accrue et diversifiée (vaccinations 2003).

Nous retenons les dates suivantes pour le développement des différents vaccins antiviraux :

1798	Variole	1969	Rubéole
1885	Rage	1980	Adénovirus
1945	Grippe	1981	Hépatite B
1953	Fièvre jaune	1992	Encéphalite japonaise
1955	Poliomyélite	1995	Varicelle, hépatite A
1963	Rougeole	1998	Rotavirus
1967	Oreillons		

Contexte législatif de la vaccination

En France, la politique vaccinale s'appuie principalement sur les avis et propositions du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), la section des maladies transmissibles, et le Comité Technique des Vaccinations (CTV), groupe de travail permanent du CSHPF. Le CTV a pour mission de suivre les évolutions et les perspectives nouvelles en matière de vaccins. Il élabore la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques, d'études sur le rapport bénéfice - risque et le rapport coût - efficacité des mesures envisagées. Il propose au ministère de la santé, les adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales, ainsi que la mise à jour du calendrier des vaccinations (HANSLIK and BOELLE 2003). L'indication des vaccins est jusqu'à ce jour préventive. Elle vise à protéger l'individu et la société contre des maladies infectieuses souvent incurables, mortelles, responsables de complications irréversibles, et imposant de lourdes dépenses sociales. Elle offre une protection individuelle et une protection collective

quand la maladie est à transmission interhumaine, ce qui est le cas de la majorité des maladies contre lesquelles on vaccine aujourd'hui. Fait exception le tétanos qui se transmet par contamination tellurique.

Les autorités sanitaires françaises émettent une série d'obligations vaccinales par le biais de lois du code de santé publique. Leur non respect entraîne des sanctions administratives. Les accidents vaccinaux éventuels sont pris en charge. L'obligation concerne, pour les enfants, la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite au plus tard à 6 ans, âge de la scolarisation obligatoire. L'obligation en « milieu de travail » concerne le personnel des armées (méningocoque A+C et rubéole chez les femmes) et les professionnels de santé (hépatite B). Il existe une obligation au delà de nos frontières pour certains vaccins comme celui contre la fièvre jaune et certains vaccins contre le méningocoque. Le calendrier vaccinal est élaboré et révisé chaque année par le CTV, en tenant compte de plusieurs paramètres tels que :

- L'âge : la coqueluche est très grave chez le très jeune enfant, la grippe est grave chez les personnes âgées.
- Le sexe : la rubéole est particulièrement dangereuse pendant la grossesse.
- Les considérations économiques : la généralisation du vaccin contre la varicelle ou le virus de la gastro-entérite (rotavirus) est choisie aux USA mais pas en France.
- Les données épidémiologiques actualisées : par exemple, un risque d'épidémie de rougeole ou de coqueluche chez les adolescents.
- Les risques individuels augmentant la fréquence ou la gravité de l'infection : profession, voyage, comportement sexuel, état pathologique particulier...

Couverture vaccinale

Chez les enfants

Au niveau national, des données annuelles de couverture vaccinale contre l'hépatite B sont obtenues à partir de l'exploitation des certificats de santé du 24e mois. Depuis l'introduction de la vaccination dans le calendrier du nourrisson, cette couverture n'a jamais atteint 30%. En 2003, elle est estimée à 27,7% (ANTONA, 2006). Aussi, une étude a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3 ans 1/2 et 4 ans 1/2 inscrits dans 112 écoles maternelles sélectionnées par tirage au sort en région PACA. Les données ont

été collectées en 2002-2003 durant le premier bilan de santé effectué par les médecins des services de Protection Maternelle et Infantile à l'aide d'un nouvel outil de recueil standardisé et commun pour les 6 départements de la région. Parmi les 2.959 enfants éligibles, 2.460 ont été inclus. A 3 ans 1/2 et 4 ans 1/2, 24,3% ont été vaccinés contre l'hépatite B et ce taux était significativement différent selon la zone d'appartenance de l'école (couverture vaccinale plus élevée dans les ZEP). Ce résultat est équivalent à celui observé en 2002 auprès d'un échantillon représentatif de la population française (24,4% pour 3 doses chez les enfants âgés de 3,5 à 4,5 ans) (GUAGLIARDO, 2007). Et encore, depuis 1999, un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire a été mis en place en France afin d'estimer des indicateurs permettant de suivre l'état de santé des enfants, parmi lesquels la couverture vaccinale. Une enquête réalisée chez des enfants de 11 ans scolarisés en CM2 montre une couverture vis-à-vis de l'hépatite B à 33,5 % en 2001-2002. Une enquête similaire menée en 2004-2005 porte sur 6.144 enfants de la même tranche d'âge, présentant un carnet de santé. La couverture est élevée pour le vaccin contre la tuberculose (BCG : 98,1 %), contre le tétanos, la diphtérie et la poliomyélite (DTPolio à 5 doses : 90,6 %), contre la coqueluche (4 doses : 90,9 %) et la première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO : 95,7 %). Elle est insuffisante pour la seconde dose de RRO (74,2 %) et reste faible vis-à-vis de l'hépatite B (38,3 %) même si elle progresse (FONTENEAU, 2008, p.493). La tendance semble s'inverser aujourd'hui. Les résultats (2004-2007) mesurés à partir des données des certificats de santé des enfants nés de 2002 à 2005, « sont encourageants et témoignent d'un regain de confiance des familles et des professionnels de santé vis-à-vis de cette vaccination », avancent Laure FONTENEAU et coll. Dans le nouveau bilan qu'ils publient dans *BEHWeb* (n°1 du 17 mai 2010), le complément en ligne du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, la couverture contre l'hépatite B s'améliore (FONTENEAU, 2010). En 2007, près de 42% (41,9%) des enfants de 24 mois avaient reçu 3 doses de vaccin alors qu'ils n'étaient que 34,5% en 2004, soit une augmentation de plus de 20% (21,4%). Les couvertures 3 doses restent hétérogènes d'un département à l'autre, allant de 12,8% à 85,5% en 2007 avec toutefois une augmentation de la proportion de départements qui atteignent un taux supérieur à 50% (17,5% en 2004 ; 24,2% en 2007) (ARCHIMEDE, 2012).

Chez les adultes

Lors de l'enquête de prévalence menée par l'InVS et la CNAM en 2003-2004, 41,3% (IC 95%: 38,8 à 43,7%) des adultes interrogés déclaraient avoir été vaccinés, mais 28,9% (IC 95% 26,5 à 31,4%) avaient reçu 3 doses de vaccin. Des variations étaient observées entre les classes d'âge : 79,3% déclaraient être vaccinés chez les sujets âgés de 18 à 29 ans, 43,6% chez les 30-60 ans et 17,2% chez les personnes âgées de plus de 60 ans.

Chez les médecins

En 1989, un sondage d'impact Médecin-CRAM estime que seulement 34,3% des médecins généralistes et 25,5% de spécialistes seraient vaccinés. Ce défaut de vaccination était surtout dû à la négligence, mais aussi à une absence de conscience d'exposition au risque. Depuis, la situation a progressé, puisque le pourcentage de médecins généralistes vaccinés aurait atteint 59% en 1992, 77% en 1993 et 81 à 83% en 1994 (ANTONA, 2006). Il n'est pas précisé dans cet article s'il s'agissait des taux de couverture pour le schéma vaccinal complet ou non. En 2003, le Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants (GERES) a mené une enquête auprès des médecins du travail de 130 établissements hospitaliers. Les résultats font tout d'abord état d'une mauvaise connaissance du statut vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B, puisque si 52 établissements ont pu fournir des données de couverture pour le personnel paramédical, seulement 26 ont pu le faire pour le personnel médical. La couverture des paramédicaux était entre 90% et 100% pour 50 établissements et inférieure à 90% pour les 2 autres. Quant au personnel médical, 11 établissements ont une couverture entre 80 et 100%, 6 entre 60 et 79%, et 9 ont une couverture inférieure à 60% (ANTONA, 2006). Cette étude évoque une certaine disparité dans les taux de couverture, souvent décevants pour le corps médical alors même que la vaccination est obligatoire. Malgré cela, les hépatites virales B sont devenues exceptionnelles chez les professionnels de santé (FICQUET, 2008).

Les vaccins contre l'hépatite B

Elsa FIQUET rappelle dans sa thèse les étapes de commercialisation du vaccin : les chercheurs MAUPAS et DRUCKER mettent au point le premier vaccin mondial contre l'hépatite B en 1976 à Tours (FICQUET, 2008, p.5-6). Ce vaccin, de nom de spécialité *Hevac B*, a attendu 1981 pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM). L'année suivante, aux États-Unis, un autre vaccin contre l'hépatite B reçoit aussi une AMM ; il s'agit de l'*Heptavax*. Ces deux vaccins sont fabriqués à partir du plasma de porteurs chroniques de l'antigène HBs mais dont l'antigène HBe, témoin d'une réplication active du virus, est absent. Seule la fraction de l'enveloppe virale, porteuse de l'antigène HBs, constitue l'antigène vaccinant. Le procédé de fabrication de ce type de vaccin était bien maîtrisé mais il s'est heurté à des difficultés comme la récolte du plasma du fait du faible portage chronique dans ces deux pays et des titres en antigène HBs très variables. Des recherches ont donc été entreprises dans l'optique de produire un autre vaccin en plus grande quantité. Cela a abouti à la naissance de vaccins contre l'hépatite B par génie génétique (GREZARD, 1996). Ainsi, par la technologie de l'ADN recombinant, le gène de l'Antigène HBs est copié, isolé, inséré dans un plasmide d'expression puis ce plasmide recombinant est introduit dans des cellules. Les lignées cellulaires utilisées lors de la fabrication du vaccin *GenHevac B* de Pasteur sont des cellules d'ovaires de hamsters alors que pour les vaccins *Engerix B* du laboratoire *Smith Kline Beecham* (SKB) et *HB-VAX DNA* de Merck-Pasteur, il s'agit de cellules de la levure *Saccharomyces cerevisiae*. Ces trois vaccins sont absorbés sur de l'hydroxyde d'aluminium et les deux derniers vaccins contiennent aussi du thiomersal (un dérivé du mercure). Le mode d'administration de ces trois vaccins est identique. Ils doivent être injectés par voie intramusculaire dans la région deltoïdienne chez les adultes et enfants ou dans la région antéro-latérale de la cuisse chez les nourrissons. La vaccination induit une immunité protectrice chez 95% à 98% des vaccinés immunocompétents (FICQUET, 2008, p.5-6).

Histoire d'une polémique

Cette présentation un peu lisse de l'hépatite B et de la vaccination mise au point contre cette maladie, ne doit pas faire passer dans l'ombre la réalité sociale qui la sous-tend. Plus que tous les autres vaccins de notre époque, la vaccination contre l'hépatite B aura suscité beaucoup de débats, d'interrogations et de controverses parfois violentes. La vérité sur cet acte médical aura depuis 30 ans changé de couleurs au rythme des déclarations des uns et des autres, amplifiées par des médias qui se sont passionnés pour la question. L'histoire de ces jeux identitaires où chacun tente de faire valoir ce qu'il est, aurait mérité une thèse en tant que telle. Ce travail a par ailleurs été fort bien réalisé par Elsa FICQUET, à l'occasion de son doctorat en pharmacie en 1998. Nous nous contenterons ici de rappeler certains épisodes de cette histoire à travers l'évocation de la personnalité de quelques médecins qui auront été des acteurs clefs.

Les années 80 : campagne pour la vaccination

Comme nous venons de l'évoquer, le premier vaccin contre l'hépatite B est disponible en début des années 1980. C'est un vaccin fabriqué à partir du plasma de personnes malades, conçu suite aux travaux de Philippe MAUPAS (1976). Le schéma vaccinal de l'époque propose une première injection, un rappel à un mois, puis à deux mois et tous les cinq ans. Les immunologistes comme nous l'avons vu, poursuivent leur travail et remplacent progressivement ce premier vaccin par un vaccin issu du génie génétique. Ces découvertes techniques suscitent alors un enthousiasme unanime au sein de la communauté scientifique et médicale. Les responsables de la santé publique internationale de l'OMS recommandent la vaccination aux professionnels de santé dès 1982. Les indications de la vaccination s'élargissent rapidement tout en restant ciblés à des populations considérées à risque telles que les voyageurs en pays d'haute endémicité, les insuffisants rénaux, les hémophiles et polytransfusés, les nouveau-nés de mères malades du VHB, les sujets ayant des partenaires sexuels multiples, les usagers de drogues parentérales et leur entourage familial. En 1991, la vaccination du personnel de santé est rendue obligatoire en France. L'OMS recommande la vaccination pour tous les nourrissons en 1992, aussi dans les pays de faible endémie, argumentant que l'incidence des cas d'hépatites aiguës aux Etats-Unis et au Canada stagne et que le choix de la vaccination sélective semble donc un échec. La justification du choix des

nourrissons par le ministère de la santé en 1994 repose alors sur l'efficacité maximale du vaccin à cette période de vie, sur la protection ainsi apportée de longue durée et la facilité d'intégration de cette vaccination dans le calendrier vaccinal (ANTONA, 2006). Le dépistage de l'antigène HBs est rendu dans le même temps obligatoire au 6ème mois de grossesse, permettant d'identifier les nouveau-nés à risque et de réaliser une sérovaccination contre l'hépatite B dès la naissance ou dans les quarante-huit premières heures de vie.

Le Dr Philippe DOUSTE-BLASY, ministre de la santé

Philippe DOUSTE-BLAZY est médecin cardiologue. Natif de Lourdes, il suit des études de médecine à Toulouse où il effectue son internat en 1976 et soutient sa thèse en 1982. Il exerce ensuite comme cardiologue à Lourdes puis à Toulouse à l'hôpital de Purpan à partir de 1986. Il rejoint alors la société française de cardiologie et devient en 1988 professeur de médecine à la faculté des sciences de Toulouse en épidémiologie, économie de la santé et prévention. Il entre en politique en mars 1989 comme maire de Lourdes et est élu la même année député européen. Son ascension est alors rapide : il est élu député dans la deuxième circonscription des Hautes-Pyrénées fin mars 1993 dont il abandonnera le mandat en mai, suite à sa nomination comme ministre délégué à la santé. C'est donc lui qui sera en charge d'expliquer et de porter la stratégie vaccinale contre le VHB dans le gouvernement d'Edouard BALLADUR sous la présidence de François MITTERAND.

Dans une intervention télévisée du 6 juillet 1994, Mr DOUSTE-BLASY donne des chiffres sur l'hépatite B pour montrer l'importance de la maladie aux yeux des autorités sanitaires et leur motivation à lutter contre. Il dit que plus de 5% de la population aurait été une fois en contact avec le virus sans préciser dans quel intervalle de temps et parle de plus de 15.000 contaminés par an. Mais ces chiffres varient comme l'analysait Eric GIACOMETTI, journaliste du quotidien *le Parisien* qui se spécialisait alors dans ces questions (2001). Le ministre aurait parlé de plus de 100.000 nouvelles contaminations chaque année dans le pays, le 21 avril 1994. Une brochure fournie par le fabricant de l'Engerix B, le laboratoire SKB, aurait fait état aussi dans le même temps de 100.000 nouveaux cas par an en France. Le journal *Le Point* avance qu'en été 1994, le ministre aurait insisté sur l'apparition de 30.000 à 40.000 nouveaux cas par an (COGNARD, 1998). Cette imprécision dans les chiffres est effectivement étonnante à ce niveau de responsabilité d'autant plus que, comme nous l'avons présenté plus haut, les premières études en France sur l'incidence et la prévalence de

l'hépatite B ont eu lieu dans la première décennie des années 2000. Plusieurs personnes dénoncent alors à juste titre une exagération des données médicales dans le seul but d'affoler la population (CHAMPAVERE, 2008 ; FOUCRAS, 2004). Ils évoquent une note interne des fabricants du vaccin invitant à dramatiser et à faire peur avec la maladie.

Le 6 juillet 1994, Bruno MASURE, présentateur du journal télévisé de *France 2* annonce une vaste campagne de vaccination « obligatoire » organisée pour tous les élèves entrant en sixième. Philippe DOUSTE-BLASY alors invité sur le plateau ne dément pas cette fausse information sur le caractère obligatoire de la vaccination quand les textes officiels font seulement état de recommandations (FICQUET, 2008). Une campagne de vaccination des élèves de 6ème est donc mise en œuvre à partir de septembre 1994. Les résultats montrent des taux de couverture des élèves de 6ème de bonne qualité : 77% en 1994-1995, 73% en 1995-1996, et 76% en 1996-1997 (RNDP, 1997 ; ENSM, 1998). Le succès de la promotion de l'immunisation anti-VHB a conduit à une très large diffusion du vaccin au-delà des cibles prévues. Plus de 20 millions de français, enfants, préadolescents, adolescents, adultes et même personnes âgées ont été vaccinés, parfois même en dehors de situations à risque. La campagne dépasse son objectif si bien que la France devient le premier pays du monde pour la couverture vaccinale avec presque la moitié de la population vaccinée (ANTONA, 2006).

Les années 90 : campagne contre la vaccination

Il règne ainsi au début des années 90 une ambiance médiatique électrique où les uns cherchent à promouvoir le vaccin contre l'hépatite B dans une argumentation un peu confuse et les autres accusent les premiers de vouloir délibérément effrayer la population à seule fin d'élargir un marché commercial. C'est le lit de la polémique. L'élément déclencheur arrive en 1991. Des médecins belges relatent le cas de deux infirmières qu'ils publient dans *The Lancet* (HERROELEN, 1991). La première présente une sclérose en plaque (SEP) évoluant de façon intermittente depuis sept ans. Elle est victime d'une poussée six semaines après la troisième dose de vaccin. L'autre infirmière n'avait jamais eu de symptômes neurologiques jusqu'à l'administration d'une dose de rappel, un an après la première vaccination. Six semaines après ce rappel, elle présente des troubles neurologiques, associés à des lésions de démyélinisation en plaques. La publication de ces cas, dans un journal scientifique réputé, avait pour but selon les auteurs d'attirer l'attention des praticiens sur d'autres faits éventuellement semblables. Deux ans après, un médecin américain décrit un troisième cas (NADLER, 1993). De

nombreux articles de presse citent alors ces premières publications scientifiques comme établissant la preuve d'une relation entre vaccination et SEP, alors que les auteurs de ces publications concluaient seulement à une vraisemblable coïncidence (SIEGRIST, 2000). L'opinion publique apprend par les médias que le vaccin est mis en cause dans l'apparition de plusieurs maladies. Il s'instaure un climat de soupçon.

Le Dr Philippe JACUBOWICZ, président de REVAHB

Philippe JACUBOWICZ est médecin généraliste. Il crée au début de l'année 1997 une association « des victimes du vaccin contre l'hépatite B », le REVAHB. Une centaine de médecins s'allient à lui pour signer une demande de moratoire (PLUCHET, 1997). Le président et fondateur de l'association est praticien dans une maison de retraite. Le journal de 20 heures de *France 2* du 23 mars 1998 montre l'image d'un jeune homme plutôt effacé, le visage émacié, les doigts abimés par une vascularite lupique, « maladie des articulations pouvant conduire à l'amputation ». La maladie se serait déclenchée après l'injection d'un vaccin (CHAMPAVERE, 2008). En avril 1998, *l'Express* lui consacre une interview. Le Dr JACUBOWICZ y est présenté comme un praticien ne militant pas contre les vaccins, n'appartenant à aucune ligue et ne tenant pas un discours fanatique. Il est selon le journaliste un praticien confirmé qui essaie de trouver des réponses scientifiques. Il explique que comme tous ces confrères, il a été vacciné contre l'hépatite B par obligation, sans être informé des effets indésirables. Il dit n'avoir même pas fait au départ le rapprochement entre le vaccin et sa maladie. C'est en consultant des revues médicales étrangères qu'il aurait fait le lien. Il évoque de nombreuses publications qui parleraient d'un lien de causalité entre le vaccin et de multiples pathologies : oculaires, rhumatismales, neurologiques. Il espère obtenir avec son association la reconnaissance du statut de victime pour les personnes atteintes de ces affections. Il s'agit avant tout pour lui d'une revendication d'ordre moral. Il souhaite aussi que les malades obtiennent des indemnisations par le biais d'actions en justice.

Ainsi à partir de 1997, le discours de ce médecin et du REVAHB fait évoluer les positionnements médiatiques : la peur de la maladie laisse place à la peur du vaccin. Pour l'opinion à ce moment, c'est le vaccin contre l'hépatite B qui est dangereux, plus dangereux que la maladie qu'il est censé combattre. Le statut de malade de Philippe JACUBOWICZ fait que l'association est vite considérée avec sérieux dans les médias. Ses assertions sont souvent reprises. Il avance par exemple que c'est la première fois qu'un vaccin a des effets

secondaires si variés, si graves et si fréquents. Ainsi le magazine de vulgarisation scientifique *Science et Vie* affirme en avril 1998 : « la vaccination contre l'hépatite B entraîne des effets secondaires souvent redoutables, dont les cas se multiplient » (ROISSION, 1998). Pour renforcer encore sa crédibilité, le président de l'association prétend à une collaboration avec les autorités sanitaires. Dans un reportage diffusé sur *France 2* le 23 mars 1998 (CHAMPAVERE, 2008), Philippe JACUBOWICZ déclare : « nous commençons aujourd'hui à être écoutés par les pouvoirs publics. L'agence du médicament (...) a partagé nos préoccupations (...). » Le 5 octobre 1998, le quotidien *Libération* constate que « pour la première fois, même les autorités sanitaires ont travaillé avec le REVAHB » (FAVEREAU, 1998). L'association fait aussi appel à la théorie du complot pour répondre à certaines accusations de dérive sectaire. Elle réclame *la vérité* sur le vaccin laissant supposer l'existence de mensonges, notamment autour de l'utilisation selon eux abusive de l'argument de la salive comme vecteur contaminant du virus. Les pouvoirs publics comme les industriels pharmaceutiques sont accusés de nier l'existence des effets secondaires. Le Dr JACUBOWICZ explique à *Science et Vie* qu' « il est évident que l'on minimise le problème pour ne pas affoler la population », visant implicitement les pouvoirs publics (ROISSION, 1998). L'association fait malgré tout l'objet de vives critiques notamment par l'OMS qui l'accuse d'utiliser de façon abusive le point de vue des malades dans les médias (OMS, 1997). L'organisation internationale accuse la presse et la télévision française de propager de fausses rumeurs sur le vaccin.

Le Dr Bernard KOUCHNER, secrétaire d'Etat à la santé

Bernard KOUCHNER est hépato-gastro-entérologue. Bien connu du grand public, il se sera illustré par son engagement dans la médecine humanitaire. Il fut cofondateur de *Médecins sans frontières* puis de *Médecins du Monde*, défendra à l'ONU le droit d'ingérence. Sa vie de militant le conduira de l'Union des étudiants communistes dans le début des années 60 au parti socialiste. Il est en ce début octobre 1998 secrétaire d'Etat chargé de la santé dans le gouvernement de Lionel JOSPIN. C'est à ce moment que les résultats de trois premières études cas-témoins non encore publiées, sont portés à la connaissance des autorités sanitaires. Elles ne permettent pas de confirmer l'association entre une atteinte démyélinisante centrale et la vaccination contre l'hépatite B, mais ne permettent pas non plus de l'exclure. En effet, les estimations auxquelles elles ont toutes les trois abouti sont en faveur d'une légère

augmentation du risque de SEP après vaccination, mais sans que ces augmentations soient significatives sur le plan statistique (ANTONA, 2006). Malgré ces données rassurantes, le 1^{er} octobre 2008, les experts comme les médecins praticiens apprennent par les médias la décision du Dr KOUCHNER de suspendre la vaccination dans les collèges. Cette décision est annoncée comme temporaire. Il encourage dans le même temps à poursuivre l'immunisation en médecine de ville. Il justifie sa décision en évoquant la « méfiance » de la population à l'égard de « l'aspect massif de la vaccination à l'école » (NAU, 1998). Pour appuyer cette décision, il rappelle que la vaccination contre l'hépatite B demeure un acte médical et volontaire, qui doit comprendre un entretien à la recherche d'antécédents (antécédents personnels ou familiaux de maladies démyélinisantes, ou d'affections auto-immunes) et d'éventuelles contre-indications. Cet entretien étant difficilement applicable au collègue, il est préférable que ce soit le médecin de ville qui effectue cet acte. Par contre, conformément aux réflexions du CTV, le secrétaire d'État affirme que cette vaccination reste recommandée chez le nourrisson, l'adolescent et l'adulte à risque et que cette suspension vaccinale ne remet « nullement en question l'intérêt de la vaccination contre l'hépatite B » (FICQUET, 2008, p.17). Mais il évoque le principe de précaution qui veut que l'on ne peut à cette période exclure formellement que la vaccination puisse révéler ou faciliter le développement de maladies chez des personnes prédisposées (SIEGRIST, 2000). La confusion est alors complète. Beaucoup voient dans cette décision l'aveu de la dangerosité du vaccin et s'offusquent que la vaccination puisse être toujours recommandée en médecine de ville. Bernard KOUCHNER aura dû prendre une décision face à la pression des ligues anti-vaccinales et de certains médias et le contexte général fortement émotionnel. C'est surtout sa façon d'agir qui lui est très rapidement reprochée : le 5 octobre 1998, *Libération* titre : « les dessous d'une annonce ratée ». L'OMS proteste : « la décision de suspendre la vaccination contre l'hépatite B ne se justifie pas sur le plan scientifique ». Elle craint que la décision politique française ne mette en danger la vaccination dans d'autres pays. Le syndicat national des médecins scolaires, indirectement mis en cause par cette mesure, se dit « extrêmement surpris » de cette décision. Le syndicat national des pédiatres dénonce « l'incohérence totale d'une déclaration qui refuse de prendre ses responsabilités et laisse les médecins libéraux expliquer à leurs patients le bien-fondé de cette vaccination » (NAU, 1998). Il faut attendre une longue semaine pour que les médecins reçoivent enfin, le 8 octobre, une lettre du secrétaire d'État à la santé leur exposant les motifs de sa décision sans la rendre plus compréhensible pour autant (SIEGRIST, 2000). Philippe JACUBOWICZ lui se réjouit au nom du REVAHB et se félicite de cette décision qui « représente une première victoire » (COGNAT, 1998). Le président de

l'association parle en effet d'un acte courageux qui révélerait selon lui un certain nombre d'inquiétudes. La question du risque potentiel du vaccin se situe de ce fait toujours au cœur des commentaires.

Les Années 2000 : le temps des études et des procès

Le vaccin au tribunal

Le Dr Marc GIRARD, expert

Marc GIRARD est au départ mathématicien. Il devient par la suite médecin tout en menant des recherches sur la modélisation mathématique en biologie, déjà très préoccupé par la médicalisation de la société. Après un passage aussi bref que mouvementé comme salarié d'une grande firme pharmaceutique, il développe en France une activité libérale de conseil en pharmacovigilance (étude des effets secondaires des médicaments) et en pharmaco-épidémiologie (application des méthodes épidémiologiques à l'évaluation des effets médicamenteux, qu'ils soient bénéfiques ou indésirables). Peu après la première loi sur la recherche biomédicale (« Loi Huriet », déc. 1988), il demande et obtient son inscription sur la liste des experts judiciaires dans une spécialité alors inédite (médicament et recherche biomédicale). A ce titre, il a été missionné dans plusieurs affaires de santé publique : hormones de croissance, diéthylstilbestrol, anorexigènes, cérvastatine, éthers de glycol, vaccin contre l'hépatite B. Il voit par la suite sa réinscription refusée probablement du fait d'une certaine propension à la médiatisation. Malgré cette éviction, il poursuit ses multiples activités de recherche, de consulting, d'expertise et de psychothérapie. Une de ses expertises sera versée au dossier du juge d'instruction du pôle Santé, Mme BERTHELA-GEFFROY. Elle participe à la phase juridique et pénale contre le vaccin de l'hépatite B suite aux démarches de certains détracteurs du vaccin contre les responsables de laboratoires. Parallèlement, une plainte contre trois ministres sera déposée dans le but de dénoncer le rôle de l'état dans l'affaire du vaccin. Ces plaintes alimentent encore aujourd'hui, de façon récurrente, les rumeurs et les discours médiatiques.

Le vaccin sauvé par les professeurs ?

Dans ce grand éparpillement, les autorités devaient trouver une solution pour réhabiliter le vaccin et recoller aux objectifs de santé publique mis en avant par l'OMS. De grandes figures de la médecine vont alors en quelques sortes prêter leurs noms pour redonner crédit à la stratégie vaccinale.

Le Dr Christian CONFAVREUX, professeur en neurologie

Christian CONFAVREUX est professeur de neurologie à l'hôpital Pierre Wertheimer de Lyon. Il est spécialiste de la sclérose en plaque. En début Février 2001, il publie dans le *New England Journal of Medicine* une des deux études qui proposent les nouveaux résultats de l'année sur le lien entre le vaccin et la SEP. Cette étude semble rejeter l'hypothèse que la vaccination augmenterait le risque à court terme de nouvelles poussées pour des patients déjà atteint de SEP (CONFAVREUX et al., 2001). La deuxième étude menée par le Dr ASCHERIO sur une cohorte d'infirmières rejeterait aussi l'hypothèse d'une association entre le vaccin contre l'hépatite B et le développement d'une sclérose en plaque (ASCHERIO et al., 2001). Ces résultats sont largement retranscrits dans les quotidiens nationaux et les journaux télévisés. Le journal *Le Monde* titre : « deux études concluent à l'innocuité du vaccin contre l'hépatite B » (BENKIMOUN, 2001). *Le Figaro* titre : « deux études innocentent le vaccin controversé » (BIERTY, 2001). *Libération* titre : « le vaccin contre l'hépatite B en cours de réhabilitation » (CABUT, 2001). Mais il ne s'agit là que d'une interprétation par les journalistes des résultats statistiques. Elsa FIQUET, dans sa thèse, rapporte que ces deux études présentent un risque relatif inférieur à 1, et donc des résultats non statistiquement significatifs. Elles expriment en fait juste une tendance à écarter le lien entre vaccination et sclérose en plaques. L'auteur se demande alors comment les médias en sont venus à largement communiquer sur ces études aux résultats finalement modestes et sous-entend qu'un communiqué de presse de l'OMS, des autorités sanitaires ou des fabricants, aurait pu en amont les encourager à le faire (FIQUET, 2008).

Le Dr Jean-François DARTIGUES, professeur d'épidémiologie

Jean-François DARTIGUES est médecin et docteur ès sciences. Il est professeur des universités en épidémiologie, économie de la santé et prévention à Bordeaux, responsable du Centre de Mémoire de Ressources et de Recherche. Ses activités de soins, d'enseignement et de recherche sont surtout consacrées à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées. Le ministère de la santé lui confie une mission d'expertise sur la politique de vaccination contre l'hépatite B en France qui rendra un rapport, le *rapport Dartigues* dont la version définitive sera livrée en février 2002 (DARTIGUES, 2002). Ce rapport est écrit par dix membres tous définis comme experts. Le Pr DARTIGUES explique en préambule du rapport, avoir cherché un consensus au sein de ce groupe de travail sur l'ensemble des points évoqués. Il avoue avoir eu des avis divergents sur certains détails avec les autres membres, mais pas selon lui sur les conclusions rapportées ou sur les recommandations. Il dit avoir basé son travail sur une analyse documentaire en amont des réunions en interrogeant les bases de données d'usage dont PubMed. Le groupe de spécialistes à lui-même auditionné cinq experts externes afin de recueillir des informations complémentaires sur des points précis : un épidémiologiste spécialiste de la SEP, un hépatologue, une économiste, un spécialiste de l'évaluation et l'aide à la décision et une immunologiste. Jean-François DARTIGUES précise en fin d'introduction du document que le rapport ne comprend que les éléments qui ont semblé déterminants pour la formulation des recommandations. Le groupe d'auteurs aura écarté un certain nombre d'informations qui ne leur paraissaient pas pertinentes par rapport à l'objectif principal de leur mission. Ils disposaient pour élaborer leurs recommandations des résultats de six études sur la relation entre la survenue d'une sclérose en plaques ou d'un épisode aigu de démyélinisation et la vaccination contre l'hépatite B : les deux études cas-témoin françaises hospitalières réalisées entre 1993 et 1995, une seule ayant été publiée (TOUZÉ, 2000) et l'autre acceptée pour publication dans *Neuroepidemiology*, l'étude cas-témoin anglaise réalisée à partir du *General Practitioner Research Database (GPRD)* couvrant la période entre 1990 et 1997 non encore publiée, une étude américaine de type exposé / non exposé à partir de la base de données d'un système d'assurance-maladie entre 1995 et 1998 (ZIPP, 1999), l'étude cas-témoin nichée dans les cohortes Nurses Health Studies (NHS) I et II qui couvre la période de 1976 à 1998 (ASCHERIO, 2001), et l'étude avant-après chez les adolescents canadiens qui couvre la période de 1986 à 1998 (SADOVNICK, 2000). L'étude de CONFAVREUX que l'on vient d'évoquer n'est pas prise en compte parce

qu'elle étudie comme nous l'avons vu le risque de poussée chez les sujets porteurs d'une SEP et non le risque de SEP. Le Pr DARTIGUES et son groupe d'experts concluent qu'aucune donnée ne permet d'affirmer que la vaccination contre l'hépatite B augmente le risque de SEP mais dit ne pas pouvoir exclure que la vaccination puisse être un stimulus non spécifique déclenchant un épisode aigu de démyélinisation au même titre qu'une infection virale ou un autre vaccin. Le groupe ne peut se prononcer sur la spécificité de cette liaison puisque la vaccination contre l'hépatite B est alors la seule vaccination massive proposée chez l'adulte dans la période à risque pour la sclérose en plaques (de 20 à 50 ans). Les autres vaccins et les infections virales peuvent effectivement constituer en théorie des stimuli immunologiques susceptibles d'induire les mêmes effets. Le *rapport Dartigues* conclut donc que « les bénéfices de la vaccination restent supérieurs aux éventuels risques dans différents scénarios envisagés en fonction de l'importante incertitude entourant certains paramètres comme le taux de sous-notification ».

Ainsi, la tempête médiatique semble alors s'apaiser par la voix rassurante de ces spécialistes. Les associations de militants comme le REVAHB se font moins entendre. Les praticiens retrouvent probablement un peu de sérénité pour proposer le vaccin contre le VHB. Et les pouvoirs publics sont sans nul doute soulagés de voir la page se tourner sur cet épisode de la politique de santé en France et soulagés de pouvoir relancer une campagne de vaccination conforme aux injonctions de l'OMS. Mais le calme sera de courte durée, et le tremblement qui vient de s'achever va connaître encore quelques répliques, à l'image de l'étude HERNAN.

L'ultime secousse de 2004

Le Dr Miguel HERNAN, professeur américain d'épidémiologie.

Miguel A. HERNAN est médecin de l'Institut de santé publique de Boston aux Etats-Unis. Il est Professeur en épidémiologie à l'Harvard School of Public Health de la même ville. Il publie une étude en 2004 dans la revue *neurology* dont les conclusions réveilleront immédiatement l'appétit des médias : elle montrerait un lien entre le vaccin anti-hépatite B et le risque accru de développement de Sclérose en plaque (HERNAN, 2004). A peine la polémique des années 1990 estompée, l'étude du Pr HERNAN réinstaura brutalement le doute. Il s'agit d'une étude cas-témoin réalisée à l'aide d'un registre de médecins généralistes

britanniques. Le travail consiste à étudier les cas de SEP survenus entre janvier 1993 et décembre 2000, tous âges confondus sur un groupe de 163 cas apparié à 1742 témoins. Il semble montrer que la vaccination entraîne une augmentation de la survenue de SEP chez les adultes. Pour expliquer cette association qui est cette fois statistiquement significative, les auteurs mettent en cause les excipients du vaccin (l'aluminium et le thiomersal). Ils rejettent l'idée que ce soit la portion du virus de l'hépatite B contenue dans le vaccin qui soit l'élément déclencheur en argumentant du fait que le virus lui-même ne peut déclencher la maladie. Les auteurs continuent malgré leurs conclusions à recommander la vaccination contre l'hépatite B du fait de la gravité de la maladie (PRESCRIRE, 2004).

Très vite, les autorités de santé nationales et internationales réagissent pour critiquer l'étude. Le comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins de l'OMS émet aussi des réserves. Il parle d'un échantillon trop petit, d'un biais de recrutement de sujets uniquement à risque élevé, de manques d'information sur les exclus de l'analyse, d'une mise en cause non fondée par d'autres études de l'aluminium et du thiomersal, d'une impossibilité à étudier l'effet dose-réponse par manque de données. L'AFSSAPS rappelle en France, que seule cette étude sur toutes celles menées a montré un lien statistiquement significatif entre le vaccin et la SEP et critique aussi ces résultats. Mais elle précise que malgré les biais possibles, il s'agit d'une étude dont la méthodologie est correcte (AFSSAPS, 2004). L'impact médiatique est énorme. Le journal de 13 heures de *France 2* du 14 septembre 2004 parle d'une équipe de chercheurs américains qui affirment que le vaccin contre l'hépatite B multiplie par trois le risque de sclérose en plaque, et qu'il faut donc remettre en cause les études qui avançaient que le vaccin n'était pas si dangereux (CHAMPAVERE, 2008). *Le Point* estime que « ce travail est d'une importance capitale, car il rentre en contradiction avec une dizaine d'études précédentes » (VINCENT, 2004). *Le Parisien* affirme pour sa part que « l'étude contredit (...) une dizaine d'autres études parues précédemment, souvent financées par des fabricants, qui concluaient à son innocence » (GIACOMETTI, 2004). L'argument du financement touche même s'il est évident aussi que le peu d'études valides réalisées, le sont du fait du soutien de ceux qui en ont les moyens, soit les industriels. Et ces études font logiquement mention de leurs financements dans les publications, ce qui ne les empêche pas d'être retenues par des revues internationales. Mais il est vrai que la publication de l'étude de HERNAN ne dépend pas du financement direct d'un laboratoire pharmaceutique et donc n'est pas suspecte de connivence. Le fait qu'il s'agisse d'une équipe américaine « de renom » selon l'article de *Libération* a sûrement contribué au phénomène, quand les défenseurs de la vaccination

dénoncent souvent le débat sur le lien avec la SEP comme purement franco-français (FAVREAU, 2004). L'article du *Parisien* souligne la revue *Neurology* comme « une revue internationale de référence en la matière ». L'article cité dans *Le Point* se concentre essentiellement sur les « risques », et propose l'image d'une IRM du cerveau d'un patient atteint de SEP, et écrit dans le même cadre que l'image : « en France, 30 millions de personnes se sont fait vacciner ». Par le visuel de l'article, le lecteur voit tout de suite un lien de causalité entre SEP et vaccin. Et l'article accentue la peur en laissant entendre qu'une telle pathologie puisse atteindre potentiellement plus de la moitié des français vaccinés (FIQUET, 2008).

Ainsi, toutes les précédentes études se trouvent complètement décrédibilisées aux yeux de l'opinion publique par les médias et cette dernière publication qui prend tout d'un coup force de vérité. Selon l'analyse d'Elsa FIQUET, la notion de « contradiction » qu'apporteraient ces résultats est inappropriée car pas vraiment nouvelle : les résultats de quatre des dix études alors disponibles (dont une non publiée cependant) vont dans le même sens mais sans pouvoir conclure formellement du fait d'une trop faible puissance statistique (FIQUET, 2008). Et seulement trois études, dont les deux assez fortement médiatisées en février 2001, présentaient des résultats opposés à ceux de l'équipe de HERNAN.

Le Pr Marc BRODIN, professeur de santé publique et l'AFSSAPS

Marc BRODIN est médecin. Il est professeur de santé publique à l'Hôpital Robert DEBRE Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Il va à son tour être sollicité par les politiques et l'AFSSAPS pour tenter de sortir de cette nouvelle période d'hésitation. Le Pr BRODIN, qui présidait déjà une conférence de consensus en 2003 autour de la vaccination, est invité par Philippe DOUSTE-BLASY, de retour aux affaires comme ministre de la santé et de la protection sociale, à organiser une nouvelle fois une réunion d'experts pour plancher sur le "problème HERNAN". Ainsi, le 14 septembre 2004, l'AFSAPS annonce dans un communiqué de presse que la Direction Générale de la Santé (DGS) va réunir le Comité technique des vaccinations (CTV) afin d'analyser officiellement les données contenues dans l'article HERNAN, ainsi que les opinions scientifiques de la conférence de Marc BRODIN, et celles exprimées sur le plan international notamment dans le cadre de l'OMS. L'AFSSAPS dit procéder à une analyse approfondie de l'étude, en collaboration avec ces experts et avec l'InVS. Elle annonce par ailleurs saisir le groupe européen de pharmacovigilance qui se réunit

les 13 et 14 septembre 2004 à Londres. A l'issue de cet examen, une réévaluation globale des données disponibles à ce jour sur la sécurité d'emploi des vaccins contre l'hépatite B sera conduite si nécessaire. Le 24 novembre 2004 est donc rendu publique le rapport d'orientation de cette commission d'audition publique, par communiqué de presse de l'AFSSAPS, l'ANAES, et l'INSERM. Il s'intitule : « vaccination contre le virus de l'hépatite B et la sclérose en plaque : état des lieux » (BRODIN, 2004). Il y est dit que le Professeur Marc BRODIN, président de la commission d'audition, a remis le matin même le rapport au Directeur général de la santé, en présence de Jean MARIMBERT, Directeur général de l'AFSSAPS, d'Alain COULOMB, Directeur général de l'ANAES, et de Christian BRECHOT, Directeur général de l'INSERM. La commission confirme les recommandations de la réunion de consensus de septembre 2003, préconisant notamment la vaccination des nourrissons. Par ailleurs, la commission souligne la nécessité de développer les systèmes de recueil et de suivi des données pour évaluer et si besoin adapter la politique vaccinale. En fin de déclaration du communiqué, il est rappelé que dans le cadre d'un processus de veille et de suivi, les autorités de santé demeureront extrêmement attentives aux études et données nouvelles, afin d'organiser, à échéances régulières, un état des lieux sur la vaccination contre l'hépatite B et la survenue de sclérose en plaques.



Photo 5 : vaccin anti-hépatite B

La vérité qui se façonne

Nous aurons dans ce chapitre IV beaucoup parlé du traitement médiatique de la polémique. Le travail du journaliste n'est pas un travail aisé. Il nous éclaire aussi sur le travail des médecins face à ces questions et sur le travail en général de toute personne qui veut s'approcher de la réalité du vivant pour en témoigner ou pour soigner. La tâche pour le journaliste n'est pas simple. Comment traiter la foudrerie d'informations qu'il reçoit : le discours en communiqués des autorités sanitaires, les bulletins de l'OMS, les informations lancées par l'industrie pharmaceutique, les témoignages d'associations d'opposants et de "victimes" de la vaccination ? Comment se réapproprier les données de publications scientifiques ou de revues médicales, des interviews de chercheurs, de médecins spécialistes ? Comment se positionner face aux dires de médias concurrents ? Comment digérer des informations qui sont elles-mêmes digérées par tous ceux qui les émettent ? Malgré tout, il est impératif de donner une information, de se décider pour chaque édition car il faut parler du sujet pour être dans le coup médiatique, pour que la une du lendemain tienne la route face à la concurrence. Et il faut simplifier, "vulgariser" comme on dit maladroitement, pour que le lecteur s'y retrouve, comprenne ce qui est dit. La synthèse à faire quotidiennement paraît bien difficile. Quelle vérité peut contenir le discours produit au final ? Tout cela contribue sûrement à un traitement souvent binaire de l'information. On est rapidement pour le vaccin, rapidement contre, et rapidement on peut de contre devenir pour et inversement au grès des nouvelles informations qui arrivent.

Il est aussi une autre façon de travailler que dans l'urgence et la rapidité tranchée du quotidien. Certains journalistes vont davantage prendre le temps d'une investigation plus poussée. Le livre offre de fait un espace plus large pour dire les choses, présenter un argumentaire, développer une réflexion et commenter une information. Plusieurs livres sont parus pendant la polémique autour de ce vaccin contre le VHB. Mais cet aspect plus posé du livre est aussi une difficulté. Nous avons cité celui d'Eric GIACOMETTI publié en 2001. L'auteur signale dans son ouvrage le refus de certains médecins de communiquer sur le sujet. Il évoque la peur des praticiens que justement leurs propos soient déformés ou amplifiés. Il développe surtout la crainte de certains de s'exposer à des pressions, de « retour de bâton » en cas d'opposition. En faisant le choix de se focaliser sur telle ou telle dimension, le livre peut, plus que l'article d'un journal, inviter délibérément à la polémique, et contribuer à construire la théorie du complot, là où d'autres auraient pu attendre un travail de présentation et d'explication de la situation à décrire.

La question du temps complique encore grandement la transmission de l'information brute du scientifique sur le terrain de la maladie et du vaccin. Mener une étude scientifique prend plusieurs mois voire plusieurs années. Pierre SORMANY, journaliste scientifique, avait à l'époque organisé un colloque consacré à la diffusion de la science dans la société (2008). Il avance que « les découvertes médicales et scientifiques résultent presque toujours d'un processus collectif, échelonné sur plusieurs années, processus où chaque étape n'est souvent qu'un petit pas (...) ». En outre, la publication de ces résultats ponctuels se fait selon des règles très particulières, incompatibles elles aussi avec le fonctionnement des médias. Quand une équipe obtient un résultat nouveau, elle le rapporte dans un article soumis pour publication à une revue spécialisée. D'autres chercheurs vont alors scruter le manuscrit et évaluer la pertinence de le publier. Le processus exige du temps, de sorte que, quand l'information parvient aux médias, à la suite d'une publication ou d'un congrès, les résultats sont déjà vieux de plusieurs années parfois. ». Bertrand LABASSE, sociologue, rapporte dans le sens inverse l'immédiateté de l'information grand-publique, dans un rapport sur la médication des connaissances scientifiques destiné à la Commission Européenne. « Le "monde des médias" évolue à un rythme très différent de celui des chercheurs, étant marqué par des échéances très courtes et un impératif absolu d'efficacité. Quand une information ou un commentaire est nécessaire, il n'est pas question d'attendre une semaine, ou parfois un mois, la réponse du scientifique contacté. Quand une expérience scientifique paraît intéressante, il n'est pas imaginable de patienter jusqu'à ce que d'autres équipes l'aient reproduite et vérifiée. Quand un risque pourrait menacer la santé publique, il n'est pas concevable de se taire jusqu'à ce que la communauté scientifique l'ait définitivement évalué... » (LABASSE, 2008).

Ce débat sur la vérité du journaliste qui se construit finalement de façon assez artisanale peut être rapproché dans l'affaire de l'hépatite B de la profession de juge qui a de fait été aussi impliquée. Dans le journal *le Monde* du 13 juin 1998, Bernard ROUVEUX et Didier SICARD titrent leur article : « vaccination contre l'hépatite B : la vérité des juges ». Le juge lui aussi doit trancher. Comment trancher par le droit les aléas de l'existence et de la biologie sans être dans la partialité ? Comment le juge peut-il construire sa vérité dans un domaine qui lui est étranger ? Mais le juge doit juger. Il n'a pas d'autres solutions que d'apprécier les éléments à charge et à décharge et de s'appuyer sur ses convictions. Pour les auteurs de l'article, « il est grave de voir une justice devenir dogmatique, triomphante, suffisante, préférant ses convictions aux données scientifiques ». Ils rapportent que l'académie de médecine affirme que c'est la justice qui a créé en France un néfaste virus anti-

vaccination. Le 2 mai 2001, la cour d'appel de Versailles condamne le laboratoire SKB sur l'argumentaire suivant : « les juges reconnaissent qu'il n'est pas possible d'établir un lien de causalité direct et certain entre le vaccin et la sclérose en plaques. À défaut de preuve scientifique, la cour a fondé sa décision sur des présomptions graves, précises et concordantes ». L'Académie de médecine estime que le raisonnement des juges fondé sur une « coïncidence chronologique et un faible risque est regrettable » (PETITNICOLAS, 2001).

Les incertitudes des juges face à l'analyse des liens de causalité illustrent de la même façon que les jugements obligatoirement précipités des journalistes, combien la construction des discours vérité face aux questions de santé est complexe. La question sous jacente est bien celle de notre travail de thèse : comment l'individu pense son rapport à la réalité. Et c'est en mettant les médecins sous le microscope anthropologique que nous poursuivrons à explorer cette question. Choisissons donc un petit groupe d'entre eux, ceux *des pentes de la Croix-Rousse* à Lyon et commençons par visiter le quartier.

CHAPITRE V : Notre terrain des pentes de la Croix-Rousse

Notre terrain de recherche est donc celui *des pentes de la Croix-Rousse* à Lyon, partie du premier arrondissement entre le *plateau de la Croix-Rousse* et la *presqu'île*, entre la Saône et le Rhône. Selon la dernière enquête de l'INSEE en 2005 (PELLETIER, 2009), la population du quartier comprend 28.100 habitants, avec 48 hommes pour 52 femmes. La proportion de célibataires est de 67% contre 33% pour les personnes en couple. La répartition démographique y est très différente du reste de Lyon par la proportion beaucoup plus élevée des classes d'âge de 19 à 39 ans. Les jeunes adultes totalisent 43,5% contre 32% dans le reste de la ville. A l'inverse, les habitants de 0 à 19 ans sont seulement 16% contre 34%. Le degré de formation y est nettement supérieur à celui de la population du Grand Lyon. Il y a moins de personnes sans diplôme : 12 contre 16%, un nombre égal pour les personnes titulaires du baccalauréat, mais largement plus élevé pour celles possédant un diplôme supérieur (25 contre 12,3, soit presque le double). Le taux de chômage est pourtant haut avec 15,7% contre 12,6% dans le reste de la ville, pour un taux d'activité comparable mais avec un nombre deux fois plus élevé de contrats à durée déterminée. La nature des emplois montre une prédominance nette pour les services avec 83% des personnes dans le tertiaire, contre 77,6% dans le Grand Lyon. Les ouvriers sont moins nombreux : 18,7% contre 21,8%. En revanche, les cadres et professions intellectuelles atteignent 29,3% contre 17%. En 2005, l'arrondissement comptait 17.173 logements, dont 94% de résidences principales avec 91,6% d'appartements. Les locataires sont les plus nombreux (67%) et le nombre moyen de pièces par résidence principale est de 2.8. Seulement 53% des habitants disposent d'une voiture contre 67% par exemple dans le 8^{ème} arrondissement. Les immeubles sont à l'image d'un arrondissement ancien et dense. Ceux comportant un seul logement sont seulement 167, soit 16% tandis que ceux qui en abritent plus de 10 sont 73,9% contre 66,9% dans le grand Lyon. Les immeubles construits avant 1915 représentent 84,6% contre 18,6% dans le reste de l'agglomération. Ceux construits après 1990 comptent pour 3,8%. Les locataires de HLM sont assez peu nombreux : 10,78% contre 21,76% (*Id*, 2009).

Nous choisissons de proposer ici au lecteur une visite guidée de ce quartier (cf le plan "impressionniste" en ANNEXE 2), pour en saisir les couleurs. Il pourra ainsi situer les lieux de vie et de travail des différentes personnes que nous avons rencontrées. Les données et les

anecdotes présentées se sont construites au fil des parcours pluriquotidiens en vélo, des échanges avec les habitants du quartier, avec mes patients notamment les plus âgés, avec la coiffeuse du boulevard qui connaît beaucoup de choses... Les références historiques et géographiques, comme les détails urbanistiques sont issus pour partie du livre de Jean PELLETIER, *connaître son arrondissement, le premier*, édité en 2009 par les éditions Lyonnaises d'art et d'histoire.

Bas de pentes et côté Rhône

Entrons ainsi dans notre théâtre de recherche par *la place de la Comédie*. C'est en quelque sorte l'épicentre de Lyon, vers lequel convergent la célèbre *rue de la République* ("*rue de la ré*") provenant de la *place Bellecour*, les ruelles dévalant *les pentes de la Croix-Rousse*, les lignes A et C du métro, et une dizaine de lignes de bus. La place se situe entre l'opéra et la mairie principale de Lyon. L'endroit est très animé de jour, comme de nuit. Se croisent les touristes, les lyonnais arrivant et partant au travail, les joggers regagnant les quais pour leur course hebdomadaire, les étudiants et autres couche-tard au sortir des boîtes de nuit.

La place de la Comédie donne une bonne idée des phases successives de construction de la ville de Lyon. Il fut ainsi décidé au 17^{ème} siècle de construire l'Hôtel de Ville qui se trouvait à l'époque au 13 *rue de la Poulallerie*, actuel musée de l'imprimerie. Le bâtiment fut construit par Gérard Desargues, spécialiste des procédés de perspective. De 1646 à 1650 fut construit le corps des logis et en 1655 les deux ailes latérales et leurs hautes toitures, bientôt remplacées par des tours. Deux escaliers magistraux assurent la desserte intérieure de l'atrium que l'on peut aujourd'hui visiter à l'occasion des journées du patrimoine ou de la fête des illuminations du 8 décembre. L'aspect actuel de la façade principale sera définitif en 1693, suite à d'importants travaux de réparation après un grave incendie. A la même époque, de grands immeubles s'édifient sur le bord du Rhône, et la ville garde un espace libre entre eux et l'arrière de l'Hôtel de ville. Il s'agissait d'un jardin alors très fréquenté. Il sera remplacé en 1756 par le grand théâtre, indispensable à une cité qui s'intéresse aux arts et particulièrement à la musique. Germain Soufflot en est l'auteur. Les aménagements intérieurs seront reconstruits en 1828. Alors, entre le théâtre et l'Hôtel de ville s'installe *la place de la Comédie*. Aujourd'hui la façade de l'ancien théâtre devenu opéra, conserve du passé sa rangée de muses datant de 1831. Elles ont été restaurées lors de la reconstruction en 1990 de l'édifice par Jean Nouvel qui l'a surmonté d'un dôme de verre, toujours objet de nombreux

débats parmi les habitants. Le dôme abrite à son sommet, le studio de répétition des danseuses et des danseurs qui jouissent d'une vue imprenable sur l'Hôtel de ville. Les chorégraphes les plus en vue y ont déjà travaillé : Maguy Marin, Karine Saporta, Yorgos Loukos... Les artistes n'ont pas à craindre d'être distraits par le paysage : un rideau noir est là pour garantir la concentration. Ils n'ont pas davantage à redouter la chaleur : un dispositif composé de huit milles lames brise-soleil en verre sérigraphié assure leur confort. Les tons à l'intérieur sont rouges pour les couloirs et noirs pour la salle de spectacle. Le péristyle abrite le jour les joutes plus ou moins improvisées des danseurs de Hip-Hop, qui peinent à s'organiser en compagnie, comme leur proposa l'opéra. En été, passants et visiteurs peuvent y prendre un temps de pause et siroter une boisson devant un concert de Jazz.



Photo 6 : place de la Comédie

De *la place de la Comédie* qui borde presque le Rhône, on choisit de prendre la direction de la Saône par *la rue Puits Gaillot*, du nom des anciens puits que chaque bonne maison médiévale possédait, et qui atteignaient la large nappe phréatique présente ici en sous-sol. C'est dans cette rue que Karl W. a établi son cabinet en vissant sa plaque sur les larges pierres de taille de l'entrée de l'immeuble, criblées de vieux trous, témoins des différentes organisations d'architectures. Nous lui rendrons deux fois visites pour deux entretiens autour de sa pratique originale et diversifiée de l'homéopathie à l'ostéopathie et l'acupuncture. Tout

en longeant le bas des pentes, l'étroite *rue Puits Gaillot* nous emmène vers *la place des Terreaux*. Devant la façade principale de l'Hôtel de ville, cette place s'est créée en plusieurs fois dès le début du 17^{ème} siècle, où l'espace était déjà très ordonné en rectangle orné d'une fontaine. Côté sud, le couvent des dames de Saint Pierre présentait un long mur aveugle qui cachait le cloître. Il abrite aujourd'hui un très joli jardin intérieur, vrai havre de paix dans le tumulte du centre ville, orné de statues reproduites de Rodin. S'y trouve aussi le musée des beaux arts, riche de ses œuvres de Picasso, Poussin, Zurbaran, Véronèse... De l'autre côté, au nord, on a détruit des maisons anciennes au profit d'édifices de cinq étages étroits et percés de traboules, dont les rez-de-chaussée sont occupés par des commerces, surtout des cafés et des glaciers. Le côté Est, le plus récent, date du second empire et présente une large façade coupée en deux par une galerie commerçante. On procédait sur cette place à des exécutions capitales dont la plus célèbre eut lieu en 1646 pour le supplice de Cinq-mars et de son ami De Thou accusés de conspirer avec les espagnols. S'y trouve aujourd'hui la fontaine de Bartholdi, à qui l'on doit la statue de la liberté à New-York, classique point de rendez-vous où l'on patiente en attendant l'autre, assis sur la margelle à zyeuter les passants. Depuis 20 ans le dallage est sensé être parsemé de jets miniatures intermittents, qui ne fonctionnent finalement jamais, œuvre presque éphémère de Buren et Mermet.



Photo 7 : place des Terreaux

Lorsque l'on quitte la *place des terreaux* par la *rue d'Algérie*, on continue de longer le bas des pentes de la Croix-Rousse. La *rue d'Algérie* est parallèle à la *rue Constantine*. Elles ont été créées à l'époque de la conquête de ce pays par la France. C'est ici que Franck F. a installé son cabinet il y a 30 ans pour y pratiquer sa médecine, plus aux couleurs de la forêt amazonienne que de la grisaille de cette concentration très urbaine. La rue débouche sur un grand espace cette fois très aéré, à la jonction du *quai Saint Vincent* et du *quai de la Pêcherie*, au départ du *pont de la Feuillée*. Ce sont les bords de Saône, sûrement un des plus beaux points de vue sur la ville. Le café qui fait l'angle ne s'y est pas trompé : sa terrasse est toujours pleine de personnes qui aiment à voir cette carte postale autant qu'à être regardés comme en faisant partie. Chaque quai est flanqué d'immeubles colorés à la chaux, rouges, jaunes, roses, bruns, ocres, surplombés du côté de la colline de Fourvière par la basilique et la tour métallique. Font face à ces deux monuments la colline *des pentes*, la maison Brunet et le dôme de l'Eglise Saint Bruno comme un écho monumental. Le tout est baigné par le vol et le cri des mouettes qui donneraient presque un air marin. Les bouquinistes du *quai de la pêcherie* invitent à la flânerie et à prendre son temps. C'est en remontant le quai vers la Croix-Rousse que Oliver Z. a la chance de travailler la médecine générale avec une psychologue et un kinésithérapeute. Nous nous donnerons rendez-vous à cet endroit avant d'aller nous entretenir ensemble des questions de vérité, dans un des petits restaurants du coin.

En se réengageant vers l'intérieur de la presqu'île entre Rhône et Saône au niveau de la *place Gabriel Rambaud*, nous passons devant les charmantes halles de la Martinière soutenues par de belles colonnes monolithiques datant de 1842. En contournant le bâtiment, on s'engouffre dans le sombre et étroit *passage de l'Abbaye de la Déserte*, alors sur cet emplacement en l'an 1304. On débouche ainsi sur le petit bureau de tabac qui fait un des quatre angles de la *place Sathonay*. Cette place a été créée en 1826. Elle a des allures de village, meublée par une trentaine de marronniers qui font le bonheur des petits en automne et par la statue en son centre du général Sergent Blandan, acteur clef de la conquête de l'Algérie. La placette a une bien douce réputation avec son ambiance calme et la convivialité qu'elle inspire. Les enfants jouent au ballon à la sortie de l'école. Les plus vieux sortent les boules de pétanque, pour taquiner le sol en sable rouge sirotant une bière du café à côté de la mairie du premier arrondissement. On peut voir le grand escalier accolé à la mairie qui attaque *les pentes* pour déboucher vers l'amphithéâtre des trois gaules que nous rejoindrons plus tard.



Photo 8 : la place Sathonay

Nous quittons la place par la *rue Sergent Blandan*, étroite ruelle sombre encore aménagée d'anciens pavés, où exerce en tant que généraliste le Dr Thierry A. Sa plaque cuivrée en laiton aux inscriptions gravées en noir, déjà bicolore par le temps, explique brièvement les diplômes et le parcours du médecin, ainsi que son fonctionnement et les horaires d'ouverture. Nous y serons reçus en début de recherche pour un entretien informel et nous n'aurons pas l'autorisation d'une autre rencontre. On poursuit par la *rue des Capucins*, dans un trajet parallèle et en sens inverse à la *rue Puits Gaillot*, un peu plus haut dans *les pentes*. Les immeubles de la rue sont tous construits à la fin du 18^{ème} siècle. Ils ont été édifiés par la population bourgeoise des fabricants de soierie. Ce sont de beaux immeubles même s'il est difficile de les remarquer du fait de l'étroitesse de la rue. Les escaliers intérieurs sont souvent magnifiques. Ce sont les premiers témoins, pour notre visite, de l'histoire de la soie à Lyon qui définit profondément le quartier et la ville. La soie arrive sur les bords de Saône à la Renaissance, grâce aux foires qui permettent l'installation de marchands de tissu. Louis XI était las de payer des droits sur les soieries importées d'Italie. Sur décision royale, les premiers tisserands s'installent sous François Ier et prospèrent rapidement. Aux XVIIe et XVIIIe siècles, l'industrie de la soie se développe considérablement et acquiert une grande renommée en Europe. On élève le ver à soie dans le Midi, où les magnaneries assurent une

grande partie de la production. Au début du XIXe siècle, l'arrivée des métiers à tisser "Jacquard" de grandes tailles va profondément modifier le travail, mais également le mode de vie des ouvriers. Ces métiers à tisser sont tellement hauts (en moyenne 4 mètres de hauteur) qu'ils ne peuvent être utilisés dans les logements trop petits et trop sombres *des quartiers de Saint-Nizier, Saint-Georges et de Saint-Jean*. Les anciens couvents de la Croix-Rousse, dont les plafonds sont très hauts, sont parfaits pour héberger les premières mécaniques. Mais très vite, il faut de nouveaux immeubles pour y installer les tisseurs. Ils sont alors construits en fonction de ces imposants métiers et possèdent de hautes et nombreuses fenêtres orientées vers le sud pour permettre une bonne lumière. Ils mesurent en moyenne 21 à 22 mètres et sont solidement construits en pierre de Couzon. La commune de la Croix-Rousse, qui n'est alors pas encore rattachée à la ville de Lyon, offre d'autres avantages : c'est une zone dispensée de taxe (l'octroi), à l'abri des inondations, et les loyers sont moins élevés qu'à Lyon. On assiste alors à la naissance d'un quartier manufacturier et surtout d'une catégorie professionnelle spécifique: les « canuts ». Ce nom viendrait de "canette", l'instrument dont se servaient les tisseurs. C'est dans le quartier centré par la triangulaire *place du Griffon*, entourée d'immeuble de soyeux, que vit Rebecca J., médecin généraliste, que nous avons rencontrée chez elle, dans sa famille pour un entretien, non loin de son travail en institution un peu plus haut sur les pentes. Nous avons pu effectivement admirer les escaliers à volées libres typiques du quartier des soyeux.

Par le numéro 5 de *la petite rue des Feuillants*, nous "traboulons" dans la *cour des Moirages*. Elle fut louée en 1772 par les moines du couvent des feuillants dont c'était le cloître, pour y installer un atelier de moirage qui fonctionna jusqu'en 1832. Les traboules sont des passages à travers les cours d'immeubles qui permettent de se rendre d'une rue à l'autre. En découle le verbe "trabouler" cher aux Lyonnais. Une autre de ces trouées nous amène à la suite au jardin de la *place Croix-paquet*. Ces jardins furent ceux de l'ancien grand séminaire jusqu'en 1860. Ils sont dominés par le promontoire sur lequel se dresse la maison d'hôtes de la ville de Lyon, ancien hôpital de Villemanzy. De là partent les *rues Alsace-Lorraine* et *Royale* jusqu'à la *place Michel Servet*, formant ainsi un angle avec le quai du Rhône. De multiples cours intérieures traboulent entre le quai et ces rues. Ce quartier a été construit en empiétant sur le Rhône en comblant un ancien bras du fleuve. *La place Michel Servet* est aujourd'hui fermée pour cause de travaux et l'on peut en se hissant au dessus des palissades observer l'ouverture en cours du deuxième tunnel de la Croix-Rousse reliant le Rhône à la Saône, débouchant de l'autre côté en face de Vaise, dédié aux piétons et aux deux roues.



Photo 9 : place Michel Servet et tunnel de la Croix-Rousse

On peut observer au dessus du chantier les fortifications des pentes de ce versant, mélange de vieilles structures en arches de pierre et de nouvelles parties plus grossièrement bétonnées. Au sommet, se distinguent entre terre et ciel, les immeubles multi-colorés de canuts de *la rue des Fantasques*. On lui aurait donné son nom avant qu'elle ne soit construite car il fallait l'être pour avoir l'idée de se promener sur un endroit aussi abrupte. Une série d'escaliers contournant *l'école Michel Servet* la rejoignent en nous permettant d'escalader la colline au dessus du tunnel et de parcourir de bas en haut l'intégralité du dénivelé des pentes, soit 60 à 70m, sur une pente à 18%. Une fois rejoint *la rue des Fantasques*, nous bénéficions d'une vue générale sur Lyon, de la cité internationale, du *parc de la Tête d'Or*, de la tour de la Part-Dieu (surnommée « le crayon ») et la nouvelle tour Oxygène, les 6^{ème}, 3^{ème} et 7^{ème} arrondissements. C'est là que le Dr. Laure L. travaille comme homéopathe, dans cet immeuble orange vif aux 6 étages, dédié aussi dans le passé à la soierie lyonnaise. Sa plaque est vissée à côté du vieux numéro 12 à moitié rouillé par la pluie et les années. Nous rencontrerons deux fois ce médecin, pour deux entretiens en ville.

Le cœur des pentes : traboules et Grande Côte

Nous arrivons donc au cœur des *pent*es côté Rhône, *place Colbert*, nommée ainsi en souvenir du ministre de Louis XIV ayant séjourné à Lyon dans sa jeunesse, à l'intersection de *la montée Saint Sébastien* et de *la montée de Gérard*o. C'est aujourd'hui un joli square créé en 1826 pour y implanter à l'époque un marché. Elle est protégée du soleil en été par une série de platanes. Elle ravit les boulistes et les amateurs de café en terrasse, coincée entre le panorama de la tour du crayon et les lacets du bus numéro 6 connu pour sillonner les ruelles décorées de photos des maisons du quartier et de l'effigie de Guignol. C'est *rue Lemot*, débouchant sur la placette, que Simone C. et Clothilde H. sont associées depuis 30 ans dans la pratique de la médecine générale. Nous aurons l'occasion de nous entretenir avec elles deux dans leur cabinet.

En poursuivant un peu plus loin sur la place, on arrive au numéro 9 et l'on pénètre dans *la cour des Voraces*. C'est la plus célèbre traboule *des pent*es de la Croix-Rousse qui abrite un escalier monumental, qui permet de descendre, quand la grille à mi-hauteur est ouverte, de quatre niveaux. L'environnement est un mélange de sobriété et de majesté. De nombreux films y ont été tournés. Les ateliers de canuts occupaient les lieux. En bas de l'escalier, une plaque commémorative nous indique que dans *la cour des Voraces*, « les canuts luttèrent pour leurs conditions de vie et leur dignité ». La cour tient certainement son nom d'un groupe d'ouvriers nommés les Voraces, qui s'illustrèrent par leurs insurrections républicaines de 1848 et 1849. Elle aurait servi de refuge aux tisseurs lors de leurs révoltes et devint célèbre, dit-on, par une bataille qui opposa les canuts aux soldats de l'armée régulière. En dessous des escaliers, un corridor trace notre chemin desservant les caves jusqu'à une ruelle trop étroite pour accueillir des voitures, pavées de pierres rondes longeant les immeubles dont chacun a sa tonalité de rose, jusqu'à *la montée Saint Sébastien*. Quelques mètres plus bas de cette montée, nous trouvons la *rue Imbert Colomes* sur la droite. Et à nouveau, au numéro 20 de cette rue, nous nous engouffrons dans une traboule étroite et sombre pavée de grosses pierres de taille qui donne accès à une cour que l'on traverse pour trabouler à nouveau vers la rue encore en-dessous, *la rue des Tables Claudiennes*. Elle est au dessus de *la place Chardonnet*, que l'on dévale encore jusqu'à la *rue Burdeau*. C'est ici que Roger N. a installé son cabinet et pratique la médecine générale. Sa plaque est vissée à côté de grandes portes en bois entrouvertes qui invitent à les franchir, à passer une haute grille, une rangée de boîtes aux

lettres au bois chic, pour arriver dans une courette flanquée en son centre d'une ancienne fontaine où l'on s'amuse à voir gravé dans la pierre d'ornement un caducée.



Photo 10 : cour des Voraces

De nouveau *rue Burdeau*, on descend encore un peu plus les pentes par *le passage Thiaffait*, du nom de son ancien propriétaire. Le passage a connu un renouveau réussi en abritant de multiples petits créateurs, des expositions et manifestations autour de l'art, dans une ambiance de musique techno que l'espace semble s'être curieusement approprié.



Photo 11 : passage Thiaffait

Nous arrivons *rue René Leynaud*. Nous tournons à droite vers la *montée de la Grande Côte*, pour à nouveau regimber *les pentes* dans un parcours quasiment rectiligne qui épouse parfaitement et de face le relief. La *montée de la Grande Côte* est une bien vieille rue, très empruntée au moins depuis la renaissance malgré la dureté de son profil. Elle est elle aussi un lieu de mémoire de l'histoire du quartier. On s'y remémore le contexte économique et social du début du XIX^{ème} siècle, comme dans *la cour des Voraces*. A ce moment, la ville se développe économiquement et acquiert des moyens financiers de plus en plus importants. La paix relative de la période permet comme nous l'avons évoqué le développement du commerce de la soierie et le métier à tisser Jacquard offre aux classes supérieures de s'enrichir. L'argent de ce commerce couvre les besoins des armées et l'ouverture du marché à l'étranger. A cette époque, *les pentes* de la Croix-Rousse sont, nous l'avons vu, véritablement

colonisées par les soyeux. Mais cette population n'est pas homogène. Elle est divisée matériellement comme sur le terrain en deux parties : il y a d'un côté les commerçants, ceux qui donnent les ordres, qui s'installent essentiellement dans la partie basse des pentes, où nous sommes passés par exemple au *Griffon*. Et il y a plus haut les ouvriers de la soie, les canuts, qui s'établissent dans la moitié haute des pentes, avec leurs immeubles à l'architecture adaptée. Dans la réalité quotidienne, l'habitat pour la famille autour du métier à tissé était très précaire et difficile, notamment par le bruit caractéristique des métiers, le « bistantanclaquepan » qui ne cesse même pas la nuit quand les commandes sont importantes. Il se trouve que cette population ouvrière est atypique pour son temps. Les tisseurs sont plus instruits. Ils sont aussi plus organisés et sauront développer rapidement une conscience collective de classe, travaillant à mutualiser leurs moyens, ce qui ne plaît guère au gouvernement central. Cette situation génère des tensions et des mouvements sociaux, notamment en 1848, portés par le fameux groupe des *voraces*. Mais ce dernier n'est que la face émergée d'un ensemble plus solidaire. Les canuts se révoltèrent plusieurs fois au cours du 19^{ème} siècle notamment en 1831, 1834 et 1848 en allant défier les gens de l'Hôtel de ville et la préfecture qui se trouvaient alors place des jacobins, pour tenter de revaloriser leurs conditions de vie. Ils descendirent à chaque fois par cette *montée de la grande côte*. "La troupe", les hommes d'arme du gouvernement central, refoula violemment les insurgés en 1834 à l'aide de canons, eux-mêmes hissés sur cette même montée. On imagine aisément les dégâts engendrés aux immeubles des insurgés. La ville acquiert alors une réputation d'instabilité, qui contraste avec la réputation un peu "pépère" d'aujourd'hui. *La montée de la grande côte* a bénéficié depuis quelques années d'un important effort de rénovation. Les marches basses et allongées en pierre blanche permettent d'épouser parfaitement le relief. Les immeubles y sont particulièrement colorés d'enduits récents à la chaux rose, jaune, grise, ocre. Les pas de porte sont occupés par des artisans : potiers, sculpteurs, rénovateurs, fabricants de bijoux.



Photo 12 : montée de la Grande Côte

Après avoir croisé une nouvelle fois *la rue René Leynaud*, nous croisons à nouveau *la rue des Tables Claudiennes* que nous prenons à gauche. C'est là que l'on a découvert dans une vigne deux plaques (ou tables) de bronze très bien conservées sur lesquelles est gravé le discours de l'empereur Claude né à Lyon en l'an X avant JC. Elles furent rapportées par Tacite devant le sénat de Rome pour appuyer la volonté de l'empereur, en fin politique, d'attribuer aux notables gaulois le droit d'accéder aux plus hautes charges, au même titre que les citoyens d'origine romaine. Nous passons devant la plaque (non de bronze mais de laiton) du cabinet du docteur Quentin M. au numéro 23 de la rue, médecin généraliste. Il nous recevra ici à deux reprises pour échanger autour de notre thématique de recherche. Il travaille dans cet endroit depuis maintenant 20 ans.

Quelques mètres au-delà, nous arrivons sur un espace à la vue dégagée. C'est dans ce lieu que nous avons commencé notre travail de recherche, au *café des Trois Gaules*, que nous apercevons d'ailleurs du haut de notre poste d'observation. On y voit, avant tout, les restes de *l'amphithéâtre des Trois Gaules* qui nous rappelle l'époque gallo-romaine. A la fin du XVIII^{ème} siècle, les ruines avaient disparu de la surface, remblayées pour y implanter à la place un jardin puis le funiculaire. On avait alors étonnamment oublié sa mémoire. C'est seulement en 1960 que des fouilles ont été entreprises sous la direction d'Amable Audin avec

l'appui de Louis Pradel, alors maire de Lyon. Ce fut évidemment une découverte majeure. Il est daté approximativement de l'an 19 de notre ère. Du haut de notre promontoire que constitue à ce niveau *la rue des Tables Claudiennes*, on peut observer les traces d'une grosse moitié d'une ellipse, et les restes de quelques gradins et du canal de drainage des eaux de ruissellement. On peine à imaginer la magnificence probable du bâtiment, à l'image du Colisée de Rome, bien que deux fois plus petit, aussi à 3 étages constitués d'arcades, L'ellipse mesurait 143m de grand axe et 117m de petit axe. Il pouvait contenir jusqu'à 20.000 personnes, soit la moitié de l'actuel stade de foot de Gerland. Comme évoqué en introduction, cet amphithéâtre avait deux rôles. Le premier rôle était politique. S'y réunissait de façon annuelle les responsables de chacune des 60 tribus gauloises, pour y signifier leur allégeance à l'empereur. Malgré la conquête romaine, il subsistait une société gauloise restant suffisamment individualisée pour que des membres soient désignés pour accéder aux magistratures de hauts rangs.



Photo 13 : amphithéâtre des Trois Gaules et Jardin des Plantes

Le deuxième usage de l'amphithéâtre était réservé aux fêtes populaires souvent sanglantes, comme des combats de gladiateurs, entre eux ou contre des bêtes féroces. Il fut aussi le théâtre de massacre de chrétiens, notamment en 177 avec le martyr de sainte Blandine. Cette dernière aurait résisté vaillamment à quelques lions anorexiques avant d'être victime d'un taureau. Pour être sûr qu'elle n'en réchappe pas, la légende avance qu'elle aurait été emmaillotée dans un filet.

Les restes de *l'amphithéâtre des Trois Gaules* sont accolés à un jardin. C'est plutôt un parc constitué d'arbres et de pelouses en pentes où les gens aiment à se prélasser sous l'ombre des marronniers aux fortes chaleurs de l'été. Il porte toujours le nom de l'ancien "jardin des plantes", qui en tant que tel à disparu depuis longtemps. Dès 1763, les élites de la ville, férues de botanique, ambitionnaient de créer un jardin. Le botaniste Gilibert aura la charge de le réaliser le 20 août 1776 par des terrassements qui contribueront à faire disparaître l'amphithéâtre en comblant le creux central. Une pépinière est plantée, collectionnant les arbres fruitiers et d'ornements (érables, charmes, tilleuls, aubiers, sorbiers, tulipiers, cèdres...). Il s'y ajoute une orangerie, une serre, un jardin de fleuriste et deux écoles des plantes. Le jardin est ouvert au public à l'Est par *la montée de la Grande Côte*. En 1804 le petit jardin exotique reçoit le nom de l'impératrice Joséphine à l'occasion de sa venue à Lyon. En 1817, la création de *la place Sathonay* procure au jardin une entrée monumentale. Mais l'ouverture du *parc de la Tête d'Or* rend le jardin inutile aux yeux des responsables de la ville. On y déménage alors l'orangerie et la partie orientale du jardin est sérieusement écornée par la construction du funiculaire et de l'école des tables claudiennes. Le jardin devient alors une friche que la ville essaie de vendre sans succès.

En revenant sur nos pas *rue des Tables Claudiennes*, nous reprenons toujours vers le sommet *la montée de la Grande Côte*. Et on arrive sur la dernière et plus haute de ses portions dans un espace aujourd'hui largement dégagé. Dans les années 1970, on rénova l'endroit en détruisant de petites maisons qui avaient vu à l'époque passer des drapeaux noirs des canuts, jugés par la mairie comme des taudis. Un groupe HLM a été construit par l'architecte R. Bouteille. Il a été mis en place des jardins en gradins qui font aujourd'hui le bonheur des habitants du quartier comme des visiteurs. Les enfants investissent l'espace à 16h30 à la sortie de l'école, et les deux petites aires de jeu qui leurs sont dédiées. Leurs parents s'installent sur les nombreux bancs publics pour échanger ensemble ou lire un livre. Le sommet de la montée offre ainsi aujourd'hui une vue magnifique et dégagée sur la ville de Lyon qui s'étend jusqu'au Pilat à 35 km vers le sud. *La montée de la Grande Côte* se termine

par une petite ruelle commerçante, *la rue des Pierres Plantées*. Son nom provient de la présence dès la fin du 18^{ème} siècle de grosses pierres interdisant le passage des attelages lourds, qui ne pouvaient emprunter sans danger les parties les plus raides de *la montée de la Grande Côte*. La rue est bordée de maisons de seulement trois étages, récemment rénovées, conservant le caractère pittoresque et coloré du quartier. C'est dans cette rue, juste avant l'école du *groupe scolaire Aveyron* que nous voyons la plaque de plexiglas incrustée d'une écriture noire, vissée sur une planche de bois délavée par la pluie, de Mathilde S.. Elle s'est installée comme médecin généraliste il y a tout juste quatre ans, reprenant le local d'un médecin ostéopathe. Nous nous connaissons bien. Elle me recevra après bien des hésitations chez elle pour un entretien formel.

Du boulevard aux quais de Saône



Photo 14 : place de la Croix-Rousse

On arrive sur *le plateau de la Croix-Rousse*, la place et le boulevard du même nom. La *place de la Croix-Rousse* est un endroit très ouvert, ornée de platanes, cernée d'immeubles un peu disparates, toujours aux mêmes couleurs du quartier. Au centre J.M. Jacquard trône par sa statue où l'on peut lire l'inscription suivante : « bienfaiteur des ouvriers en soie, inventeur des métiers à tisser pour la fabrication des étoffes de luxe ». Un petit manège attire chaque jour les enfants.

Au fond de la place commence *la grande rue de la Croix-Rousse*. Si on la remonte jusqu'au bout à contre-sens, on arrive à *l'hôpital de la Croix-Rousse* où travaillent les Yves U., Paul G. et Hervé K., spécialistes des maladies infectieuses avec qui nous avons mené plusieurs entretiens. L'hôpital de la Croix-Rousse est aujourd'hui l'un des trois grands pôles hospitaliers des Hospices Civils de Lyon (HCL). Né sous l'ère du préfet Claude-Marius Vaïsse afin de désengorger l'Hôtel-Dieu, la construction de l'Hôpital de la Croix-Rousse commence en 1855, sous la direction de Hugues-François Dubuisson de Christot, architecte des HCL. Il est inauguré le 7 décembre 1861. Il s'agit d'une des réalisations majeures ayant suivi l'intégration de l'ancienne commune de la Croix-Rousse à la ville de Lyon en 1852. En 1863, une épidémie de fièvre typhoïde survient dans l'arrondissement. Dès lors, la prise en charge des maladies infectieuses sera l'une des caractéristiques de l'hôpital. Au début de l'année 2012, il regroupe 523 lits d'hospitalisation complète, 95 lits d'hospitalisation de semaine, 25 places de chirurgie ambulatoire, 37 places d'hôpital de jour, 4 places d'orthogénie. La modernisation du site est en cours depuis plusieurs années avec le réaménagement ou la construction de nouveaux bâtiments : centre de Biologie Nord, maternité, bâtiment de gynécologie obstétrique et bâtiment médico-chirurgical, et la rénovation des anciens bâtiments.

Retournons sur le *boulevard de la Croix-Rousse*, l'un des rares de Lyon. Il a été créé après 1856 à la suite du déclassement des fortifications construites après 1831. En haut, au tout début du boulevard, se trouve une vaste étendue d'herbe construite récemment à l'occasion de la création d'un parking sous-terrain inauguré en 2008. *La place Bellevue* qui s'y accole donne une vue très dégagée, le Rhône en bas, sur toute la partie orientale de l'agglomération et jusqu'aux Alpes où le mont blanc est parfois visible à la gauche du panorama. Au milieu de cet espace, on trouve le fameux gros caillou. Les géologues décrivent un manteau morainique sur le haut *des pentes* comme sur le plateau de la Croix-Rousse. Ces moraines sont très hétérogènes, constituées d'argile, de cailloux et de plus gros blocs dits erratiques en provenance des Alpes. Le gros caillou en est le plus célèbre. C'est juste devant

que se situe le cabinet de médecine générale d'Eric O qui nous y recevra en début de recherche. Là aussi, il ne nous sera pas accordé de deuxième visite.



Photo 15 : place Bellevue et le Gros Caillou

Le début du boulevard est célèbre à l'automne pour la dernière vogue de la ville, *la foire aux marrons*. Lyon en comptait plusieurs dizaines par an au 19^{ème} siècle. Elle assure aujourd'hui une animation bruyante et scintillante les après-midis et soirées, de manèges colorés et diverses attractions : tire à la carabine, attrape-peluche, train-fantôme, grand-huit, auto-tamponneuses... Certains habitants de la Croix-Rousse, un peu réfractaires au côté lucratif de la foire, proposent dans le même moment *vogue la galère*, une foire alternative, familiale et bon enfant où tous se retrouvent autour de pêches à la ligne, de chamboule-tout, marelles et contes africains.

La foire aux marrons s'installe entre-autre à l'ancienne place d'arrivée de l'ancienne ficelle, sur la gauche du boulevard que l'on commence à descendre. En 1866, la jonction des pentes et du plateau est assurée à cet endroit par deux trains accrochés à une ficelle en fer d'acier qui s'enroule au sommet du plan incliné autour d'un tambour actionné par une machine à vapeur. La station du bas se situait donc comme évoquée, à l'emplacement de *l'amphithéâtre des Trois Gaules*. Les trains étaient au départ des voitures découvertes, puis

fermées par la suite, avec notamment la possibilité d'y placer des voitures attelées. Le tarif était de 10 centimes par personne en deuxième classe et 20 centimes en première. La compagnie fit rapidement des bénéfices car le trafic n'eut de cesse d'augmenter. En 1887, le conseil d'administration votera un dividende de 52 francs par action de 500 francs. Il s'acharnera à empêcher la mise en service d'un autre train *place Croix-Paquet*. En 1883, il a eu plus de 4 millions de recettes pour un nombre de passagers supérieur à 3.800.000 et 21.630 voyages. La ficelle fut incontestablement un grand succès économique et populaire. Le tunnel existe toujours aujourd'hui et continue à relier, cette fois pour les automobiles le bas du haut de la Croix-Rousse.

Un peu plus loin sur la droite du Boulevard se situe *le café du Chantecler*, véritable institution de la Croix-Rousse, où les gens aiment à se rencontrer en été sur les terrasses et en hiver à l'abri du froid sous les vérandas. Nous y avons donné rendez-vous à plusieurs de nos informateurs pour échanger autour d'un café ou d'une bière. C'est là aussi que le docteur Jean-Pierre DONDIN, médecin emblématique du quartier, décédé il y a 5 ans, avait créé *l'académie du Chantecler*, comme le rappelle encore une plaque dans l'établissement. L'académie se réunit encore aujourd'hui. Elle propose aux soignants des environs, des échanges philosophiques, historiques et plus rarement ludiques, autour de la pratique du soin ou d'autres thèmes, et surtout autour d'une bonne table lyonnaise. Le Dr DONDIN était l'un de ces médecins à l'ancienne comme on se plaît à les imaginer. *Le boulevard de la Croix-Rousse* accueille chaque matin un marché, l'un des trois plus étendu et animé de Lyon. Monsieur DONDIN était connu pour aimer le parcourir et prendre le temps de discuter avec les patients qu'il croisait. Il pouvait comme cela, entre l'achat du pain, de poireaux et de fromages de chèvre, sortir un stylo et une ordonnance pour y griffonner la prescription de quelques médicaments afin que la personne passe la fin du week-end en meilleure santé.

En continuant la descente du *boulevard de la Croix-Rousse*, nous passons devant la mairie du 4^{ème} arrondissement. Juste en face se situe le cabinet du Dr Marc F. au pied d'un des immeubles typiques du boulevard, derrière deux rangées de platanes. Sa plaque en laiton de médecin généraliste est, elle aussi, vissée sur le pourtour en pierre de taille qui forme l'entrée par une grosse porte en bois, juste sous le "110" peint en blanc sur le petit panneau métallique bleu foncé qui indique le numéro des rues. Et c'est dans la petite rue qui fait l'angle, *la rue de Vauzelles*, coincée entre le boulevard et les pentes, qu'habite le Dr Juliette U. et sa famille chez qui j'ai eu maintes fois l'occasion de passer les soirées à discuter sur la médecine, l'anthropologie, la santé publique et les questions de développement. La pédiatre

Laurence B., elle, est installée un peu plus bas encore du boulevard, avant l'ancienne école des institutrices créée à la fin du XIX^{ème} siècle. On peut encore y admirer l'ancien portail renaissance de la propriété seigneuriale qui en occupait avant l'emplacement. L'école des institutrices est en cours de réhabilitation pour y réunir à la rentrée prochaine deux collèges du quartier.



Photo 16 : boulevard de la Croix-Rousse

On croise un peu plus loin la montée de la *rue de la Tourette*, puis après une nouvelle belle rangée d'immeubles, on arrive en haut de la *rue des Chartreux*. C'est là sous le numéro 1 de la rue que l'on peut voir la plaque du Dr Pierre I., spécialiste en hépato-gastro-entérologie, à côté d'une petite porte en bois étroite, au dessus de laquelle on peut noter une sculpture à l'effigie des quatre membres propriétaires de l'immeuble lors de sa construction. Nous arriverons avec peine à obtenir un bref entretien dans son cabinet. *La rue des Chartreux*

est l'extrémité de la voie romaine de Germanie. C'est ici le quartier du *Clos Jouve*, un ancien champ de manœuvre. Il y a été construit dans les années 1920 un groupe HLM par l'architecte Clermond à l'initiative d'Edouard Herriot, maire de Lyon. Les façades sont décorées avec sobriété dans un modèle inégalé en qualité pour des habitations à bon marché. En longeant ces bâtiments, nous empruntons sur la droite *la rue Pierre Dupont*, dont le nom rend hommage au poète et auteur de chansons populaires. Nous passons devant le dôme de l'église des chartreux et de l'école privée du même nom, célèbre pour son élitisme et la qualité de son enseignement. L'église a été construite en hommage à Saint Bruno, fondateur de l'ordre. Juste après le numéro 46 de la *rue Pierre Dupont* où le poète a vécu ses dernières années en 1870, nous croisons le cabinet de Jacques E., signalé par plaque professionnelle gravée en noir dans du marbre blanc, dans une résidence moderne à l'image des bâtiments de la rue, éloignés du charme multicolore des vieux immeubles canuts. Il exerce la médecine générale depuis bien des années. Il nous recevra une fois, donnant l'impression de ne pas bien comprendre l'utilité de notre démarche.



Photo 17 : quai de Saône

Nous finissons par rejoindre *le cours Général Giraud* qui longe *le jardin des Chartreux* tout en longueur. Entre les deux se situe une promenade (pour voitures) du début du siècle, faite d'alignements de platanes et de sycomores, longée d'une barrière métallique implantée en 1907. C'est de l'autre côté de la voie que Lilian S. tient son cabinet, un peu isolé et discret, à l'image de sa pratique de médecin homéopathe, que nous arriverons une fois à rencontrer.

Le cours Général Giraud fut complètement terminé en 1859 par l'achat d'une maison appartenant aux époux Suffren, qui permit de relier le cours à la rue de l'annonciade, par un viaduc, en créant au dessus un grand perron qui constitue la terrasse en bordure de la *place Rouville*, un autre des plus beaux points de vue sur la ville. Elle a nécessité l'emploi de 1260m² de pierres de couzon.



Photo 18 : maison Brunet

Dans son côté opposé au point de vue, *la place Rouville* est dominée par la masse de la *maison Brunet*, construite en 1826. Elle symbolise l'année avec ses 4 montées d'escalier et ses 365 fenêtres. En 1831, cet immeuble de canuts fut transformé en citadelle par les insurgés. Si nous poursuivons *le cours général Giraud*, il se poursuit donc par *la rue de l'Annonciade*. C'est là en milieu de rue que j'ai transféré mon cabinet en janvier 2012 de *la rue des Chartreux*, où je m'étais installé sept ans auparavant.



Photo 19 : rue de l'Annonciade

Et c'est ici que s'achève notre visite en terrain canut. Il existe une petite vigne un peu plus haut, dans *le parc de la Cerisaie* sur le plateau, non loin du quartier du *clos Jouve* que nous avons traversé. La vigne est protégée des étourneaux par un fin grillage où est accroché un petit écriteau où l'on peut lire « *république des Canuts* », du nom d'un petit groupe d'amoureux qui travaille à défendre l'histoire, les traditions et l'esprit du quartier. Même si tout cela est difficile à mesurer, il semble exister ici une dynamique sociale un peu

particulière de par ces associations, ces initiatives pour la justice sociale à l'échelle locale comme dans un horizon plus large, de par l'esprit un peu rebelle et encore frondeur des habitants. Jusqu'à il y a à peine un an, les médecins de la Croix-Rousse refusaient de participer à l'organisation en maison médicale de garde, pour favoriser leur propre gestion, entre eux, de la permanence de soins. Jusqu'à l'an dernier encore, le crieur public de la Croix-Rousse développait à sa manière l'esprit du quartier, occupant chaque dimanche matin *la place de la Croix-Rousse*, criant devant les curieux, des messages récoltés des uns et des autres, proposant un espace atypique d'échanges et de débat. Il y a peu de temps encore, j'ai pu voir en quelques coups de textos une manifestation spontanée s'organiser pour empêcher la venue dans le quartier d'un ministre aux idées jugées contraire à l'esprit des lieux. La population semble vouloir ici plus qu'ailleurs s'identifier à ce territoire *des pentes*, qu'elle s'approprie, et dans lequel elle se reconnaît. On se plaît à penser qu'une part non négligeable de cet esprit libre trouve son inspiration dans l'histoire que les canuts ont écrite tout au long du XIXème siècle. Il n'y a plus de métier à tisser, les activités ont changé, mais les esprits semblent vouloir persister dans cette envie d'être les héritiers d'une société qui se voulut et qui fut solidaire.



Photo 20 : immeuble coloré

3^{ème} partie : « Je de vérité », essai d'auto-analyse

Comme nous l'avons dit en introduction et dans la partie sur la méthodologie, notre travail de recherche se base sur une démarche réflexive qui invite à considérer que le point de vue du chercheur qui est présenté au lecteur, est d'abord un point de vue particulier. Alors prétendre objectiver comment se construit la vérité des médecins et quel rapport ils pensent entretenir avec la réalité du vivant, ne peut aller sans se risquer soi-même, et en premier lieu, à livrer ses propres réponses et théories. L'exercice de mettre par écrit mes positions vise à les conscientiser davantage, et à ouvrir ainsi la voie à une démarche de connaissance que nous qualifions de plus scientifique. C'est par ce principe que je présente dans cette partie un texte écrit en début de thèse, comme *une auto-analyse* qui vise à donner mon propre point de vue. Il permettra au moment de conclure une analyse dynamique de l'évolution de mes idées au fil du temps de cette démarche de recherche. Je présente ce texte en italique pour rappeler cette rupture chronologie et de genre dans la rédaction.



Photo 21 : Docteur Jean FAYA, médecin de ville...

CHAPITRE VI : Dire sa vérité.

« Narrer l'histoire de la pensée constitue probablement la seule manière économe et efficace de décrire son mécanisme. C'est l'histoire de la pensée humaine qui révèle en effet son essence ». (JORION, 2009, p.15)

Récit de ma vérité

Il est vrai selon moi que l'hépatite B est une maladie grave parce qu'elle tue 7 fois plus que le sida. Il y a 300.000 porteurs chroniques du virus et une personne vivant en France sur 100 est en contact à un moment de sa vie avec le VHB. C'est une maladie qui se transmet par voie sexuelle et qui est 80 fois plus contagieuse que le VIH. Elle se transmet aussi par voie orale à l'occasion d'un contact sang-salive. Plus le virus est présent (Afrique), et plus la transmission se fait par voie orale. La transmission en France est avant tout sexuelle. Il est vrai selon moi, que le vaccin contre l'hépatite B est un mode de prévention efficace. Il stimule l'immunité, par la synthèse d'anticorps qui persiste pour la plupart toute la vie. Le vaccin contre l'hépatite B est je pense sans danger, même si j'accepte l'idée que les effets secondaire au long court sont impossibles à connaître.

Comment donc en suis-je arrivé à dire et penser cela ? D'où proviennent donc ces idées?

Avant mes études.

Je n'ai pas le souvenir d'avoir entendu parler de l'hépatite B avant d'être étudiant en médecine. J'ai juste le souvenir d'une sœur bien malade pendant plusieurs semaines d'une hépatite, la « A » probablement. C'est je crois d'ailleurs le seul épisode de maladie marquant dont je me rappelle dans ma fratrie du fait des vomissements, de la faiblesse qu'elle avait engendrée. J'ai peu de souvenirs aussi de la vaccination. Le vaccin ne faisait guère débat dans le milieu familial et mes parents se contentaient de suivre les recommandations de notre médecin de famille. Je me rappelle simplement enfant avoir été bâillonné (en fait maintenu par deux adultes) sur une table d'examen pour subir l'inoculation. Je garde de cet épisode la sensation assez dramatique d'une peur panique. La polémique sur le lien entre sclérose en

plaque et le vaccin a éclaté plus tard, au milieu des années 1990 et j'étais déjà alors étudiant en médecine.

Pendant mes études.

Pendant mes études de médecine, je me rappelle les heures passées à tenter d'apprendre les mécanismes étiologiques, les listes de symptômes et de stratégies thérapeutiques. Tout cela était ingurgité sans grand questionnement il me semble, dans la mesure où cet ensemble d'énoncés provenait de professeurs éminents et respectés qui étaient à mes yeux, eux-mêmes garants de la validité de ce qu'ils nous enseignaient. Nos professeurs nous expliquaient l'importance de protéger notre pratique de notre propre subjectivité en basant nos décisions sur des données objectives, issues de l'expérimentation clinique et de ses outils plébiscités : enquêtes cohortes et cas-témoins, analyses mathématiques multivariées et tests statistiques, essais thérapeutiques en aveugle ou double aveugle... Au-delà d'une façon de penser, je m'aperçois qu'il est difficile d'énoncer les connaissances qu'il me reste de l'enseignement universitaire et probablement ai-je tendance à sous-estimer le savoir qui en résulte. J'ai ainsi peu de souvenirs de mes cours sur l'hépatite B. Je me rappelle des tableaux présentant les différents modes de transmissions des différents virus A, B, C, D... Je vois encore le tableau de la cinétique des anticorps et antigènes qui se produisent lors d'une infection par le virus de l'hépatite B, tableau que je ne pense toujours pas aujourd'hui être en capacité de reproduire sur une feuille de papier (cf ANNEXE 4). Je n'ai pas non plus de grands souvenirs de mes cours sur la vaccination. Je ne suis pas sûr d'ailleurs d'en avoir eu... Je me souviens d'un livre d'immunologie qui venait d'être édité au moment où le professeur nous enseignait son contenu. C'était un homme sympathique qui promettait dix francs à celui qui débusquerait une coquille dans son ouvrage. Je me rappelle assez vaguement le long détail des mécanismes divers d'immunité cellulaire et humorale et des schémas plus ou moins compréhensibles de son ouvrage. Il y avait sûrement un chapitre sur le vaccin en fin de document mais je n'en ai pas le souvenir. Je me demande si nous avons eu le temps de parcourir le livre jusque là. Il est vrai que le vaccin était objet de bien peu de débat. Nos professeurs nous apprenaient à quel moment et comment l'effectuer, toujours de façon un peu rapide, en fin de cours, sur telle ou telle maladie. Aucune controverse ne semblait trouver place à l'université. J'étais du coup fort irrité et agacé d'entendre dans les médias ou mon entourage familial ou amical, des doutes et des critiques sur le vaccin. Nous

étions en pleine affaire sur le vaccin de l'hépatite B et du lien potentiel avec la sclérose en plaque. Et comme beaucoup de mes collègues, j'étais ulcéré de voir dénigrer cette arme thérapeutique majeure. Le dernier jour de mes études correspondit avec le jour de la naissance de mon deuxième enfant. Ses cousins maternels étaient le lendemain venus la visiter à la maternité, et deux jours après l'un d'eux déclara la rougeole. J'étais bien étonné et je demandais à la maman comment la petite avait pu faire la rougeole quand les enfants en France sont vaccinés. Elle m'apprenait alors qu'elle n'avait pas souhaité faire le vaccin. J'étais éberlué et furieux de savoir que de ce fait, elle avait, bien sûr sans le savoir, exposé mon enfant tout nouveau-né à cette maladie infantile grave. J'avais une sorte de colère contre ce mouvement anti-vaccinal. Je voyais aussi que cette irritation m'handicapait dans ma pratique quotidienne. Quand les gens opposés sentaient mon raidissement, le dialogue devenait difficile.

J'ai ressenti le besoin à l'issue de mes études de médecine et de mes premières expériences en santé publique que j'évoquerai plus tard, d'élargir l'enseignement théorique que j'avais reçu vers une approche plus "populationnelle" qui aborderait la santé par le groupe, et non centrée sur le seul individu. J'ai repris un cursus universitaire de santé publique en 2002. Un module d'initiation en sciences humaines m'a montré comme une évidence que je pouvais aller chercher des réponses à mes questions dans ce sens. Je me suis inscrit à l'université en anthropologie un an plus tard. J'ai consacré mon travail de recherche de DEA, aussi inspiré par la précédente anecdote familiale, à ceux que j'appelais « les résistants à la vaccination », à propos du vaccin de la rougeole. J'allais donc à la rencontre des personnes notamment dans les salons de l'écologie, sans dire que j'étais médecin. Ce travail de décentrement aura été une forte expérience. Au final, après l'avoir écoutée, je comprenais mieux la logique de beaucoup de ces parents que je pourrais résumer ainsi brièvement : la rougeole, il n'y en a plus en France (ce qui n'est plus vrai depuis 2010 ; le vaccin, personne ne peut nous garantir son innocuité ; alors pourquoi prendre le risque de vacciner ? Mais j'étais aussi surpris qu'aucun d'entre eux n'ait éprouvé le besoin, pour soutenir ce positionnement, de s'intéresser à la maladie en elle-même, considérée de toute façon comme une maladie bénigne, soignable facilement par des antibiotiques (la rougeole est un virus non sensible aux antibiotiques). Les principales complications cérébrales n'étaient pas connues. J'ai aussi rencontré les associations dédiées à la lutte anti-vaccinale, et constaté la bonne foi et les convictions de leurs leaders, tout comme de la même façon, leur méconnaissance de la réalité biologique de la maladie.

Ma pratique de "santé publique".

A la fin de mes études de médecine en 2000, je me dirigeais, comme c'était mon souhait au départ, vers la pratique de la santé publique et de la médecine humanitaire. J'ai travaillé à l'occasion de mon service national pendant deux ans dans une grande ONG médicale française à Lyon, à temps plein, puis pendant trois ans dans la même association comme responsable des actions de terrain « hors centre de soins ». La vaccination avait évidemment une place centrale dans ce travail auprès des populations cibles, notamment migrantes. C'était un vrai casse-tête de savoir comment s'assurer de la bonne couverture vaccinale de ces personnes qui n'avaient pas de carnet de santé et qui ne parlaient pas français. Mais il me semblait que ce public migrant du sud ou de l'est était toujours très demandeur d'être vacciné. Il ne me paraissait pas exister de résistance de leur côté. En même temps, le niveau de communication avec eux était encore une fois très mauvais. J'avais dans le même temps une matinée de vacation par semaine dans un service hospitalier dédié à l'accueil des populations précaires. Je bénéficiais là de tous les moyens techniques de l'hôpital et chacun de mes patients, migrants pour la grande majorité, se voyait proposer à la première consultation une prise de sang pour un bilan de « routine » incluant les sérodiagnostics de l'hépatite B et C et du VIH. C'est là que j'ai "vu" l'existence de ces maladies. J'ai eu l'occasion de faire chez trois patients le diagnostic d'une infection à VIH. J'ai vécu la grande difficulté pour le patient d'une vie qui bascule dans un incertain effrayant. Et puis, d'une voie moins douloureuse, j'ai été surpris du nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite B que je rencontrais, même si la plupart avaient spontanément guéri (90% des personnes en contact avec le virus VHB guérissent spontanément et 10% développent une maladie chronique qui fait la gravité de l'infection). Il me semblait qu'une personne sur deux, notamment originaire d'Afrique sub-saharienne avait été contaminée. Je trouvais incroyable que l'on en parle aussi peu, notamment par rapport à la forte médiatisation contre le VIH, alors que pour cette maladie, un vaccin efficace est disponible. J'ai échangé sur la question, travaillant déjà depuis plus d'un an dans la structure, avec une anthropologue qui faisait une étude sur la prise en charge des migrants de l'ONG évoquée précédemment. Je lui présentai ce constat de la forte prévalence du VHB, alors qu'un vaccin était disponible. Elle me demanda comment je m'organisais pour vacciner ceux qui n'étaient pas infectés. Je fus mis brutalement face à ce qui me semblait une incroyable incohérence personnelle. Je n'avais en effet vacciné personne contre le VHB depuis le début de mon activité dans cette vacation. Ce constat a été un vrai déclencheur : dans une certaine excitation, je prenais conscience d'un

problème de santé publique probablement majeur, qui avait à disposition une arme thérapeutique efficace, et que j'allais donc m'en investir et remplir de belle manière ma mission de soignant.

J'avais créé en 2004 avec quelques amis, autant de jeunes soignants que des étudiants en anthropologie rencontrés à la faculté, une association locale, dont l'objectif était de mener des projets de santé publique de façon multidisciplinaire avec des anthropologues et des médecins. Je décidais donc, avec la même anthropologue précédemment citée, d'écrire en 2006 un projet de prévention contre l'hépatite B chez les populations migrantes. J'effectuai alors un travail de bibliographie approfondi sur notamment l'épidémiologie et les modes de transmission de ce virus. J'ai découvert avec surprise le peu de données chiffrées sur l'épidémiologie du VHB dans notre pays. C'est seulement en 2004, que la prévalence de l'AgHBS (marqueur de l'infection chronique au VHB) a été estimée en France métropolitaine à partir d'un échantillon aléatoire de 14 416 assurés sociaux du régime général âgés de 18 à 80 ans. La prévalence de l'AgHBS serait de 0,65% soit 280 821 personnes touchées dont seules 44,8% connaissent leur statut. Cette prévalence est plus élevée chez l'homme (1,1%) que chez la femme (0,21%), chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (critère de précarité sociale) (1,8%) que chez les non bénéficiaires (0,57%), chez les personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (5,25%) que chez celles nées en France métropolitaine (0,55%) (MEFFRE, 2006). J'étais ahuri de voir l'ampleur de cette maladie dont personne ne parle. Je constatais encore que la mortalité associée (personne décédant avec une infection par le VHB) et imputable au virus n'était pas précisément connue. Elle était estimée à ce moment en France par une seule étude basée sur les certificats de décès de 2001. L'analyse avait abouti pour le VHB à 1 507 décès associés, dont 1 327 imputables. La majorité des décès imputables (94,6 %) était liée à une cirrhose associée dans 33,1 % des cas à un carcinome hépatocellulaire. (PEQUINIOT 2008). Nous pouvons penser que ce chiffre était sous estimé car il était possible que des gens n'aient pas connaissance de leur affection au moment du décès ou que plus probablement, le médecin qui rédigeait le certificat de décès n'y mentionne pas le diagnostic. Je réalisais que les chiffres entendus à ce moment n'étaient que pure spéculation. Je choisissais pour ma part d'évoquer le nombre de 3000 cas de décès par an lorsque j'en parlais à mes patients pour les convaincre de se faire vacciner. Cette maladie semblait bien être l'une des trois maladies infectieuses qui tuent le plus en France, et on en ignorait précisément le taux de mortalité. Pour la transmission, les données étaient là encore étonnamment très floues. J'avais discuté en 2001 avec un ami médecin chercheur en épidémiologie que je considère comme un spécialiste. Il m'avait dit que le VHB se

transmettait autant par voie orale que par voie sexuelle et sanguine. J'en avais été fort surpris car je n'avais pas connaissance de la transmission orale, qui si mes souvenirs ne me faisaient pas défaut, n'avait pas été évoqué au cours de mes études. Il disait que plus il y avait de virus dans la population, plus la transmission se faisait par voie orale et moins il y avait de virus, plus la transmission se faisait par voie sexuelle. C'est la théorie que j'ai exposée pendant longtemps à mes patients. Lors de ce travail de bibliographie, je ne trouvais pas de trace de cette transmission orale. La conférence de consensus de l'ANAES de 2003 rappelait par exemple les modes de transmission du VHB :

« Ils sont liés à la présence du virus dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétions vaginales et dans la salive à des concentrations plus faibles). Il existe quatre modes principaux de transmission du VHB :

o Les relations sexuelles non protégées

o Le contact direct ou indirect avec du sang infecté : risques professionnels et nosocomiaux, usage de drogues intraveineuses ou per-nasales, actes avec effractions cutanées en l'absence de règles strictes d'hygiène

o La transmission de la mère à l'enfant, essentiellement au moment de l'accouchement si la mère est porteuse du VHB

o Les contacts étroits avec des personnes vivant avec un sujet infecté (essentiellement intrafamiliaux), le plus souvent par excoriation cutanée ou par l'intermédiaire d'objets de toilette piquants ou coupants

NB : le mode de contamination du VHB n'est pas retrouvé dans 30% des cas. »

Je me suis décidé un soir à visiter chez lui un autre ami [Yves U.], infectiologue et praticien dans le centre de référence hospitalier de Lyon, que je considère lui aussi comme une référence. Je lui posai cette question de la transmission. Là, je fus très surpris de voir que lui-même n'avait pas de réponse bien nette et semblait suffisamment hésitant pour allumer son ordinateur et se rendre sur une base de données d'un site internet anglo-saxon qu'il me présentait comme la source fiable. Le site expliquait qu'une transmission orale était effectivement possible mais non par un contact salive-salive comme je me le représentais spontanément mais par un contact sang-salive. C'est toujours cette version, six ans après que je présente à mes patients. Mais je ne suis pas retourné sur ce site depuis, et je n'ai pas fait depuis de nouvelles recherches bibliographiques.

Comment ce fait-il donc que pour cette maladie infectieuse qui semble être un de celles qui tuent le plus en France, les choses soient si incertaines ? Cet épisode sur les données chiffrées m'a beaucoup déstabilisé, voir déprimé. Constaté le peu de données et les inexactitudes sur un sujet aussi prioritaire que cette infection me laissait à penser que dans bien d'autres domaines, les arguments que j'avance à mes patients sont tout aussi incertains... Après plusieurs mois de recherche de financement que nous n'avons jamais obtenu pour ce projet, nous avons fini par le réécrire sur un terrain plus local, celui des pentes de la Croix-Rousse pour proposer une recherche-action sur le thème de l'hépatite B et

sur la promotion de la vaccination. L'idée était de proposer deux réunions introductives, l'une sur la maladie et l'autre sur le vaccin, auxquelles étaient invités largement tous les soignants du quartier, associations et toute la population, par une information large (courrier, affichage, flyers dans les écoles). Une vingtaine de professionnels de santé ont assisté aux deux réunions et une seule mère de famille est venue... Il était proposé à l'issue de créer un groupe de travail sur comment promouvoir la vaccination. Seules trois personnes se sont proposées, et aucune du quartier. Le projet s'est terminé là. Je suis là encore définitivement bousculé. Les données sur la maladie sont floues, la prévalence semble malgré tout très forte, et personne ne semble s'y intéresser.

Mon cabinet de médecine générale.

Depuis le début de mon installation comme médecin généraliste en 2005, j'ai finalement peu de patients atteints d'hépatite B chronique active dans ma clientèle. Je pourrais en citer 3 ou 4. Aucun d'entre eux n'est à un stade avancé et aucun d'entre eux n'est sous traitement. J'ai été une seule fois en contact avec la maladie, auprès d'un patient d'une quarantaine d'années, alors artisan dans mon quartier, atteint des hépatites B et C chroniques et actives. A l'examen, je pouvais sentir son foie au bout de mes doigts (un foie sain est non accessible à la palpation car situé sous les côtes). C'est toujours une sorte de choc que de "toucher la maladie". Et le choc dans ce cas là se dédoublait par le fait que le patient a toujours refusé de se soigner. Il partait du principe que dans quelques années il aurait fait le tour de son œuvre professionnelle et que la mort ne serait pas un problème. J'ai eu beaucoup de mal à accepter son positionnement. J'ai déployé maints efforts pour le convaincre d'aller en consultation spécialisée, ce qu'il a fait une fois, sûrement pour me faire plaisir. Il n'a par la suite jamais voulu prendre sur son temps de travail pour réaliser les examens complémentaires nécessaires au bilan pré thérapeutique.

Pour ce qui est de la vaccination, j'ai eu plusieurs phases dans ma manière d'aborder le vaccin en consultation. Il y a eu « l'avant mémoire de DEA » où j'avais tendance à me raidir face à des parents dubitatifs ou opposés au vaccin pour leur enfant. Je sortais alors un discours sur les intérêts de vacciner, écrivais une ordonnance, proposais aux parents de réfléchir, d'en reparler à la prochaine consultation. Quand les parents revenaient toujours dans les mêmes positions, je vivais les choses comme un affront. Finalement, pourquoi venir me voir, s'ils n'accordaient pas de crédit à ce que je leur disais. Je me sentais par la suite

mal assuré avec ces familles. Mon travail d'anthropologie sur les « résistants à la vaccination » a fait que je me suis détendu sur le sujet. J'abordais les choses avec plus de détachement, plus sur le ton de la plaisanterie : finalement, ce n'est pas si grave, c'est aussi le collectif des autres vaccinés qui protégera l'enfant. Je me souviens d'un couple de parents fort sympathiques, et fortement opposés à la vaccination. Nous avons beaucoup échangé sur le sujet, j'étais resté ouvert, attentif et respectueux de leurs arguments. Ils appréciaient mon positionnement et cela me valorisait. Leur enfant, non vacciné, a attrapé la coqueluche à l'âge de 3 ans. Il a été très malade pendant au moins 6 mois, avec des toux qui l'empêchaient de dormir, de manger. Il faisait des allers-retours à l'hôpital. J'ai toujours l'image en tête de ce petit garçon sur ma table d'examen, livide, toussant proche de l'asphyxie, finissant son effort dans un vomissement. Cette histoire a été l'occasion d'une vraie remise en question, comme un retour de manivelle. J'étais très culpabilisé de n'avoir peut-être pas assez insisté, de m'être laissé aller à une connivence sur la question avec ses parents. J'ai revu récemment la maman et l'enfant pour une consultation de suivi, un an après sa guérison. Constatant que l'enfant grandissait de belle manière, elle me dit que c'est probablement la coqueluche qui lui avait permis d'apprendre à lutter et du coup d'être aujourd'hui plus vigoureux. Je me suis retenu de lui dire qu'elle ne pouvait dire cela, que son enfant avait failli mourir à l'époque de cette affection. J'ai vécu des expériences similaires avec les nombreux cas de patients atteints de rougeole que j'ai vus cet hiver et le constat de la sévérité de l'affection. Voir ces maladies et ces malades souffrants a peut-être réorienté mon discours vers plus d'insistance sur l'intérêt de se faire vacciner.

Je n'ai d'autre part aucune crainte par rapport aux potentiels effets secondaires à long terme de la vaccination contre l'hépatite B, notamment des suspicions de maladies chroniques, neurologiques, scléroses en plaque, myosites et autres. Je ne saurais trop dire pourquoi. J'ai l'impression que le recul est probablement suffisant. J'ai par contre une vraie peur de l'allergie après injection, de ce que l'on appelle le choc anaphylactique, sorte de décompensation de la pompe cardiaque du fait d'une réaction allergique brutale. J'imagine la chose catastrophique chez ces nourrissons que je vaccine à 2 mois de vie. Je me suis toujours demandé comment je pourrais rebondir, continuer mon métier si un enfant décédait suite à un vaccin que je lui aurais moi-même effectué. Je pense que je ferais une dépression. J'ai vraiment à lutter contre ce sentiment d'être un empoisonneur potentiel, notamment quand je fais les deux premières injections dans les cuisses toutes menues des tout-petits. Il est recommandé par les autorités de santé de laisser un individu vacciné en salle d'attente quelques minutes pour prendre en charge cet éventuel accident. Je ne respecte pas cette

mesure. Je ne connais pas de médecin qui respecte cette règle d'ailleurs. J'aurais peur pour ma part de dramatiser l'acte, de faire peur autant au patient qu'à moi-même d'ailleurs. Mais je me suis quand même préparé à cette éventualité. J'ai une petite note posée en permanence sur ma table de soin avec un tableau sur les doses d'adrénaline à injecter, pré-calculées par fourchette de poids de l'enfant, pour ne pas avoir à les calculer dans la panique. Et dans le tiroir juste en dessous, il y a toujours une ampoule de ce produit dont je vérifie régulièrement la date de péremption, avec l'aiguille et la seringue prêtes à l'emploi.

L'immunité

Pour moi l'immunité est la capacité du corps à reconnaître le soi et le non soi. J'avoue en avoir une vision bien partielle. Je n'ai de la théorie que le souvenir des schémas évoqués plus haut, compliqués, faits de lymphocytes, de portions de compléments, de récepteurs... Je serais incapable aujourd'hui de réexpliquer comment tout cela fonctionne. Je garde pour le vaccin le principe sûrement trop général qu'il équivaut à introduire des antigènes dans le corps et que ce dernier synthétise du coup des anticorps qui seront là, comme des flèches déjà décochées le jour où le microbe correspondant pointerait le bout de son nez. J'invoque souvent l'immunité au cabinet, pour expliquer qu'il n'est pas anormal ou inutile qu'un enfant de un à trois ans soit toujours un peu malade (il doit faire son immunité), pour justifier de l'apparition d'une surinfection bactérienne à l'occasion d'une virose (l'immunité est affaiblie et la bactérie en profite). Je donne souvent comme preuve de l'efficacité de la vaccination l'expérience iranienne où l'ayatollah Khomeiny décida de vacciner soudainement toute la population, ce qui contribua à faire chuter de 70% la mortalité infantile en quelques années (MOULIN, 1996, p.407). Je constate que cette notion de système immunitaire est pour moi bien incertaine. Je suis toujours surpris par les discours des patients souvent radicalement opposés aux miens : le patient craint par exemple que la vaccination affaiblisse le système immunitaire quand moi je défends qu'elle le renforce. Et là encore les avis opposés de certains de mes collègues médecins, de ma génération, ne sont pas plus rassurants sur le vrai de ce que nous racontons. L'argument de certains sur la stagnation du nombre de cas d'hépatite B dans les pays ayant imposé l'obligation vaccinale m'a touché. Pourtant je ne ressens pas le besoin par la suite de faire des recherches dans ce sens. A l'occasion de cet écrit, je me suis quand même décidé à quelques recherches sur internet. Alors que la vaccination est à mon sens obligatoire en Italie, le pays dénombre une prévalence deux fois

plus forte qu'en France où le vaccin n'est pas obligatoire. Cela prête effectivement à sourire même s'il est difficile de conclure quoi que ce soit sur l'efficacité du vaccin devant ces seuls chiffres décontextualisés. Et surtout, je ne peux pas croire que le vaccin soit inutile !

Quels mécanismes de construction ?

Mon discours sur ce que je pense être vrai dans ma pratique se construit à mon sens au contact de plusieurs éléments.

La formation initiale et continue et l'expérience

Une partie de ce que je pense savoir de vrai sur la maladie provient bien évidemment de ma formation théorique, à la fois initiale (sur les bancs de la faculté) et continue, par la lecture ou les rencontres de formation professionnelle. Mais il est difficile à posteriori de situer ce qu'il reste de ces lectures. Il est une impression d'opacité, accentuée par le sentiment que les écrits ont une validité éphémère. Et les données semblent rapidement se dissoudre avec le temps au sein d'un bruit de fond qui re façonne les informations. Ma vérité provient aussi dans la même évidence de l'expérience, du contact avec le malade, de la pratique du soin. Mon expérience au contact du patient, dans le temps, me permet ma propre lecture. Byron GOOD rappelle ainsi que la prise en compte de la « maladie objective » et de sa représentation culturelle ne doit pas faire ignorer l'« expérience subjective » essentielle qu'elle demeure (1994). Et c'est bien dans ce sens là que j'aborde l'enseignement par l'expérience car c'est ainsi qu'il m'a été présenté au départ de ma formation. Mais cette lecture, certes empreinte de subjectivité, de vécus émotionnels, de ressentis, renseigne malgré tout sur les faits. Ainsi, la formation, les lectures professionnelles et l'expérience participent en première analyse à la construction de ma vérité médicale, parce que je les considère aussi comme un lien direct avec la réalité biologique.

L'accoutumance ou socialisation

C'est ici le troisième mécanisme que nous identifions : celui que nous décidons de nommer « les vérités par accoutumance », s'inspirant ainsi d'une expression de Friedrich Wilhelm NIETZCHE (1906). Elle fait écho au bruit de fond que nous avons évoqué. Je m'aperçois que je suis souvent incapable de dire comment et par quelle source j'avance ce que je pense savoir être vrai. Peut-être que ce savoir vient d'une expérience ancienne ou d'une lecture oubliée. Mais il est probable que je me construis un système de vérité, aussi sans m'en rendre compte, simplement bercé par mon environnement familial, par mes relations amicales et d'autres rencontres, par mon environnement professionnel, par ce que j'ai entendu et par ce que j'ai vu. Pourquoi donc ai-je toujours pensé que le vaccin était sans danger alors que je n'ai pas le souvenir d'avoir eu le moindre enseignement sur la question ? Qu'en aurait-il été si j'avais grandi dans une famille hostile à la vaccination ? Le bain culturel qui nous est propre, les expériences de vie qui se succèdent donnent l'impression que notre vérité se tisse progressivement et à notre insu, de représentations en représentations de représentations... C'est une sensation proche de celle que l'on éprouve lorsque l'on réalise que l'on connaît l'air ou les paroles d'une musique sans aucun souvenir de l'avoir entendue. C'est une sorte d'accoutumance à des principes intellectuels « à la raison non identifiée » qui fait aussi ce que nous pensons vrai, par l'habitude, par la tradition, par ce qui attache un individu à sa « dépendance », par ce qui fait qu'on aime ses habitudes comme une sorte de paresse, par une difficulté en tout cas à interroger non pas les raisons mais la valeur de ce que l'on croit vrai (PERRIN, 2003, p.26). Dans le même sens, Clifford GEERTZ défendait pour la croyance que les causes seraient à rechercher du côté de forces culturelles émises par toute société, en l'occurrence du côté du système de normes en vigueur. Les comportements et les croyances des individus leur seraient inculqués par la socialisation (GEERTZ, 1984). Est-il possible de faire des études de médecine en étant opposé au vaccin ? Probablement que oui, mais il est largement plus confortable pour intégrer et être reconnu par ce milieu professionnel d'adhérer à ses logiques.

Processus de signification

Cette dimension d'intégration sociale nous amène au dernier mécanisme que nous identifions dans la construction de ma vérité : celui du processus de signification ou de la quête de sens. J'ai, comme chacun, besoin de donner du sens à mon existence pour mieux vivre et éviter le chaos, l'angoisse face au contact et à l'idée de mort, face à la possibilité d'une dépression dans une existence qui pourrait paraître vide. Je pense trouver du sens par mon métier de soignant dans le fait de me sentir utile à la société. Ce point là a sûrement été important, surtout pour le choix initial de devenir médecin dans cette volonté de participer à l'aventure de la « médecine sans frontière » pour moi aussi sauver le monde. Ce projet de promotion de la vaccination contre l'hépatite B m'a permis d'exister hors de mon cabinet, de ne pas m'y sentir enfermé, d'être reconnu dans le réseau plus large de ceux qui réfléchissent et organisent le soin, de me sentir utile socialement. S'investir de la thématique de l'hépatite B m'a donné l'impression de comprendre avant les autres l'enjeu de santé que cette maladie représente et les incohérences qui en découlent, de me sentir tel un « réformateur social ». J'entends par là comprendre avant l'autre ce qu'il faut faire, de me sentir plus inventif, plus clairvoyant, plus intelligent. Et c'est bien le fait même de se sentir détenteur de la vérité qui donne sens. Je vois cette tendance que j'ai à être agacé, peut-être même vexé quand mes discours bien rodés d'éloquence sur le vaccin ne changent en rien, dans les consultations suivantes, le positionnement de certains parents sur le sujet. Pour moi, c'est bien mon savoir et ma crédibilité de soignant qui sont ainsi remis en cause. Ce qui me déstabilise le plus dans mon métier, c'est lorsque le patient me renvoie que je ne suis peut-être plus dans le rôle de celui qui sait mais plutôt dans celui qui véhicule un faux discours, qui se trompe, qui peut être dangereux. J'aurai par ce travail sur l'hépatite B été bien obligé de constater que bien des propos que j'ai tenus pendant des années devant mes patients étaient faux. Il est légitime de penser que d'autres de mes discours de vérité dans d'autres domaines souffrent sûrement des mêmes limites. Ce constat est très déprimant. Le travail anthropologique est probablement une façon d'y mettre du sens. Raymond MASSE explique ainsi que le savoir va permettre au soignant de « donner du sens à la maladie et à la souffrance » qu'il côtoie au quotidien (1997). L'épisode de maladie n'est plus le point de convergence des explications données par la littérature ou les bancs de la faculté, mais le point de départ, le facteur déclenchant d'une entreprise de signification enracinée dans l'histoire de vie du soignant. Mais je m'observe aussi dans la démarche inverse : le processus de création de sens crée le savoir. Je pense savoir ce que je dis savoir sur l'hépatite B parce qu'à un moment, cette maladie me permet

d'être un réformateur social et d'être reconnu par mes pairs et la société, de me penser comme détenteur de la vérité. C'est cette quête qui a fait que je me suis mis à étudier l'hépatite B. Vont naître des savoirs qui pourront prendre le relais du doute, d'un état de crise, ou de l'angoisse car ils apaiseront mon rapport à l'extériorité et à l'altérité (PERRIN, 2003, p.17). Richard FOLEY soutient que ce que l'on doit croire, et ce qui nous justifie à croire, dépend exclusivement des buts que se donne, de manière parfaitement « égocentrique », le sujet lui-même (1993). De la quête de sens naissent les vérités pour que les vérités donnent du sens. Le système immunitaire est bien utile en cela. Il me permet un discours de vérité bien difficile à falsifier par l'interlocuteur du fait de sa grande complexité, et il matérialise l'efficacité de l'acte de vacciner que j'effectue. Par son biais, je protège la personne contre les virus les plus méchants, j'empêche les cancers du col de l'utérus, je maintiens le corps en bonne santé. Le système immunitaire me permet par son biais de paraître intelligent et d'être intelligible. « Le système immunitaire est l'assurance d'une retranscription de la science biologique dans une structure signifiante pour le médecin. Le système immunitaire est une nouvelle construction du corps humain individuel et collectif. Il esquisse un retour en arrière sur ce qui semblait l'axe irréversible de l'expropriation du « corps propre » selon le terme de Merleau-Ponty ». (MOULIN, 1991, p. 424). Nous pourrions au final nous demander si la quête de sens n'est pas le principal moteur dans la construction de notre vérité.

CHAPITRE VII : Mon rapport à la réalité

Organiser un rapport à la réalité biologique.

La vision que j'ai aujourd'hui de la réalité biologique est bien sûr imprégnée de mes lectures en anthropologie sur le sujet. Elle n'en reste pas moins ma représentation du réel d'un soignant en exercice. Je crois être en lien avec la réalité du vivant dans ma pratique par deux points mis en exergue par Didier FASSIN dans son ouvrage Pouvoir et maladie en Afrique, anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Le premier point est ce que Claude BERNARD (1965 [2008], p.25) appelle « la méthode expérimentale » et le deuxième ce que Michel FOUCAULT (1963, p.201) nomme « la science clinique », autrement dit la démarche intellectuelle qui permet la découverte au laboratoire et le diagnostic au lit du malade (FASSIN, 1992, p.205). Ainsi, je crois que ce que je sais sur la maladie et le soin est connecté au réel par l'examen clinique, biologique ou radiologique de mes malades et par ma lecture de la littérature scientifique qui rend compte des résultats de l'expérimentation. Je vois cette connexion à la réalité comme une mise en lien avec le biologique dont une partie m'est ainsi accessible. Il s'agit maintenant de me justifier.

La pratique clinique

Ma pratique m'apporte sans nul doute l'expérience des corps. Je vois chaque semaine une centaine de patients et leurs corps bien réels que je vais examiner, voir, toucher, écouter, interroger. Cet exercice me met évidemment en lien avec la réalité. Il développe une sorte d'œil clinique qui fait que je pense percevoir, au premier regard et un peu comme un réflexe, lorsqu'un corps est malade ou à l'inverse bien portant. J'aime souvent à dire que l'on voit que quelqu'un a un infarctus du cœur dès qu'il rentre dans la salle de consultation : il a un teint cireux, une sorte de « griseur » de la peau, une expression d'inquiétude et de gravité sur le visage, une tendance à être figé, à économiser spontanément le mouvement pour économiser son cœur. Ce tableau contraste avec la personne qui a une douleur thoracique non cardiaque, inquiète justement d'un infarctus qu'elle n'a pas, qui va entrer dans le cabinet en trombe, en faisant de grands gestes, intarissable et infatigable dans la description

de ses symptômes. L'expérience des corps permet de rendre le corps familier, développant ainsi ce que nous pourrions appeler le sens clinique, et d'être plus à même de voir la maladie.

Au-delà de ce sens clinique en quelque sorte intuitif, je cherche la réalité biologique aussi par une enquête selon une procédure enseignée à l'université qui a comme objectif de chercher les signes qui orienteraient vers un diagnostic, c'est-à-dire un authentique trouble biologique. L'examen clinique pourrait être le moment fort de ce qui me lie à la réalité. Il l'est dans une certaine mesure. Certains signes paraissent en effets objectifs. Il y a ce que l'on voit, avec en premier lieu la lecture de la peau avec ses différentes lésions, rougeurs et autres boutons : la petite bulle d'eau de la varicelle, l'aspect desséché de l'eczéma, l'œdème boursoufflé de l'allergie, le jaune de la conjonctive d'un foie inflammé... Il y a encore ce que l'on voit à l'intérieur : la rougeur d'une gorge irritée par un virus grippal, le rouge orangé soutenu du tympan dans l'otite. Il y a ce que l'on entend au stéthoscope : le souffle du sang quand il passe dans une valve cardiaque abîmée, le sifflement de l'air qui passe dans la bronche rétrécie de l'asthmatique, les gargouillements sourds que fait un intestin qui fonctionne normalement sans occlusion. Il y a ce que l'on touche : un gros foie qui dépasse de dessous les côtes, l'aspect pierreux et dur d'une tumeur cancéreuse dans le sein, la boule élastique et qui roule d'un ganglion en pleine action de sécrétion d'anticorps contre une agression. Il y a ce que l'on sent, plus rarement : l'odeur de fleur de seringat de l'infection par le bacille pyocyanique, l'odeur de pomme reinette de l'haleine du diabétique. Le goût nous est heureusement épargné dans l'examen traditionnel. Mais je sais que tout cela n'est qu'un reflet possible du réel : certaines bulles d'eau ne sont pas dues au virus de la varicelle. Certaines lésions sèches ne sont pas dues à un eczéma. Certains aspects boursoufflés ne sont pas d'origine allergique. Certaines conjonctives jaunes ne témoignent pas d'un ictère. Un souffle cardiaque peut tout à fait être entendu sur un cœur parfaitement sain. Un sifflement bronchique peut être entendu chez quelqu'un qui n'est pas asthmatique. Un intestin peut parfaitement fonctionner tout en étant silencieux au stéthoscope. Un foie peut être gros sans ne souffrir d'aucune affection. Il peut y avoir des indurations dans le sein sans qu'il y ait un cancer. Un ganglion peut être palpé sans que celui-ci soit en action contre une infection. Chacun peut dégager une odeur de fruit ou de fleur pour bien des raisons qui n'ont pas de lien avec la réalité d'un dysfonctionnement biologique. Nous pourrions faire exactement le même exercice avec les signes biologiques ou radiologiques des examens complémentaires qui constituent l'enquête clinique.

Je crois malgré cela que la réalité-biologique est parfois accessible, bien heureusement, souvent du fait d'un ensemble de facteurs. Le diagnostic est possible puisque j'en pose tout au long des jours de travail... « On regarde aujourd'hui le diagnostic comme une procédure probabiliste qui associe une hypothèse tenue pour la plus vraisemblable aux symptômes retenus, hypothèse choisie à l'inventaire du savoir disponible... » (MOULIN, 1991, p. 403). Ainsi, une personne avec un teint jaune cireux, les membres maigres, le ventre un peu gonflé, un foie un peu gros à l'échographie, des transaminases élevées à la prise de sang avec des antigènes HBS élevés à la sérologie de l'hépatite B a effectivement, je le crois alors, une hépatite B. Mais je ne peux malgré tout en être certain, l'intoxication alcoolique ancienne associée à un dosage faussement positif de l'antigène HBS pourrait donner le même tableau. Une personne qui se présente au cabinet avec cette attitude que je reconnais comme celle de l'infarctus, avec un sus-décalage du segment ST sur le tracé de l'électrocardiogramme et une augmentation des marqueurs de nécrose à la prise de sang a, je le crois, un infarctus du myocarde. Mais je sais que je ne peux malgré tout en être certain. La péricardite peut par exemple donner des signes trompeurs de similitude. Je me souviens de cette patiente hospitalisée sous chimiothérapie depuis des mois, soignée pour ce que nous pensions être une leucémie, chez qui nous avons compris bien tard, par le hasard d'un nouvel examen, qu'elle avait en fait une tuberculose ganglionnaire. Je ne peux me souvenir combien cette pauvre femme aura eu de semaines de chimiothérapie complètement inutiles quand une antibiothérapie de quelques semaines l'aurait complètement guérie. Certains parleront d'erreur médicale alors que la procédure diagnostic de départ avait sûrement été menée avec la même rigueur et que le contexte est parfois seulement en lui-même trompeur. Je vois bien que la donnée clinique n'est autre qu'un exercice de cache-cache avec la réalité biologique. Elle peut décrire le réel comme elle peut ne pas en témoigner, voir induire en erreur. Je le sais d'autant plus que l'enseignement de l'Evidence Based Medicine, ou médecine basée sur les preuves, que j'ai reçu à la faculté m'a effectivement dit et répété pendant dix ans de ne pas considérer comme connaissance ce que j'observe ou ce que je vois, de me méfier de la subjectivité de mes approches empiriques pour entendre l'objectivité de la science. Cette idée défendue à l'université que seul un protocole expérimental peut mener à une conclusion valide fait que, pour moi, l'expérience n'est pas spontanément le mode de justification auquel je fais appel. Ce que j'avance en médecine me semble vrai encore aujourd'hui avant tout du fait qu'il émane à mon sens de données de la science.

Les données de la science

Considérons maintenant la science, ses données et le discours scientifique, « dont l'objectif est la description exhaustive, dynamique comme statique de la Réalité-objective ». (JORION, 2009, 210). J'accède à ce discours en pratique, avant tout par le biais de revues professionnelles.

Plus que par l'expérience, je crois que mes connaissances objectives sur le soin et sur la maladie reposent sur une base représentée par la lecture scientifique. Elle est pour moi la façon la plus juste d'approcher la réalité biologique du fait que ces articles sont souvent les compte-rendus d'études cliniques ou expérimentales, ou encore des synthèses d'autres articles ou de conférences de consensus entre experts. Je me donne ainsi comme objectif de lire la littérature trois heures par semaine. J'avoue avoir du mal à m'y tenir et j'y éprouve beaucoup de culpabilité. Je lis surtout une revue de formation dédiée à la médecine générale, feuillette une revue de pédiatrie et survole une autre plus dédiée aux publications universitaires. A chaque séance de lecture, j'ai l'impression d'apprendre de nouvelles choses, de nouvelles données qui influenceront directement ma façon de soigner. C'est ce constat qui accentue de beaucoup la culpabilité de ne pas lire. Je fais des fiches, classe et annote les articles dans des classeurs par spécialité, accessibles pendant les consultations. Il m'arrive régulièrement de sortir un de ses articles devant le patient et de me rafraîchir la mémoire pendant le temps de la consultation. Je lui justifie fréquemment par ce biais mes propos en disant « j'ai lu récemment dans la littérature que... ». J'ai ainsi l'agréable impression de lui montrer que je me tiens informé, et de lui donner l'argument décisif qui va lui permettre d'adhérer à mes propos, au diagnostic et à la thérapeutique. Je crois que la lecture des articles de formation professionnelle est la base de données de mon savoir. J'ai comme principe d'accepter presque systématiquement ce qui est dit dans ces revues de référence, me disant que de toute façon l'auteur et le comité de lecture connaissent mieux le sujet que moi, et que je n'ai moi-même aucun accès à d'éventuelles méthodes de falsification. Et j'intègre ces directives dans ma pratique.

Cela n'empêche pas de m'interroger fréquemment sur ce que je lis, dans son ensemble. Je me dis que ces articles demeurent une vision probablement déformée de la réalité de l'expérimentation clinique du fait d'une série d'intermédiaires. Il y a le chercheur qui mène l'expérimentation et interprète ce qu'il voit, et peut-être un autre qui interprète les résultats. Un troisième chercheur plus lointain de l'expérience s'associera avec le deuxième pour rédiger un papier en interprétant les premières interprétations. Une revue prestigieuse anglo-

saxonne publiera cet article. Un journaliste scientifique d'une revue médicale de formation tentera de reprendre les résultats pour les rendre accessibles et interprétera à son tour les interprétations précédentes. Et à mon tour, j'interpréterai ce que je lis dans ma revue de formation continue... Ce n'est pas sans rappeler le jeu du téléphone arabe. J'ai voulu par exemple il y a peu de temps faire le point sur les données de la littérature au sujet de la stratégie vaccinale des enfants qui voyagent en pays d'endémie. J'ai consulté la revue médicale de référence en la matière, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de juin 2008. J'ai pu y lire au sujet de la vaccination contre le méningocoque : « le vaccin méningococcique est indiqué à partir de l'âge de 2 ans ». J'ai voulu consulter une autre source pour compléter les informations. J'ai lu par la suite un encart sur la revue de formation en médecine générale également de référence en formation médicale continue. Je fus surpris de voir qu'il reprenait presque mot pour mot l'article du BEH. Seulement, on pouvait lire que l'âge de recommandation du vaccin contre le méningocoque n'était plus de 2 ans mais de 2 mois. Il s'agit probablement d'une simple erreur de frappe ou de recopiage, mais publié dans la revue de référence à laquelle j'ai pour principe d'adhérer à chaque recommandation qu'elle émet.

Et en amont de ces intermédiaires entre ce que je lis de la littérature et les affirmations de l'expérience scientifique, je m'interroge aussi sur un autre niveau de difficultés. En quoi un discours étiqueté de scientifique décrit-il effectivement le réel ? En quoi la procédure scientifique que ce discours met en avant cherche-t-elle vraiment le réel ou amène effectivement à la réalité ? En quoi la donnée scientifique mise en avant est-elle fiable ou valide ? La question est totale. Mais risquons-nous y quand même : jusqu'où relativiser le critère de véracité du discours scientifique ? Ces interrogations trouvent écho dans les écrits sur le relativisme cognitif contemporain et des auteurs tel Thomas KUHN. En regardant à une échelle bien plus ponctuelle que celle des révolutions scientifiques, il semble facile d'écouter les discussions de ces scientifiques et entendre qu'elles font apparaître des échanges d'arguments qui sont loin d'être toujours rationnels. On soupçonne que leur adhésion à une théorie se fait aussi sur la base d'autres critères, par exemple philosophiques ou politiques autant que rationnels. Les débats sur la vaccination entre scientifiques et associations anti-vaccin est un bon révélateur. Une étude aujourd'hui célèbre, publiée en 1998 par un scientifique dans *The Lancet*, la plus prestigieuse des revues médicales internationales, avait établi un lien entre la vaccination ROR et des troubles autistiques. La polémique aura duré douze ans. Dès 2004, un journaliste du *British Medical Journal* dénonce la malhonnêteté de cet article, démontrant que plusieurs patients recrutés dans l'étude ont été

envoyés par un avocat spécialisé dans les erreurs médicales, qui cherchait une base pour pouvoir lancer une action en justice au nom des parents de ces enfants supposés victimes du vaccin ROR. Après de vives controverses et une baisse sensible de cette vaccination au Royaume-Uni, la revue *The Lancet* a annoncé en 2009 la rétraction de l'article de ses archives. Au début de l'année 2010, l'ordre des médecins britanniques a confirmé que les travaux de l'auteur étaient non éthiques, malhonnêtes et irresponsables, et l'a interdit d'exercice. Le scientifique aussi est évidemment contraint à l'influence de son idéologie, de ses ambitions personnelles. De la même manière, lorsque je travaillais dans une structure hospitalière, un confrère a mené une étude sur la prévalence d'une maladie donnée dans une population donnée dans le cadre d'une thèse de sciences. Chacun de nous participa au recueil statistique. Le médecin initiateur dépista dix fois plus de cas que tous les autres. Etonné de cet écart, le médecin responsable du service lui demanda les noms des personnes dépistées doutant de la fiabilité du recueil de données. Les noms ne furent jamais communiqués. Le médecin à la charge de l'étude conclut à un lien significatif entre la maladie étudiée et le groupe étudié. Il présenta les résultats dans sa thèse et publia une série d'articles dans la littérature. Sans aller dans l'extrême de possibles malhonnêtetés, j'ai conscience que la donnée scientifique est déformée au fil des communications et les procédures scientifiques ne sont pas elles-mêmes exemptes d'une subjectivité qu'il est impossible de supprimer par les différents filtres et techniques statistiques. Mais je constate qu'en pratique, c'est par ces lectures que je pense m'approcher au plus près du réel.

J'accorde aussi pour ma pratique beaucoup de crédit et de validité aux conclusions des conférences de consensus, ces réunions d'experts qui ont pour objet de mettre d'accord la profession sur des positions communes à adopter au vu des données actuelles de la science. Mais je m'interroge là encore sur le lien qui existe entre ces discours de consensus et la réalité biologique qu'ils sont censés transcrire, soupçonnant bien évidemment là encore l'existence de processus intermédiaires qui sont loin d'être toujours objectifs. Je reconnais être moi-même friand de ces normes universelles qui nous sont ainsi proposées. J'y trouve une certaine sécurité pour ma pratique, des arguments pour valider mes opinions devant les patients, aussi la sensation de me déresponsabiliser, de me protéger, de pouvoir prouver que ce sont les autres, les experts qui l'ont dit, et de pouvoir le justifier par un écrit, si besoin était. Je pense là évidemment aux accusations d'erreurs médicales dont j'ai pu et je pourrais faire l'objet et à la défense à alors organiser. Mais je vois aussi que ces normes sont issues des pratiques de quelques-uns. Elles sont présentées comme la bonne manière de faire. Elles tendent aussi à discréditer les autres façons d'aborder les problématiques. Nous ne pouvons

nous empêcher d'évoquer encore les propos de Pierre BOURDIEU sur « la ruse de la raison scientifique » qui consisterait à faire de la nécessité avec de la contingence et du hasard, et à faire de nécessité sociale une vertu scientifique. La vision officielle de la science serait une « hypocrisie collective » propre à garantir le minimum de croyances communes nécessaires au fonctionnement du social (BOURDIEU, 2001, 152). Nous pouvons en effet nous demander jusqu'à quel point cette analyse peut être pertinente pour interroger le principe de ces conférences de consensus.

Analyse de mon rapport à la réalité biologique

Entre approches externaliste, fondationnaliste et cohérentiste de la justification

Analyser d'un autre point de vue comment je me pense connaissant et comment je pense ma connexion à la réalité, me permet de présenter autrement ma cohérence. Je vais ainsi tenter de mettre de la théorie sur mes mécanismes de justification.

Il existe un grand nombre de théories épistémologiques contemporaines de la justification des connaissances (DUTANT, 2005, p.18). La conception externaliste de la justification défend que pour dire que ce que l'on sait est vrai, il serait nécessaire de se placer en dehors de la sphère interne de justifications épistémiques, au dehors dans le monde. Le sujet serait alors ignorant quand la justification interne est détachée des faits externes. Il n'a pas accès à la justification de ce à quoi il croit. Finalement, c'est un peu vers cette théorie que voulaient nous entraîner nos enseignants avec l'Evidence Based Medicine. Je pourrais effectivement consacrer mon métier à rechercher des seuls faits scientifiques, à « suivre la vérité à la trace », comme nous y invite Robert NOZICK. Il me faudrait alors prouver au quotidien que mes idées sur le soin ne sont pas issues d'un Malin Génie qui me trompe ou que je ne suis pas un cerveau dans une cuve manipulé par un savant fou (NOZICK, 1981). A la manière d'un détective, je rechercherais les faits pour chaque chose que je pense vraie. Cela impliquerait que je mène moi-même une expérimentation clinique sur tout ce que je crois, en me protégeant ainsi des intermédiaires. L'externalisme est une position en pratique impossible et je crois de toute façon avoir un accès interne aux justifications de réalités extérieures, sans qu'il existe un cloisonnement définitif entre les deux.

L'internalisme repose lui sur l'idée que le sujet connaissant a, au moins de principe, accès aux justifications de ce qu'il pense être vrai. Nous pouvons y relever deux types de fondements ou justifications ultimes : le fondationnalisme et le cohérentisme. Pour la conception fondationnaliste, les connaissances seraient fondées en dernier lieu sur des jugements de bases, eux-mêmes fondés sur rien d'autre, telle une pyramide (SOSA, 1980). Ils seraient ainsi une base de savoirs, généralement issue de la perception ou de principes logiques, qui justifierait toutes les autres. Je crois en effet que mes connaissances sont fondées en ce sens. Je justifie finalement bien classiquement mes connaissances par la théorie, par données de la science qui semblent bien avoir pour moi une forme de « privilège épistémique de justification autonome » (DUTAND, 2005). Je suis tenté de défendre par leur biais, à la façon de Rodérick CHISHOLM (1957), une version fondationnaliste assez forte : « un savoir se justifie, si et seulement si, il a pour objet l'une des affirmations de la science ». C'est en tout cas ce que l'on m'a appris à l'université. Mais j'ai bien conscience comme nous l'avons vu que la théorie fondationnaliste de la justification est rapidement critiquable. Elle tend notamment à spécifier des connaissances qui seraient à elles-mêmes leur propre garantie. Tout le problème est de savoir si certaines connaissances ont le caractère privilégié et infaillible que cette solution présuppose. Ainsi donc, la théorie fondationnaliste de la justification atteint ses limites quand les connaissances scientifiques sur lesquelles je me base ont parfois bien du mal à être justifiées.

Il est en opposition au fondationnalisme la conception cohérentiste où la justification de ce que l'on pense vrai est circulaire (les savoirs se justifient mutuellement). Otto NEURATH propose l'image d'un radeau que l'on construit en mer. Ici, les savoirs se fondent en quelque sorte mutuellement les uns les autres, sans qu'il y ait de privilège spécifique de connaissances premières dans la fondation. Aucun savoir n'est infaillible ni irréversible, mais ils se soutiennent tous ensemble (NEURATH, 1933). A première vue, je ne dirais pas avoir recours à ce mode de justification que j'accorderais plus volontiers au raisonnement des thérapeutes alternatifs que j'ai pu rencontrer, où les savoirs semblent davantage construits et justifiés en référence à des systèmes symboliques imbriqués et se donnant mutuellement raison. Cependant, force est de constater que dans ce que je viens de décrire, je justifie ce que je sais par d'autres modes que par la seule référence à des jugements de base.

Une justification fondhémentaliste ?

Je justifie donc mon savoir avant tout par mes lectures de la littérature scientifique, l'enquête clinique ou mes échanges avec les spécialistes. Et je crois que la donnée scientifique constitue le jugement de base de mes connaissances mais je vois qu'elle n'a pas le caractère indubitable et certain qu'il faudrait pour les fonder réellement. Je pense que la sélection des idées et des données scientifiques fait apparaître sur le court terme l'action de facteurs irrationnels tels les intermédiaires et les aléas méthodologiques. Mais je crois que sur le long terme, cette sélection demeure rationnelle et proprement scientifique. KANT disait de la vérité que ce n'est pas parce qu'il n'existe pas de critères généraux du vrai que celui-ci n'existe pas. Rechercher ces critères, ironise-t-il, « serait comme rechercher à traire un bouc ». Pourtant, la vérité n'est pas une illusion (BOUDON, 2008, p.34-35). Et je pense de la même façon qu'il n'y a pas davantage d'ensemble fini de critères que l'on pourrait appliquer à la manière d'une check-list, pour déterminer si une donnée scientifique est vraie. Il n'y a pas de critères généraux de la scientificité, mais pourtant je crois que la scientificité existe et que l'on peut dans bien des cas trancher avec certitude en faveur d'une donnée et son contraire. Nous reconnaissons là l'observation la plus fondamentale de la théorie cohérentiste de la justification de la croyance. Pour connaître, il faut comprendre et évaluer l'information que l'on reçoit. Pour ce faire, il faut un système de savoirs d'arrière-plan pour évaluer la fiabilité de l'information entrante (LEHRER, 1986 In DUTANT, 2005, p.111). Il est donc au final difficile pour moi de « choisir » lequel du cohérentisme ou du fondamentalisme représente au mieux ma façon de justifier mes savoirs pour les ériger en connaissance de la réalité. Il semble cependant que je me représente ma connexion au réel dans une combinaison des deux approches, que des auteurs ont appelé le « fondhémentisme » (HAACK, 1993). Je base mon savoir sur la littérature scientifique. Je sais qu'elle ne peut elle-même se justifier fondamentalement, mais je crois que la scientificité existe. J'ai ainsi conscience qu'aucune théorie ne peut prétendre avoir un caractère définitif puisqu'elle doit constitutivement être réceptive à la possibilité de sa propre réfutation. Je crois que la science me rapproche sans cesse de la réalité et je pense que cette affirmation est valide parce que je sais que la donnée scientifique n'a pas la capacité de m'y amener vraiment. Il ne s'agit précisément pas de concevoir ce cheminement vers la réalité comme passage du faux au vrai. Cela impliquerait, dans le domaine concerné, le renoncement et l'impossibilité de tout progrès ultérieur (DEKENS, 2005, p.32). Je peux donc légitimement affirmer que la science

est une quête de réalité, mais à la condition d'exclure tout achèvement de cette recherche (id, p.72).

Mais pourquoi diable ne sont-ils pas tous de mon avis ?!

Sommes-nous mieux armés à la fin de ce parcours pour aller plus loin dans la compréhension de notre problème de départ ? Probablement que oui dans un sens. Si la vérité de chacun se construit à partir de sa quête de sens et de son environnement social, alors elle ne peut être que différente d'un individu à l'autre. Tout soignant n'a pas eu une sœur malade de l'hépatite, un enfant exposé au virus de la rougeole à la naissance, une famille sans avis sur le vaccin ou un épanouissement personnel dans des engagements associatifs. Il en est de même dans une certaine mesure pour l'expérience et la formation. Tout soignant ne regarde, ne touche, n'écoute pas de la même façon. Tout soignant ne s'abonne pas aux mêmes revues. Tous n'ont pas le même avis sur la confiance à donner aux acteurs scientifiques et aux meneurs d'expérimentation. Mais nous ne pouvons dans le même temps nous arrêter à ces constats. Le discours de vérité est aussi adéquation à la réalité. Et nous avons postulé l'existence d'une réalité biologique : il est très probable que le virus de l'hépatite B existe bel et bien, et que le vaccin ait une action biologique un tant soit peu commune dans chaque organisme. Comprendre les différents avis sur la question du vaccin de l'hépatite B demande donc aussi d'autres vues.

Peut-être pour avancer faut-il en fait poser différemment la question, de façon à rester dans l'axe méthodologique réflexif de cet écrit. Plutôt que de savoir pourquoi les médecins ont des avis bien divergents sur le vaccin de l'hépatite B, nous pouvons nous demander avec plus de pertinence pourquoi j'attends des mes collègues d'avancer des certitudes identiques aux miennes, quand j'en ai finalement bien peu sur le sujet comme nous venons de le constater. Pourquoi espérer des autres un consensus ? Un avis qui conforte ou confirme finalement mon avis me rassurerait probablement sur ma capacité à penser juste, à parler vrai, à appréhender le réel. Les avis différents de mes patients, comme nous l'avons vu, me déstabilisent et c'est sûrement encore plus vrai pour les médecins de mon quartier. Les divergences de leurs points de vue font vaciller mes certitudes, ébranlent mon propre édifice de cohérence et c'est bien mauvais pour le sens que je veux donner à mon métier. C'est donc

bien avant tout sur mes propres incertitudes par rapport à la réalité qu'il faut au final nous focaliser. Ce travail d'auto-analyse, plus que des réponses définitives et généralisantes tendant à savoir si je suis cohérentiste ou fondationnaliste, permet avant tout une prise de conscience personnelle, donnée anthropologique au même titre que les autres : il est normal que l'incertitude de notre métier, qui transpire de ce texte, puisse être pensée en termes de danger. Mais cette insécurité est légitime avant tout à la lecture et en rapport à la logique des promoteurs de l'Evidence Based Medicine, qui était jusqu'alors aussi ma manière de voir les choses. L'incertitude peut aussi être abordée en termes d'opportunités d'accéder à de nouveaux horizons de pensée, libres à explorer. Nous comprenons que la réalité n'est peut-être pas uniquement dissimulée derrière la preuve expérimentale. L'élan de cette découverte pourrait nous emporter dans le sens d'un relativisme total qui déprimerait à la paralysie les actes comme les idées. Comment soigner et vivre avec les autres si je ne sais rien ?

Je pourrais moi aussi donner rendez-vous à Bruno LATOUR mais pour lui demander à ce stade, aussi dans l'inquiétude, si il nous faut croire en la vérité. Parce que j'avoue m'être posé vraiment la question. Que pouvons-nous connaître, dire le réel, si la science clinique n'est qu'interprétation et la science expérimentale qu'une machine à inventer des faits ? Que pouvons-nous savoir de vrai quand nous agissons guidés avant tout par la quête égocentrique de sens, et par nos compositions mentales au mécanisme incertain à partir du bruit de fond social ? Quand je dis croire en la scientificité qui me rapproche de la réalité tout en croyant qu'elle n'a pas la capacité de m'y amener vraiment, n'est ce pas une façon d'avouer que je ne sais pas où chercher la réalité ? Et du coup si je ne sais pas où la chercher, il n'est alors plus impossible de se demander si une vérité existe vraiment ? La façon de penser par l'Evidence Based Medicine ne m'a-t-elle pas finalement plutôt éloigné de la réalité, en me réduisant à me convaincre que je ne suis qu'un cerveau dans une cuve, puisque j'ai eu rapidement conscience comme nous l'avons vu que l'expérimentation m'était inaccessible, autant à faire qu'à observer. Comme l'avance Paul JORION dans un livre au titre provocateur, "comment la vérité et la réalité furent inventées", la vérité à laquelle prétend la science expérimentale ne serait-elle effectivement qu'un mythe dont le seul but serait de nous donner sens et légitimité (2009) ? Le système immunitaire par exemple, ne servirait-il ainsi qu'à garantir l'existence d'un objet mais dans une pure fiction. Il témoignerait d'une herméneutique liée à l'idéologie de l'immunologiste où sa connaissance affichée du système relèverait d'une sorte d'omniscience proche du divin (MOULIN,1991) ?

En fait, nous n'irons pas si loin dans la relativisation des produits de la science au risque d'invalider tout ce que nous venons d'exposer avant cette conclusion. Car effectivement nous pensons que la science produit des données qui dans une certaine mesure disent la vérité. Mais nous comprenons que ces données proviennent autant de l'expérimentation clinique que d'un « collectif de pensée » qui se cristallise à travers des tâtonnements, des doutes, une mise en question, des débats et des controverses. Et c'est aussi par ce mécanisme qu'un fait devient incontestable pour le collectif d'origine. (LOWY, préface, FLECK, 2008, p. XXXII). Comme nous l'avons évoqué au sujet des conférences de consensus, le discours des scientifiques est un savant mélange d'analytique autant que de dialectique. La façon dont s'est constituée et continue à se constituer la science moderne est aussi parfois un effacement de la distinction entre les données épistémiques et les données doxiques (JORION, 2009, p206).

Une semaine avant la rédaction de cette conclusion, j'ai reçu une jeune femme en consultation atteinte d'une sclérose en plaque que je suis depuis plusieurs années. Elle me suggère d'interrompre son traitement de fond au vu des nombreux effets secondaires qu'elle subit depuis les trois ans qui ont suivi le début de sa thérapie (complications infectieuses diverses ayant nécessité deux chirurgies, asthénie rythmée par les injections, sentiment dépressif). Le spécialiste neurologue lui demande d'insister car si elle arrête ces thérapies « il faudra reprendre tout le protocole à zéro », quand la littérature scientifique s'interroge continuellement sur le niveau de bénéfices de ces traitements sur l'évolution de la maladie, même si celui-ci semble aujourd'hui probable. Et moi j'accompagne au quotidien la patiente et la vois souffrir non pas de la sclérose en plaque mais des effets secondaires de ces traitements. Je vois l'impasse psychologique et sociale dans laquelle elle s'installe à ne plus pouvoir travailler, ni construire des projets personnels du fait des présentes difficultés. Il est bien sûr une réalité biologique de la maladie, non choisie, que la médecine moderne doit tenter d'expliquer autant que de soigner. Mais il est une autre réalité tout aussi biologique que l'on construit par une série de prescriptions, par les échanges, les discussions, les décisions prises entre chaque thérapeute armé de ses vérités, plus ou moins en collaboration avec le malade et son entourage. J'ai ce jour là soutenu la démarche de cette patiente, nous avons décidé ensemble, sans certitude et contre l'avis du spécialiste d'interrompre son traitement, pour que seulement le présent soit meilleur. Sûrement que le neurologue se demandera bientôt entre angoisse et agacement : « Mais pourquoi diable n'est-t-il donc pas de mon avis, ce confrère... ».

4^{ème} partie : la construction de la vérité des médecins

Nous venons de prendre un long temps pour poser le cadre de notre recherche. Il s'inscrit dans un contexte de santé national à la sortie d'un épisode houleux de polémiques autour du vaccin contre l'hépatite B, à coup d'annonces médiatiques souvent contradictoires et d'études épidémiologiques paraissant elles aussi souvent antithétiques. Il s'inscrit dans un territoire géographique que nous avons visité, riche d'une histoire ancienne, du monde romain au monde des métiers à tisser et de l'histoire mouvementée des canuts. Il en résulte ici, au sein *des pentes*, comme les habitants du quartier aiment à le penser, un esprit frondeur et source de bouillonnement socioculturel. Ce cadre de recherche est aussi délimité, nous l'avons largement évoqué dans le chapitre méthodologie par notre propre point de vue de chercheur, que nous venons de tenter d'objectiver dans la précédente partie. Tout est prêt maintenant pour rentrer dans l'arène, dans le monde des autres et explorer leurs vérités : comment les médecins présentent et se représentent leur logique de vérité ? Comment se construit la vérité ou les vérités du médecin comme discours sur la réalité ? Qui sont ces personnages que nous allons rencontrer ? Comment se définissent-ils à travers leur vérité par rapport aux autres, par leur langage, leur culture ? Quels comportements spécifiques adoptent-ils pour garder cohérence avec leur représentation du réel ? Cette étape là sur la vérité nous conduira ainsi vers notre objet, celui du rapport du médecin à la réalité du vivant. Et cet objet est situé ici dans une plus grande histoire, celle de la construction de nos idées par nos relations les uns aux autres, et au monde. Il faut là s'armer de curiosité dans l'ambition de décrire les logiques autrement que par rapport à soi, pour ne pas y voir que ces connaissances inachevées ou défailtantes que nous avons déjà évoquées, celles qui remettent trop en cause nos rationalités. Nous irons d'abord à la rencontre des médecins généralistes définis comme tel sur la plaque devant leur cabinet, puis des spécialistes et des médecins ayant une pratique plus alternative face à la médecine conventionnelle.

CHAPITRE VIII : Quelles vérités nous présentent les médecins des pentes ?

Nous avons rencontré pendant ce travail 25 médecins dont 14 médecins généralistes, 6 spécialistes (3 infectiologues, 2 hépato-gastro-entérologues et 1 pédiatre), 5 médecins « alternatifs » (homéopathes ostéopathes, naturopathes, chamane). Ce fut une première rencontre pour la moitié d'entre eux que je ne connaissais pas au préalable, à l'occasion d'un ou deux entretiens. Je connaissais l'autre moitié par ailleurs, par le biais de rencontres professionnelles, d'échanges dans la prise en charge de patients, et pour quatre d'entre eux dans des relations davantage amicales. Sans se laisser aller à la tentation du chiffre, il est intéressant de proposer une visualisation de la répartition des avis de ces soignants face à l'intérêt et l'utilité de la vaccination contre l'hépatite B. Le tableau suivant présente une répartition des soignants en quatre groupes : *pour, pour dubitatif, contre dubitatif, contre.*

	Pour	Pour dubitatif	Contre dubitatif	Contre	TOTAL
Médecins généralistes	4	6	2	2	14
Médecins spécialistes	6	0	0	0	6
Médecins alternatifs	0	1	2	2	5
TOTAL	10	7	4	4	25

La répartition des avis par rapport au vaccin contre l'hépatite B est ainsi posée de façon schématique et sans surprise. Les médecins spécialistes sont tous pour le vaccin sans hésitation affichée pour leur pratique. Les médecins alternatifs sont plutôt contre le vaccin mais pas de façon uniforme, et les questionnements ont leur place. Et les médecins généralistes semblent dans cet ensemble partagés entre les deux avis précédents, dans un penchant assez net en faveur de la vaccination.

Les médecins généralistes

Vaccination, entre confiance et méfiance

Confiance en la vaccination

C'est Juliette U. qui à mon sens semble avoir le plus confiance en la vaccination. Nous nous sommes retrouvés ensemble pour un entretien à la mi-janvier 2012, par un dimanche de grand froid, pour partager un café dans la véranda du *Chantecler*, l' « Institution café » du boulevard de la Croix-Rousse, non loin de la rue de Vauzelle où Juliette habite. Elle est médecin généraliste. Nous nous connaissons depuis une dizaine d'année. Nous avons collaboré dans divers projets de santé publique au sein de diverses associations. Elle a travaillé la médecine générale le temps de quelques remplacements dans un cabinet du milieu *des pentes*. Elle est chargée des questions de santé dans une ONG internationale. C'est une femme grande, souriante, chaleureuse et enthousiaste, toujours encline à croiser le fer dans des discussions sur les questions de santé et développement jusque tard dans la nuit. Elle partage sa vie avec un chercheur en biostatistique et ce couple semble en entier dédié à la réflexion et à l'investissement sur ces sujets. Je n'ai eu donc pas trop de mal à négocier cet entretien. Juliette est un peu tendue au départ, se demande dans ce rire un peu nerveux qui la caractérise souvent, si elle va pouvoir répondre à mes questions du fait qu'elle n'est plus dans la pratique. Nous nous asseyons à une table dans le coin le plus tranquille de la véranda et la discussion s'engage. Juliette parle de cette voix forte et assurée, qui contraste avec cette tendance à toujours douter et se remettre en cause qu'elle laisse autrement transparaître.

« Je suis complètement pour la vaccination en générale, quelle quelle soit. Je pars du principe que j'ai une confiance assez importante dans les pouvoirs publics. En tout cas en France. Et si c'est mis sur le marché et que ça montre un bénéfice... Oui, si, mes enfants sont vaccinés contre tout y compris les vaccins pour expatriés. Donc il n'y a pas une fois où je me suis posé la question : est-ce que je le fais ou pas ? Et dernièrement, j'ai du donner des conseils au sein de mon travail, et j'ai essayé de convaincre des parents de vacciner leurs enfants... [...] De base, je suis assez cartésienne ! Quand j'ai fait médecine, j'étais au début assez déçue de voir que ce n'était pas une science si exacte que ce que je croyais... J'ai plutôt un esprit où j'ai besoin de preuves pour faire les choses... Pour moi, il y a suffisamment de preuves en général sur le vaccin... (Juliette U., janvier 2012)

Nous retrouvons cette assurance affichée chez d'autres médecins comme par exemple le Dr Thierry A., de la *rue Sergent Blandan*, tout près de la *place Sathonay*. Nous l'avions rencontré en novembre 2009 à son cabinet. C'est un homme goguenard, la cinquantaine, et bon vivant, toujours enclin à la petite blague, presque un peu déjanté comme il se plaît lui-même à se définir. Ses locaux viennent d'être refaits tout en noir. C'est très surprenant et assez réussi comme ambiance. Cela contraste d'une façon assez amusante avec l'ambiance totalement inverse et blanche du cabinet de Karl W., que nous rencontrerons *rue Puits Gaillot*. Thierry A. se déclare pour la vaccination de façon catégorique. Il dit insister lourdement auprès de ses patients. Il dit savoir convaincre. Il recommande le vaccin contre l'hépatite B à l'entrée en sixième. Il ne pense pas nécessaire de le faire avant comme le recommande le calendrier vaccinal officiel, sauf si la famille est à risque, « comme les toxicomanes ». Pour lui l'hépatite B est une maladie grave qui tue dix fois plus que le SIDA et ne comprend pas comment on peut penser que le vaccin puisse entraîner une sclérose en plaque. Il n'est pas partisan de participer au projet du quartier alors d'actualité, se disant un peu refroidi notamment par le même genre de sollicitation dans le passé par le Dr Roger N, notre confrère de la *rue Burdeau*

Quentin M. est lui aussi très partisan de la vaccination. Nous nous sommes rencontrés une première fois en novembre 2009 à 8h30 le matin, *rue des tables claudiennes*. Il doit avoir dix ans de plus que moi. Il m'a réservé un accueil plutôt chaleureux. Quentin semble très remonté contre la communication politique de la fin des années 1990. Il dénonce avec agacement le fait d'un départ trop rapide sur cette vaccination et du retour de manivelle qu'il a engendré. Il se dit aujourd'hui fatigué de se battre « contre des montagnes ». Si les gens ne veulent pas se vacciner, finalement à eux d'en assumer les conséquences, avance-t-il avec agacement. « Au bout d'un moment, c'est trop usant de se battre contre les idées reçues des gens, qui vous prennent pour un dépassé parce que vous faites la promotion de la vaccination ». Il dit du coup ne plus soigner les tout jeunes. Il est lui-même vacciné et a fait vacciner ses enfants. Il pense que la vaccination devrait être obligatoire depuis longtemps. Il dénonce l'attitude des juges qui sont prêts à vilipender l'industrie pharmaceutique dans un procès contre de potentiels effets secondaires quand aucun ne condamnera un médecin qui n'a pas fait la promotion du vaccin chez un malade de l'hépatite B. Quentin M finit par m'exposer le cas d'un patient chez qui la demande d'Affection Longue Durée (ALD) est discutée par la sécu... Il trouve le projet sur la promotion de l'hépatite B intéressant mais avance avoir suffisamment perdu du temps auprès de ses patients pour en perdre encore dans des soirées.

Eric O. de *la place Bellevue*, en face du *gros caillou*, semble avoir un point de vue un peu similaire, même s'il n'est pas si évident de savoir ce qu'il pense de la vaccination après ce bref entretien du 15 octobre 2010. C'est un homme de 55 ans environ. Il partage son cabinet avec 2 orthophonistes. Je l'attends quelques instants en salle d'attente entre deux jolies patientes quadragénaires. Il sort de son cabinet et me fait signe d'entrer. Il prend soin d'augmenter le chauffage en salle d'attente... Il me reçoit souriant, prend des nouvelles de mon installation... Je lui présente le projet. Il sourit lorsque je lui dis que nous voulons faire la promotion de la vaccination « même si les avis restent très partagés parmi les médecins ». Il dit que la vaccination, c'est une histoire de bénéfice-risque, qu'il y a tellement d'associations anti-vaccination, que le gouvernement a fort mal communiqué. Il explique qu'il est chargé au sein d'une association prenant en charge des personnes en situation de handicap de préparer l'épidémie grippale, et qu'il est en première ligne face à l'opposition au vaccin. Donc le Dr O. ne semble pas hostile à la vaccination en général. Il en fait même la promotion. Mais il ne s'est finalement pas vraiment prononcé au cours de l'entretien sur la question du vaccin contre l'hépatite B, restant volontairement énigmatique.

Une franche opposition au vaccin

D'autres de mes collègues ont un positionnement radicalement opposé. J'ai par exemple proposé par téléphone en 2009 à Marthe M. de nous rencontrer pour un entretien afin de lui présenter le projet sur la promotion de la vaccination dans le quartier. Elle est installée derrière sa plaque de médecin généraliste. Elle refuse de me recevoir un peu sèchement et en tout cas de façon expéditive. Je tente de maintenir le lien de la conversation téléphonique et insiste. Elle me retoque agacée : « moi, la vaccination, je ne suis déjà pas convaincue moi-même, alors encore moins pour convaincre les autres... ».

Wilfrid D. est aussi médecin généraliste et aussi opposé à la vaccination. Il ne pratique plus dans le quartier mais comme j'avais eu dans le passé l'occasion de parler avec lui, je l'ai recontacté par mail, pour lui proposer un entretien pour ma thèse et une participation éventuelle au projet de quartier. Il est en doctorat de philosophie, passionné des questions sur le soin et les traitements, et notamment l'"effet placebo". Il répond aussi par écrit en évoquant Marc GIRARD dont nous avons présenté dans le chapitre IV, l'implication dans le débat autour de la vaccination dans les années 1990.

« Salut Jean. Je ne pourrai pas venir à cette soirée. Pour avancer dans ta thèse, je crois que tu devrais rencontrer ou discuter avec Marc Girard (vient de sortir un livre "alertes grippales" , ed Dangles) où il aborde le problème de l'hépatite B. Il a travaillé avec l'industrie pharmaceutique comme expert pour les procès SEP post vaccinations... Tu peux aller sur son blog rolandsimon je crois (par google tu peux le trouver) et lui écrire de ma part, il sera ravi de discuter avec toi. En résumé, c'est un peu à cause de lui que la justice a indemnisé certains patients... En fait, il a analysé la littérature sur le lien entre SEP et vaccination hépatite B. Selon lui (et je suis d'accord) l'étude qui a montré un risque était de meilleure qualité méthodologique que celles qui ne l'ont pas montré... (conflits d'intérêts pour certaines). Et bien entendu, ce sont les études de moins bonne qualité qui ont été retenues... Un des arguments intéressants, c'est le fait que les SEP ont explosées après 1994...sans qu'aucun scientifique ne l'explique. Son hypothèse est donc à prendre en compte et à vérifier sérieusement...mais là, ça se complique... Bonne journée à toi. Wilfrid » (Wilfrid D., octobre 2010).

Avis partagé

La majorité des médecins rencontrés présente un avis partagé entre l'opposition et la confiance, comme oscillant en permanence dans cet entre-deux. Roger N. *rue Burdeau* que j'ai rencontré à son cabinet fin octobre 2009 parle comme à son habitude avec calme et assurance, peu perturbé par mes vingt minutes de retard. Je m'étais trompé d'horaire. Il avance une sorte d'analyse très rationnelle qui m'a de prime abord assez séduit. Pour lui, il faut partir du terrain, estimer le nombre d'hépatite B sur *les pentes*, et à partir de là, faire de l'éducation dans les écoles pour apprendre la réalité de la maladie aux élèves. Mais il prend rapidement ses distances avec les recommandations officielles. Selon lui, la vaccination générale préconisée par le ministère de la santé n'a pas grand intérêt. Il conseille ainsi le vaccin de façon ciblée et seulement chez les adultes comme chez les enfants qu'il considère à risque. Le Dr Jacques E. de la *rue Pierre Dupond* qui a accepté de me voir à la même période témoigne lui aussi d'une sorte d'hésitation. Il m'aura reçu de façon très brève, peut-être quinze minutes, dont une bonne partie consacrée à rechercher nerveusement le courrier que je lui avais envoyé dans la pile de papiers posée sur son bureau. Il dit qu'il vaccine les enfants seulement depuis la mise sur le marché du vaccin hexavalent mais il ajoute rapidement qu'il a vu des cas de sclérose en plaque déclenchés par le vaccin, avant de mettre en exergue que « les études disent qu'il n'y a rien ». Il conclut l'entretien en disant que la vaccination contre l'hépatite B est « le dernier truc à la mode ». Les docteurs Simone C. et Clothilde H. de la *rue Lemo*, à deux pas de la cour des Voraces, se chamaillent sur le sujet. C'est agréable de rencontrer ces deux-là qui se taquinent comme un vieux couple. Elles sont en fin de carrière et font une médecine "lente" comme elles disent, avec des consultations en moyenne de 30 minutes, prenant par contre seulement trois semaines de vacances par an. L'une ne semble

pas hostile au vaccin contre l'hépatite B sans pour autant en faire vraiment la promotion. Elle dit certes vacciner ceux qui voyagent, mais ne sait pas trop que faire pour les enfants. L'autre semble beaucoup plus sceptique, fait la moue, évoque les histoires de sclérose en plaque et les adjuvants dans le vaccin antigrippal... Elle dit ne pas s'être fait vacciner quand son associée lui assure qu'elles ont fait le vaccin ensemble... Aucune des deux n'arrivera à faire adhérer l'autre à sa version.

Le Dr Mathilde Z. est la consœur qui travaille en haut de *la rue des pierres plantées*, au sommet de *la montée de la grande côte*. Il n'a pas été évident d'obtenir un rendez-vous pour un entretien. Cela m'a un peu surpris, d'autant que je connais bien Mathilde depuis 4 ans. Elle aura été ma première remplaçante. Après nous être brièvement interrogés sur le possible d'une association ensemble, nous avons fait le choix de rester l'un et l'autre en solo. Mathilde Z. donne l'impression d'un volcan en perpétuel éruption. Elle parle toujours facilement. A la façon d'un livre ouvert, elle expose ses doutes, ses questionnements, ses choix. Elle s'avoue volontiers « médecin stressé », toujours dans la peur de mal faire. Avec ce contact très facile, elle s'est très vite intégrée dans le réseau local, bien plus vite que moi en sept ans. Elle connaît bien les uns et les autres. Elle me semble devenue en moins de deux ans d'installation déjà un personnage du quartier, quand j'ai souvent l'impression d'être un illustre inconnu dans mon coin à moi, *rue de l'annonciade*, à l'opposé en bas *des pentes*. Nous avons convenu d'un premier rendez-vous chez elle un soir, avec un repas plus convivial avec nos conjoints. Mais l'apéritif a rapidement glissé vers une soirée photo de leurs dernières vacances. C'était peut-être une première esquivé. Nous convenions alors d'un nouveau rendez-vous un jour à midi dans un restaurant du quartier. Et la veille du rendez-vous, Mathilde change le programme pour remplacer notre entretien par un déjeuner avec quelques confrères dans un restaurant derrière *la place de la Croix-Rousse*, ce que j'accepte malgré tout avec intérêt. Et ce repas fut d'ailleurs fort agréable. Finalement, nous nous retrouvons un jour à midi, chez elle, non loin de son cabinet. Elle propose que nous discussions après le repas, mais vu le temps imparti, je lui suggère que nous parlions en mangeant. Je sens chez elle une vraie appréhension face à cet entretien. Elle la reconnaît volontiers. Je finis donc par convaincre Mathilde, d'habitude si prompte à discuter. Je déclenche fastidieusement le dictaphone et la conversation s'engage :

« *Moi mon argumentaire au départ, c'était un peu par comparaison entre notre pays où l'on vaccine et les autres pays où il y a une mortalité importante, même si elle n'est pas uniquement liée à cette question, mais il y a une mortalité infantile qui est de l'ordre de*

30%. Alors que dans les pays qui ont eu recours au vaccin, la mortalité infantile a énormément baissé. Mais je n'ai pas les chiffres exacts, mais c'est comme ça que moi ma démarche se fait. Par comparaison, que se passe-t-il si on n'y a pas accès ? Quelles conséquences pour les enfants qui eux ne sont pas protégés, qui sont en collectivité ? [...]

Ce que je crois aujourd'hui, pour revenir à l'hépatite B, c'est que l'on n'aura jamais les moyens statistiques de démontrer un lien entre la vaccination et la survenue de maladies auto-immunes... Moi où j'en suis... Pour moi il n'y a pas suffisamment de cas. On n'aura jamais une puissance statistique suffisante pour suivre les cas de gens vaccinés et l'apparition de maladie. On pourra difficilement faire un lien entre ces personnes et l'apparition de maladies auto-immunes comme la sclérose en plaque ou autre. Ce qui me surprend, c'est que c'est une polémique franco-française, alors que dans d'autres états européens ou aux Etats-Unis, on vaccine contre cette maladie... et il n'y a pas eu ce genre de constat. Après, je ne sais pas comment est faite la pharmacovigilance dans ces pays. Je l'ignore, mais il doit y avoir des structures qui s'interrogent sur les effets de ces vaccinations... Il y a aussi les données qui montrent que l'hépatite B est un virus qui tue plus que ne tue le sida. On n'en parle pas. Si aujourd'hui il y avait un vaccin contre le Sida les gens se précipiteraient dessus. Je me trompe peut-être... Je dis que si on parlait de l'hépatite B comme on parle du sida et comme on parle de ces risques, il n'y aurait pas autant de réticences...

Moi mon positionnement aujourd'hui, dans la tranche d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte, comme on sait qu'il peut y avoir l'apparition de maladies auto-immunes à cette période, indépendamment de la vaccination ou pas, je me dis qu'il faut promouvoir le vaccin avant ces âges là... Et non pas comme avait été faite la campagne de vaccination dans les lycées et les collèges. Je le dis, il faudrait promouvoir la vaccination avant, dans la petite enfance, avant les relations sexuelles, avant la vie professionnelle éventuellement à risque. Ce que je sais, c'est que les études n'ont pas montré de sur-risque par rapport à la vaccination dans les jeunes âges, chez les tout petits. Et pour les années plus tard, je ne sais pas... Du coup, le lien avec la vaccination, j'ai un doute là dessus. Et j'ai donc tendance à le promouvoir avec le vaccin hexavalent... » (Mathilde Z., janvier 2012)

Mathilde exprime bien cette oscillation d'une vérité à une autre vérité : la vaccination semble pour elle efficace par comparaison aux autres pays, mais elle ne pense pas avoir suffisamment de données pour en évaluer clairement la dangerosité. Elle introduit le thème des données scientifiques et des autorités de santé. Elle explique que faute de *savoir*, elle choisit un positionnement pratique aussi dans l'entre-deux : à savoir vacciner contre le HBV essentiellement les enfants si jamais le vaccin devait être effectivement dangereux pour les plus âgés. Elle adopte un positionnement un peu plus tranché sur le vaccin contre la grippe A

de 2009, mettant en avant sa sensibilité face aux polémiques qui évoluaient alors au sein de la population générale :

*« Par rapport au H1N1 de 2009 et la grippe A, je ne me suis pas fait vacciner moi... Bon déjà je n'exerçais pas au cabinet. Je me serais posé la question différemment. J'avais des remplacements de temps en temps à droite et à gauche. Je ne remplaçais pas pendant la période d'épidémie. Je ne l'ai pas fait et j'ai attrapé la grippe suite à cette période... Je ne sais pas si c'était celle-là ou pas. J'avais reçu des demandes de la sécu et de l'hôpital pour le faire gratuitement en accès plus facile. Et pour autant, toutes les polémiques qu'il y a eu autour et la façon dont a été créé le vaccin ne m'a pas engagé à le faire. Heureusement que je ne bossais pas à ce moment là car j'aurais fait des pieds et des mains pour avoir un vaccin qui ne contenait pas d'adjuvants alors qu'il était destiné aux femmes enceintes. Je me disais si je bosse à cette période, qu'est-ce que je fais... est-ce que je me protège... j'avais vraiment du mal à y voir clair et j'étais plutôt réfractaire en fait... »
(Mathilde Z., janvier 2012)*

Marc F. est un peu plus jeune que Mathilde Z. Il a ouvert son activité au *110 boulevard de la Croix-rousse* peu de temps après l'arrivée de Mathilde dans le quartier. Je l'ai rencontré pour la première fois à l'occasion d'un déjeuner entre confrères, "la deuxième esquivé de Mathilde", en début de l'année 2012. C'est d'ailleurs un des premiers repas du genre auquel je participe. Je n'ai pas trop le goût pour ce type de rencontre, du fait d'un certain malaise que j'éprouve depuis longtemps au contact de mes collègues, comme un besoin de prendre de la distance, pour me protéger de je ne sais quel inconfort. Mais je sens bien l'intérêt de ces moments, autant pour ma pratique clinique que pour ma pratique anthropologique. Nous étions quatre à nous réunir ce jour là. C'est un des pharmaciens du quartier qui était à l'initiative. Il faut dire que ce dernier dispose d'un local juste au dessus de son officine et il souhaiterait voir s'y créer un cabinet médical. Il fait donc du lien avec les jeunes médecins du coin, notamment Mathilde et Marc. Je suis arrivé bien à l'heure au restaurant dans une petite rue *du plateau*, à deux pas de *la place de la Croix-Rousse*. Marc était le seul que je ne connaissais pas. Je sus tout de suite que c'était lui, encore plus à l'heure que moi, assis seul à une table de quatre personnes. Il pourrait être le portait robot du médecin fraîchement diplômé. Il fait très jeune. Je lui aurais donné à peine 30 ans. Il dégage un air intellectuel peut-être à cause de ses lunettes, et une impression d'impeccable, de la coiffure à la gentillesse courtoise de sa salutation. Nous commençons à bavarder et Mathilde arrive suivie du pharmacien. Marc en impose par son calme et son assurance. Il me donne l'impression de savoir plein de choses que je ne sais pas. Il a déjà formaté ses ordonnances avec les nouveaux numéros professionnels exigés par notre conseil de l'ordre et leurs codes barres associés quand j'avais à peine l'information qu'il fallait les modifier. Il pose des stérilets pour les

patientes qui lui en font la demande au cabinet quand je suis à mille lieues de faire ce geste et que Mathilde elle, avoue en riant rester paralysée face à cet acte par la peur de perforer l'utérus de ses clientes. Il utilise le même logiciel médical que moi et plusieurs fonctions dans lesquels je ne me suis jamais aventuré. Le repas est agréable et j'en sors finalement enchanté de tout ce que j'ai appris. Marc F. me fait part de son souhait de venir voir mon cabinet et ma façon d'utiliser le logiciel. Je saisis cette opportunité pour, quelques jours plus tard, le recontacter par mail et lui proposer de passer voir mon installation. Je lui demande s'il serait d'accord de faire un entretien en lien avec mon sujet de thèse que je lui avais brièvement exposé. Il me donne son accord et nous nous retrouvons un mercredi entre midi et deux. Après une brève visite de mon nouveau lieu derrière l'une des vitrines de *la rue de l'Annonciade*, et quelques échanges de nos pratiques informatiques, nous dressons la table à l'aide d'un morceau de drap d'examen sur mon bureau. Je sors un sandwich acheté à la boulangerie du quartier et lui une boîte Tupperware avec une salade semblant bien soigneusement préparée. La conversation s'engage. Je mets en route avec son accord l'enregistrement.

MF : « Je me rends compte que je laisse assez la liberté aux gens. Je leur propose. Je leur dis « voilà ce qui est proposé, ce qui est recommandé ». Moi je leur dis que je suis plutôt pro-vaccin, que je n'ai pas d'idée particulière. Il n'y a peut-être que des vaccins comme le anti-HPV (Human Papilloma Virus), sur lequel je reste assez...(silence). Il faut vraiment que ce soit une demande des gens... Je les informe mais dans ma pratique, j'influe plutôt vers une non-vaccination pour celui-là. J'ai lu pas mal de choses, c'est encore à la phase d'essai, il y a un coup du labo derrière. Aux Etats-Unis, ils ont été inculpés à trois reprises sur des financements de campagne, sur des mecs qui avaient voté la loi... des trucs pas clairs qui ne me plaisent pas trop. Pour la population vaccinée, il faudra de toute façon continuer à faire le frottis. Donc je leur dis que peut-être ce sera un vaccin dans 15 à 20 ans qui sera très intéressant et on vaccinera tout le monde. Mais pour l'instant je suis un peu circonspect. Ça coûte très cher à la sécurité sociale... Je préférerais qu'ils mettent leur argent dans la prévention, que toutes les femmes se fassent dépister pour l'instant... Et que dans 20 ans, on ait un recul suffisant. C'est le seul vaccin sur lequel j'ai encore pas mal de réserves... Pas sur la pathogénicité du vaccin en lui-même, mais sur la réelle protection que cela va conférer aux jeunes filles. Et dans 20 ans, si on me dit que le vaccin dure 4 ans et que l'on est obligé de faire 5 rappels...

JF : c'est des choses que tu as lu dans la littérature ?

MF : Oui, enfin, c'est des choses que j'ai vu sur Internet, puis même, moi, je suis abonné à Prescrire et Prescrire en parle un petit peu... voilà, ils ne prennent pas encore vraiment parti... Par rapport à ces histoires de financement de campagne, je me suis dit qu'il y avait un truc pas clair autour de ces questions là. Je me dis que si ça avait été plus clair ils auraient peut-être pas eu besoin de faire tout ça donc voilà... C'est plus la technique marketing du laboratoire et par rapport au prix surtout. On peut aussi se

donner d'autres moyens... Donc moi j'essaie d'influer auprès des parents, en disant, dès que votre fille a ses premiers rapports, il faudra parler des frottis. J'essaie de m'appuyer plus là-dessus que sur le vaccin en lui-même » (Marc F, février 2012)

Marc introduit donc son propos en disant qu'il n'est pas hostile au vaccin mais très vite il développe son argumentaire en focalisant ses questionnements sur le vaccin contre le *Human Papilloma Virus (HPV)*, de la même manière que Mathilde s'était focalisée sur le vaccin contre le grippe A. Il introduit, lui, le thème de l'industrie pharmaceutique et des questionnements qu'elle suscite. Nous sentons comme chez Mathilde une vraie hésitation, une incertitude qui cherche des moyens pour positionner sa pratique : la revue *Prescrire*, l'échange avec ses parents aussi médecins généralistes. Par rapport à la survenue de sclérose en plaque en lien avec la vaccination, Marc F. n'évoque pas le problème et semble ne pas le considérer comme notable dans ses facteurs de décision. Mathilde, elle, formule clairement de vrais questions sur le sujet, même si elle semble douter du lien entre la SEP et le vaccin HBV, elle pense que la science n'a pas les moyens de l'étudier et adapte sa pratique en fonction. Le Dr Olivier Z. du *quai St Vincent* avec lequel nous avons échangé sur notre objet autour d'un repas au mois de juillet 2012, décide comme Mathilde de ne vacciner que les enfants contre le HBV et les populations à risques. Son avis sur le lien entre les affections démyélinisantes et la vaccination est plus tranché :

« Le discours que j'ai actuellement devant mes patients, c'est que c'est pas contre l'hépatite B et son vaccin qu'il faut en avoir, mais c'est contre la vaccination. Et que l'on vaccine contre Rougeole-Oreillon-Rubéole, contre le tétanos-polio ou l'hépatite B, on prend le risque de déstabiliser un état immunitaire fragilisé par une maladie sous-jacente, et je ne sais pas quoi. Et cette maladie risque d'exploser, d'où les maladies immunologiques d'origine endogène comme la sclérose en plaque, la polyarthrite... Vacciner l'adulte quand le système est capable de déclencher cette aberration immunologique, comme la sclérose en plaque comme c'était le cas avec l'hépatite B, c'est prendre un risque plus grand que chez l'enfant où là apparemment la maturité immunitaire n'est pas suffisante pour avoir déjà masqué un risque de maladie immunitaire sous-jacent. [...] Mais je fais les vaccins chez les populations à risque [...]. Ma position sur le vaccin, c'est ça ! » (Olivier Z, juillet 2012)

Des thèmes récurrents

Déjà dans ces premiers échanges, plusieurs thématiques se dégagent et seront récurrentes tout au long de notre travail d'enquête. Evidemment, lorsque l'on parle de la vaccination, chez les médecins comme dans les médias ou dans notre entourage, la question des interférences avec l'industrie pharmaceutique fait vite irruption dans le débat. Marc F. nous l'a bien vite montré. Et tous les médecins interrogés sans exception, vont aborder spontanément cette thématique dans des positionnements plus ou moins tranchés, et des directions toujours singulières.

Les laboratoires pharmaceutiques

Marc F. est sûrement celui qui est le plus en colère contre les laboratoires, auxquels il associe les experts universitaires. Il nous présente un épisode de ses études qui semble avoir été décisif dans la construction de sa position.

« J'ai participé à des FMC scandaleuses sur l'anti-ostéoporotique : le médicament XXX. Scandaleuse... Elle était faite pas une Praticienne Hospitalière de Hôpital Edouard Herriot. J'étais en stage ; je te le raconte pour dire que je ne fais plus du tout confiance aux experts... aux hospitaliers. Je ne leur fais pas du tout confiance. Ils ne sont pas du tout assez indépendants par rapport aux firmes pharmaceutiques. J'étais en stage chez le praticien. Il y avait une formation sur l'ostéoporose faite, toujours pareil, par un praticien hospitalier, et un professeur d'université. Je voulais me former là dessus. C'était dans un grand hôtel, à la cité internationale. Mon maître de stage me dit : « vas-y, si tu veux, tu me diras ce que tu en penses ». Donc j'y vais... Le truc n'était pas du tout sponsorisé. C'était organisé pas le quotidien du médecin, revue de FMC. Je savais déjà à l'époque que le quotidien n'était pas très indemne de collusion avec l'ennemi... (rires). Mais bon j'y vais... C'était plutôt intéressant... Ils nous montrent des graphes et tout. Je sors du truc avec l'idée forte que le XXX était intéressant. Je retourne voir mon maître de stage la semaine d'après et il me dit : « alors qu'est-ce que tu en penses ? » Je lui dis, ben voilà, ils nous ont parlé de la physiopathologie de l'ostéoporose, et en thérapeutique, le XXX à l'air plutôt intéressant... Je le vois devenir tout blanc. Il me dit, « mais attend, ce n'est pas possible, montre moi... ». Il feuillette les diapos et dit « mais c'est scandaleux... ». Et là, il est allé sur internet et m'a sorti toutes les études de l'agence du médicament européen, les articles de prescrire et de deux autres sources en me mettant bien en garde contre les risques et l'apport tout au plus identique aux autres médicaments de la même famille. Et il me dit d'essayer de me renseigner pour savoir par qui la formation était organisée. Et en fait dans la mallette, il y avait des dépliants du laboratoire YYY. Donc

j'envoie un mail aux deux profs qui nous ont fait le truc, en me présentant, en disant que je suis étudiant, interne en médecine générale, que je suis venu à leur formation de façon assez naïve et en buvant leurs paroles. Je leur dis être très étonné. Mon maître de stage m'a montré les études qui remettent en cause fortement le XXX. Je voulais savoir si vous aviez fait ces diapositives en connaissance de cause. Vu vos fonctions, je ne pense pas que vous ayez pu échapper à ces recommandations. Il me semble bizarre que vous n'en ayez même pas parlé. Et là je reçois un mail qui m'a séché. Elle me répond : « bravo pour votre esprit critique. Effectivement, ce n'est pas moi qui ai fait les diapositives. Elles m'ont été présentées l'heure qui a précédé la réunion, la formation est effectivement organisée par le laboratoire YYY qui commercialise le XXX. J'ai bien entendu parlé et je me mets moi-même en garde vis-à-vis des effets secondaires, etc... bien cordialement, point... » (silence)... Je lui réécris et lui dis : « vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? On était 80 médecins dans l'assistance, 80 à sortir de cette formation en ayant plutôt confiance dans ce que vous venez de dire du fait de vos titres et de votre spécialité. Vous rendez-vous compte que vous avez omis ces données ? Et là, elle m'écrit en me disant : « oui effectivement, ce genre de réunion doit être toujours remis en cause, etc. »... Ça m'a tellement outré que je l'ai envoyé au département de médecine générale pour leur dire, mais il faut faire quelque chose. On ne peut pas laisser ... En plus, elle l'avoue ouvertement... Elle aurait pu dire : « à non, non, je n'en ai pas entendu parlé », faire la naïve, et dire : « bon on verra dans les années qui viennent »...Voilà, c'est plein de petites choses comme ça ... » (Marc F, Février 2012)

Olivier Z. partage le même point de vue et est aussi d'accord sur le fait que l'on ne peut pas être « fiable » lorsque l'on collabore avec les laboratoires. Il évoque comme preuve l'affaire la grippe A en 2009 menée tambour battant par Roselyne BACHELOT. Il remet en cause la probité de certains, et notamment du professeur en pédiatrie Ivan L, spécialisé en infectiologie et en vaccinologie. Mais il explique qu'il s'est beaucoup renseigné sur la grippe A et qu'il a fait la promotion du vaccin pour ses patients. Et après, il dit s'être rendu compte que le Professeur L. n'était peut-être pas « si blanc que ça ». Il faisait partie d'une équipe de recherche d'un laboratoire qui était « comme par hasard » fabriquant du vaccin. Olivier Z. part donc du principe que Ivan L. était ainsi juge et parti. « Considérant le fric qu'il gagne à faire ces trucs là, est-ce que humainement, on peut être sûr que l'on puisse être complètement cloisonné entre les deux ? Je ne sais pas... J'ai un doute... ». Il explique encore qu'il avait confiance en toutes ces personnes et qu'il a été très surpris qu'elles aient été mises en cause aussi gravement. Il se demande qui avait intérêt à les déstabiliser. Nous retrouvons là les mêmes questionnements suscités par l'affaire du vaccin contre le HBV des années 1990. Les expertises du Dr GIRARD contribuaient à remplir les dossiers juridiques accusant les laboratoires. L'association REVAHB du Dr JACUBOVITCH dénonçait la collusion entre les laboratoires et les pouvoirs publics.

Quentin M. le généraliste et ostéopathe de *la rue des tables claudiennes*, lui, a un autre avis. Pour lui, les experts sont forcément en lien avec l'industrie pharmaceutique. Il ne voit pas comment cela peut être autrement. « Après, il y a une différence entre être payé par l'industrie pharmaceutique pour acheter sa maison de campagne et sa porche, et puis éventuellement toucher de l'argent pour son laboratoire de recherche. Ce n'est peut-être pas quand même la même finalité ». Il pense que les sommes versées par les laboratoires peuvent être codifiées, maîtrisées. Il doit être possible de savoir comment elles transitent, ce que l'on en fait. Il dit ne pas arriver à comprendre comment l'on peut faire de la recherche, découvrir les médicaments si les professeurs et les experts ne sont pas impliqués. « Qui va s'impliquer alors ? » se demande-t-il.

Les autorités de santé et la santé publique

Les pouvoirs publics et les hautes autorités de santé sont régulièrement au centre des conversations, souvent considérées dans un lien de dépendance et d'association avec l'industrie pharmaceutique. Autant Juliette U. par exemple, avançait une confiance « assez importante » dans les pouvoirs publics pour ce qui est des questions de vaccination, autant Mathilde Z., elle, ne leur accorde aucun crédit et préfère accorder sa confiance aux hospitaliers et aux professeurs, ceux là que dénonçait vertement quelques lignes plus haut le Dr Marc F.

« Le vaccin anti Human Papilloma Virus (HPV), moi j'étais très méfiante. Je suis méfiante en générale contre les nouveaux trucs qui sortent. Tu m'avais dit qu'à partir du moment où il y a des recommandations, tu les suis. Moi j'ai peu foi en nos autorités de santé. Les affaires récentes et autres l'ont prouvé. L'HAS et tous ces organismes là sont gangrenés pas des gens qui ont des intérêts financiers trop importants pour être honnêtes vis-à-vis des recommandations qui peuvent nous être faites. Donc moi j'estime que l'on a aussi un libre arbitre et un devoir de réflexion par rapport à ça et de mise en doute face à ce que l'on nous propose. Et au départ vis-à-vis de la vaccination contre le HPV je n'étais pas favorable car c'était un vaccin nouveau, on en parlait comme un vaccin contre le cancer ce qui n'est pas le cas... On omettait de parler du frottis et finalement, je me disais, on ne prend pas le problème vraiment à bras le corps. J'avais des craintes par rapport à l'innocuité du vaccin. J'avais entendu parler, comme tout le monde, de malaises syncopaux induits par ce vaccin, on n'avait pas d'indication sur la dangerosité du produit chez les femmes qui avaient déjà le HPV et qui l'ignoraient, sur l'efficacité à long terme, sur la rémanence des anticorps, et sur comment on organisait le dépistage. Suite à ça, je suis allé à pas mal de réunions en gynécologie pour prendre un peu le pouls de ce que disaient les hospitaliers, les professeurs hospitaliers. La plupart y sont favorables et ont

peu de résistances par rapport à ça et nous incitent à le faire. Si tout le monde n'y met pas le paquet, au final ça ne sert à rien car le virus circule toujours. Les seuls endroits où ça a vraiment marché, c'est l'Australie où le vaccin était obligatoire aussi je crois pour les garçons. Là en France, on ne se donne pas les moyens, la campagne était mal faite, mensongère, elle n'expliquait pas vraiment ce qu'il en était... Ne pas essayer de convaincre notamment les généralistes... Par exemple ma gynéco elle y était opposée, pourtant elle en voit des cancers... Moi je me posais des questions par rapport à ça... je ne le proposais pas systématiquement. Maintenant je le propose en exposant le pour et le contre. Mais je pense que je n'arrive pas vraiment à la promouvoir totalement ». (Mathilde Z., janvier 2012)

Lorsque l'on évoque la vaccination et plus particulièrement la vaccination contre le VHB, les autorités de santé et l'organisation du système de santé sont bien souvent critiquées. Il leur est finalement reproché leur façon de procéder par des programmes de masses, jugés souvent peu compréhensibles ou mal adaptés. Les liens plus ou moins clairs avec les laboratoires et leurs dirigeants sèment le trouble. C'est la dimension publique de la santé qui est questionnée. Elle est vécue comme une organisation dominante ayant comme finalité la réalisation de ses propres intérêts. Marc F. parle par exemple du vaccin contre la méningite à méningocoque C comme un « vaccin de santé publique ». Il pense que le vaccin a pour seule utilité d'éviter aux autorités de santé la prise en charge compliquée de l'entourage d'un cas, l'intérêt individuel étant selon lui bien maigre, la maladie étant très rare. Il insiste moins auprès des parents pour ce vaccin. Cependant, l'intérêt collectif de la vaccination est aussi mis en avant. Juliette U. dit que la vaccination est une question de civisme, de santé publique justement, et de respect des autres. Une autre consœur, Rebecca J., ma voisine au *quartier du griffon*, avance que le vaccin, c'est aussi "la" santé publique. Elle se dit en colère quand elle voit « que certains en ont rien à foutre des autres ». Mathilde Z. va aussi dans le même sens en présentant le médecin généraliste comme « garant de la santé publique » du fait de sa responsabilité à vacciner. Elle explique son agacement vis-à-vis d'un ostéopathe qu'elle a eu à recevoir à son cabinet comme patient. Il refusait de se faire vacciner. Elle a alors essayé de lui expliquer que se vacciner c'était se protéger soi mais aussi protéger les autres, ses enfants, en évitant de transmettre la maladie. Elle n'a pas apprécié que cet homme, par son statut de soignant, ne pense pas la dimension collective de la vaccination. Elle finit par défendre que « si tout le monde réfléchit comme ça, si on ne vaccine plus et si on laisse faire, il y aura une sorte de sélection naturelle avec ceux qui résistent et les autres ».

L'agacement face à la « mouvance bio »

Cette résistance de certains face au vaccin agace la majorité des praticiens rencontrés. Elle est associée au mouvement bio. Mathilde Z. parle de l'ostéopathe rencontré à son cabinet, comme d'une personne avec un sentiment de toute puissance face à la maladie avec ses idées écologistes. Elle avance que ce n'est pas en mangeant correctement, en faisant du sport qu'on lutte contre le tétanos. Elle évoque la représentation d'un ordre surnaturel d'une mouvance naturaliste. Rebecca J. critique aussi l'attitude des « bios » qui refusent systématiquement le vaccin et qui ainsi « s'en foutent des autres ». Juliette U va dans le même sens :

« Ceux qui partent à l'étranger par le biais de mon organisation internationale se posent des questions, y compris pour un premier voyage. J'ai l'impression que c'est aussi du fait d'une mouvance biologique, vers le retour au naturel... Il y a des choses dans lesquelles je me retrouve et d'autres qui me semblent extrêmes... Il y a pas mal de gens autour de moi qui, comme ils sont dans le bio, ils se demandent si le vaccin ne va pas contre le bio... [...] Le milieu dans lequel je baigne, les amis comme au travail, se pose des questions. Ma famille, aussi, la petite sœur de mon père, se pose des questions et me demande. C'est là que je vois que le vaccin est remis en question, mais c'est un positionnement extrême, non fondé... C'est via les médias, c'est dans une mouvance de retour aux choses naturelles, à l'environnement. Les gens voient tout sous cet angle là et ne peuvent faire la part des choses... Les gens qui disent : je me traite que par les plantes, je leur dis qu'une bonne partie des médicaments viennent des plantes... Oui dans le vaccin il y a des adjuvants, mais il faut des années et des années avant d'avoir des preuves... Regarde tous les copains qui construisent des maisons en bois. Et le bio, c'est bien, mais jusqu'où ? Ne risque-t-on pas les parasites ? J'ai vu qu'ils avaient détruit des tonnes de cresson infecté par la douve parce que c'était du bio. Et si on se retrouve avec de la distomatose en France à cause du bio... (rires). C'est comme tout, l'extrême peut entraîner des difficultés... » (Juliette U., février 2012)

L'histoire personnelle

Les vérités des uns et des autres se construisent tout au long de l'histoire personnelle, depuis la vie de famille, de l'enfance à l'expérience, de la parentalité à l'environnement, de vie amicale et professionnelle.

L'univers de la famille est le lieu des premières images et des premiers contacts avec la maladie. Juliette U. a été marquée enfant par l'hépatite B car elle entendait que sa tante en souffrait. Il est difficile pour elle de donner des détails précis sur le vécu de la maladie par la patiente et l'entourage, mais elle se souvient qu'il s'agissait d'un problème important pour ses yeux d'enfant car tout le monde évoquait la maladie sur un ton de gravité. Juliette a

l'impression que du coup, cette sensation de gravité persiste, et contribue peut-être encore aujourd'hui à lui faire penser qu'il faut se protéger du virus par le vaccin.

Laurence B., est pédiatre sur *le boulevard de la Croix-Rousse*, d'origine congolaise. Nous l'avons rencontrée à plusieurs reprises : en 2009 pour lui présenter le projet de santé publique sur *les pentes*, auquel elle a participé, puis en juillet 2012 pour un nouvel entretien. Laurence a un cinquantaine d'année. C'est une femme calme à la voix apaisante, sûrement bien faite pour rassurer ses petits malades. Elle semble un peu plus à l'aise pour écouter que pour donner son avis. Mais malgré cela, en faisant gentiment effort pour se dire, elle raconte aussi son contact familial avec la maladie. Elle dit avoir du coup une vision probablement biaisée de l'hépatite B du fait de son expérience en Afrique. Le frère de son mari est mort d'un cancer primitif du foie à l'âge de 30 ans, contaminé par l'hépatite B. Elle a été très marquée par ce décès d'un proche si jeune. Elle se dit depuis être très préoccupée par cette maladie. Ainsi, même pendant la polémique des années 90 autour de la vaccination, elle a continué à inciter à la vaccination. Elle dit n'avoir jamais baissé les bras.

Laure L. est médecin généraliste mais pratique davantage l'homéopathie. Elle raconte que c'est enfant qu'elle a rencontré cette thérapie qu'elle utilise aujourd'hui. Elle se souvient avoir présenté une allergie solaire « épouvantable ». Ses parents n'étaient pas alors « pro-homéopathie ». Elle ne sait plus qui leur avait conseillé de voir un homéopathe, ce qu'ils ont fait. Et c'est, rapporte-t-elle, l'homéopathie qui l'a guérie.

Assez peu de souvenir de l'enfance nous ont été rapportés autour de la vaccination. Il semble que souvent, l'avis du médecin d'aujourd'hui soit assez proche de celui de ses parents hier. Juliette U. se souvient que la vaccination ne faisait pas l'objet de débat au sein de sa famille. Pour Mathilde Z. aussi, ses parents ne posaient, selon ses souvenirs, aucune question autour de la vaccination. Marc F. dit avoir été vacciné « normalement » par ses deux parents médecins. Olivier Z., le médecin du quai Saint Vincent se dit malgré tout « à tendance vaccinante ». Il dit avoir réfléchi au pourquoi de ce positionnement, qu'il met en lien avec une tendance naturelle et personnelle éducative à respecter le savoir, l'autorité « bien scientifique » :

« J'ai été dans ma famille formé comme ça. Mon, père était médecin aussi. On discutait de sujets, il se référait aux publications, il avait une tendance scientifique. Donc quand l'académie de médecine me dit voilà ce que l'on vous conseille de faire, j'ai tendance à faire confiance à la qualité de l'expérimentation que porte l'académie de médecine. Et son conseil, s'il ne révolutionne pas quelque chose que

j'ai dans la tête depuis longtemps, je me dis, on est en France, les études à priori sont sérieusement faites... » (Olivier Z, juillet 2012)

L'expérience de la parentalité semble contribuer encore davantage à construire ses idées sur le vaccin et à s'interroger sur son innocuité quand il s'agit de l'inoculer à ses propres enfants. C'est ainsi qu'en témoigne Marc F. :

« MF : Je sens quand même des questionnements de plus en plus. Ayant eu un enfant récemment, et ma compagne étant critique sur beaucoup de sujets, à tout remettre en cause. Elle remet en question en permanence dès que l'on veut vacciner. Et c'est vrai que j'avoue que ça m'a un peu influencé. Elle avait cherché pas mal de trucs sur le vaccin contre la méningite. Moi je voulais le faire. Et elle, c'est vrai qu'elle a pas mal regardé de choses... et effectivement...

JF : qu'est-ce qui la gêne ?

MF : Le fait d'introduire... d'inoculer effectivement, de ne pas forcément maîtriser tous les éventuels conséquences telles que les risques d'allergie, les effets secondaires potentiels... De plus en plus je me rends compte que je passe d'une espèce de certitude scientifique de « je fais bien et il n'y a pas de raison de remettre en cause ça », à de plus en plus avoir des petits parasites qui font fissurer les idées établies qui pour moi n'étaient pas à remettre en cause... Pourtant tu vois, je lis Prescrire, je prescris quand même peu de médicaments par rapport aux médecins plus âgés déjà... Vis-à-vis des vaccins, je n'avais pas du tout cette attitude-là plus jeune... Ce qui fissure, c'est donc ces mails de confrères, des discussions à droite et à gauche, tout ce qui sort sur tous les nouveaux traitements qui ont été retirés... » (Marc F, février 2012)

Le témoignage de Marc est ici intéressant : ce qu'il pense être vrai sur le vaccin va se refaçonner au contact de sa propre famille, des positionnements de sa femme, la mère qui craint de faire du mal à ses enfants par l'injection. Rebecca J. témoigne aussi d'un mécanisme un peu similaire. Je la connais depuis peu, du fait du hasard des relations de voisinage. Elle et sa famille habitent dans le même immeuble que moi. Nous avons eu l'occasion d'échanger quelques mots sur notre métier à l'occasion d'apéros chez les uns et les autres de la montée d'escalier. Rebecca est médecin généraliste. Elle a pratiqué en cabinet avant de changer d'activité pour devenir médecin coordinateur d'une maison de retraite située un peu plus haut sur *les pentes*. Elle présente un mode de vie qui semble se baser sur les valeurs de l'écologie et de la nature, vantant les mérites de son panier d'AMAP, des vacances et week-end à la campagne. Son investissement associatif semble lui aussi fort, et la vivacité qu'elle dégage semble coller avec une personnalité bien militante. J'étais très curieux d'avoir dans ce tableau de départ, son avis sur le vaccin. Nous convenons d'un moment un soir, entre le repas et le

coucher des enfants, chez elle, pour aborder la question de l'immunisation et de la vérité en médecine. Rebecca m'expose son avis : « je me suis faite à l'idée que les vaccins ont leur raison d'être »... Le ton est donné. Elle témoigne tout au long de l'entretien de ce qui paraît être une vraie hésitation et un profond questionnement sur l'intérêt de vacciner ou de ne pas vacciner. Ses enfants lui auront finalement servi de révélateur de logique :

« A un moment donné, je me suis dit j'arrête de réfléchir... J'ai eu mes enfants, et là c'était horrible de se dire, tu vas aller les faire piquer. Je les allais. C'était des petits bonhommes qui allaient super bien. Pour Martin, j'allais à la PMI et je lui ai fait faire en ordre et quand il fallait. Et Antoine, j'ai vachement tardé. Il a été vacciné à 6 mois. Et là, je me suis dit il y a un truc qui n'allait pas. J'étais mal, car pour lui, je n'avais pas envie de le faire et je me retrouvais au cabinet à dire qu'il fallait le faire dès le deuxième mois... Je me suis dit, il faut que tu tranches... J'ai repotassé tout ça et je me suis dit qu'à l'heure actuelle, c'était le meilleur bénéfice. » (Rebecca J. , février 2012)

Donc Rebecca J. aura comme Marc F., changé de positionnement sur la vaccination au contact de ses responsabilités de parent. Mais elle ira dans le sens de la vaccination et d'un renforcement même hésitant de ses convictions, quand Marc lui, se mettra à douter de son positionnement sur le vaccin qui était sans état d'âme avant d'être parent.

L'expérience professionnelle

La formation initiale

On peut penser que le savoir et les vérités des médecins sur la vaccination proviennent bien évidemment de l'enseignement de la médecine qu'ils ont reçu à l'université. Juliette U. explique avoir reçu une formation très orientée *Evidence Based Medicine*. « J'ai été formatée comme ça... » dit-elle. Et du coup pour elle, lors de ses études de médecine, il n'y avait même pas de question à se poser sur la validité de l'enseignement proposé sur le vaccin. Rebecca J. va dans le même sens sur le fait que la remise en question de la vaccination à l'université n'avait pas sa place. Elle se remémore des travaux dirigés avec un assistant en virologie :

« Je me souviens de travaux dirigés avec un assistant en virologie. Je lui avais dit que je ne suis pas à l'aise avec la vaccination, et lui avais demandé si on était certain qu'il fallait vraiment vacciner où est-ce que, comme certains le disent, l'hygiène de vie et la salubrité n'ont pas apporté de plus grands progrès en médecine que la vaccination. C'était en fait un vrai con. Il m'avait répondu : « ben dis donc, si tu te poses ce genre de question, je ne sais pas ce que tu fais là... » J'ai pensé que ce n'était pas la bonne personne à qui poser la question. Et j'ai pleinement conscience que cela a eu comme conséquence que je me suis dit « fais tes études, tu ne pourras pas tout faire de front vu le nombre de trucs à apprendre, et après les études tu reréfléchiras...Tu seras dans ta pratique ». Donc je me rappelle de bien peu d'ouverture sur le sujet à la faculté. » (Rebecca J., février 2012)

Mais au-delà du manque d'ouverture de la faculté à la remise en question sur le vaccin, il semble que la plupart des médecins interrogés se rappellent à peine s'ils ont eu des cours dédiés à la vaccination le temps de leurs études. Mathilde Z. n'a pas le souvenir d'enseignement spécifique sur le sujet et s'est documenté au contact des patients. Rebecca J. ne se souvient pas non plus de cours magistraux centrés sur les vaccins. Marc F. dit avoir appris la vaccination pendant ses semestres d'internat en médecine générale. Il pense avoir eu peut-être des cours à la fac mais qu'ils jugent « dilués » par rapport à l'importance du sujet. Juliette U. ne se rappelle pas non plus avoir eu de cours sur la vaccination, ou peut-être dit-elle en troisième année à l'occasion de cours en immunologie, « mais c'est trop vieux et je n'en suis pas sûre du tout. Elle se souvient par contre d'un module de maladies infectieuses, où pour chaque pathologie, il y était présenté l'immunisation comme moyen de prévention. Pour ce qui est du mécanisme immunologique des vaccins, elle rit en disant : « je l'ai oublié, je l'ai vraiment oublié, je ne pourrais pas te le redire ». Chacun s'accorde à reconnaître le caractère obscur ou en tout cas nébuleux de l'immunologie. « C'est une science... !! » lance aussi en riant Marc F. en avouant également ne pas avoir les idées très claires sur le mécanisme exact du vaccin dans le corps, mais se souvenant parfaitement bien que « le polycopié d'immuno hantait tout le monde ».

Le fil de la pratique.

A l'issue de la formation initiale, fait place la pratique. C'est le temps de l'expérience, du contact avec les malades et des prises de responsabilités dans le soin. Trois de nos informateurs en témoignent. En premier lieu bien sûr, nous donnons la parole à la pédiatre Laurence B. et son importante expérience africaine :

« De part mon expérience, j'ai eu à vivre la maladie... Voilà, j'ai commencé à travailler en Afrique, donc les Hépatites B j'en ai vu. J'ai vu des cancers primitifs du foie chez des sujets très jeunes. Je les ai vu en mourir, au Congo, à Brazzaville, mon pays d'origine. Donc voilà, où j'ai travaillé une dizaine d'années. J'y ai fait mon doctorat de médecine générale. [...] Au milieu des années 80, la vaccination venait à peine de sortir et pour l'Afrique, ça a été un grand soulagement. Et je me souviens que je me suis fait vacciner vite. Mais il n'y avait pas de programme national. On informait individuellement les gens et ceux qui devaient se faire vacciner se faisaient vacciner. Au Sénégal, ils ont fait une campagne de vaccination qui a fait diminuer de beaucoup l'incidence du cancer primitif du foie. [...] Et par rapport aux effets secondaires de la vaccination, je n'ai jamais rencontré de problème de SEP chez les enfants. Il paraît que cela existe... [...] Aujourd'hui, je n'ai plus l'occasion de travailler en Afrique, mais j'y séjourne régulièrement... Je vais voir des collègues, visiter des hôpitaux. Cela me permet toujours de... quelquefois les convictions s'atténuent, on essaie de faire des compromis. Et puis on y va là-bas et de nouveau on retombe sur ses pieds... Dans mon pays, il y a 18 mois, il y a eu une grosse épidémie de poliomyélite par exemple avec de nombreux décès... On n'avait pas vacciné dans les 10 années de guerre qui ont précédé. En France, on a bien vacciné donc toutes ces maladies terribles ont disparu et donc les parents ne sont pas conscients. Les opposants devraient faire un tour dans certains pays d'Afrique pour comprendre de quoi on parle. » (Laurence B., juillet 2012).

Juliette U., médecin généraliste investie depuis longtemps dans une pratique de santé publique en ONG, apporte un témoignage un peu similaire sur l'expérience qui construit le savoir, ce que l'on pense être vrai sur les maladies et les vaccins :

« Du fait de travailler dans les pays du sud, je suis encore plus convaincue par l'intérêt de vacciner. Tu vois des tonnes d'enfants qui meurent parce qu'ils ne sont pas vaccinés. Mais attendez, c'est une question de civisme... Je dis : toi tu peux décider de ne pas le faire, mais si tout le monde décide comme toi, on va avoir des situations qui peuvent redevenir comme celle de l'Afrique. Pour ton enfant, tu ne vas pas prendre un risque majeur, mais c'est une question de santé publique, de comportement qui soit respectueux des autres. Moi, j'ai vu les enfants mourir en Afrique (voix gênée par l'émotion). Je disais à un collègue en Ouganda, tu sais en France, ils ne veulent plus vacciner leurs enfants... Il ne comprenait pas... Moi j'en ai vu des femmes mourir en couche et du coup je ne veux pas accoucher à domicile et je ne le conseille pas à mon entourage. Je suis carrément influencée par ce que je vois autour de moi... Je suis convaincue de ce que la recherche a prouvé car je l'ai vécu, contrairement aux autres médecins en France... » (Juliette U., janvier 2012).

Mathilde Z. qui fut ma première remplaçante, apporte aussi son témoignage de l'enseignement par l'expérience mais dans un questionnement un peu inverse. Pour elle dans l'anecdote qu'elle a déjà évoquée autour du patient ostéopathe, c'est l'utilité même du vaccin qui est questionnée :

« Ce que je trouve compliqué c'est que l'on est garant de la santé publique. La faculté nous a enseigné des notions de santé publique. La vaccination a permis d'éradiquer certaines maladies comme la variole et c'est un effort de tous, un effort individuel pour un bien commun. Et la complexité au cabinet, c'est que tu te retrouves face à des histoires individuelles, où les gens font des liens pas forcément documentés par la science et tu te retrouves avec des cas sur lesquels tu butes. Ce n'est pas forcément ça qui me fait douter mais à un moment donné je ne pensais pas devoir autant négocier et promouvoir la vaccination car je ne m'attendais pas aux résistances, à toutes ces résistances que je peux trouver dans la pratique. Aujourd'hui, on est en position de justifier tous les actes que l'on propose. Lorsque j'ai voulu proposer le tétanos un jour à cet ostéo, cela m'a été refusé. Alors, que le tétanos, c'est un vaccin qu'en général les gens ne refusent pas. Là je me suis dit « merde, il faut se poser ». Je dis à l'ostéo, « excusez moi, je ne comprends pas votre attitude vis-à-vis de la vaccination. Est-ce que vous acceptez d'exprimer votre point de vue et moi je vous exprimerai le mien ». J'étais un peu énervée, un peu agacée. Il me dit : « moi depuis tout petit mes parents ne m'ont quasiment pas vacciné. On est capable de se défendre tout seul si on mange bien, si on fait du sport, si on a une vie correcte, on est capable de se défendre contre pas mal d'infections. Et au final il a finalement lâché le morceau : « de toute façon la vaccination, c'est un risque que je prends, c'est comme prendre une assurance ou pas... » Du coup ça m'a interpellée qu'il le voit comme ça... Oui il y a autant de chances mais... Moi, je n'étais pas capable de dire combien il y a de cas d'infections par le tétanos en France... Je ne les connais pas les chiffres en fait... Du coup je me suis dit que je ne pourrais pas argumenter... Finalement ce gars qui refuse le tétanos, ce n'est peut-être pas la priorité, il faut peut-être que je lui propose la rougeole ou l'hépatite... » (Juliette U., janvier 2012).

Internet et bruit de fond

Internet a été cité seulement par quatre médecins au cours de nos entretiens, comme un des facteurs qui influence la structuration de leurs idées sur la vaccination, mais pour chacun dans un sens différent. Notre dispositif d'enquête a, il est vrai, peu pris en compte ces fameuses « fenêtres qu'un écran d'ordinateur connecté à internet ouvre sur les univers de la communication électronique » (CROS, 2011, p.4). Il faut dire que le Web n'est pas vraiment un espace stratégique de communication pour les médecins rencontrés dans le quartier, contraints de toute façon à l'interdiction de toute forme de publicité par le code de déontologie médical. Ils ne peuvent y afficher leurs pratiques personnelles ou faire la promotion de leurs choix thérapeutiques, comme le font bon nombre d'autres acteurs. Aucun des médecins rencontrés n'a rapporté posséder un blog concernant son métier. Seul l'un d'entre eux a pris quelques libertés en créant un site vitrine pour son activité. Un regard plus ciblé dès le départ sur ces questions aurait peut-être mis en avant d'autres vues. Mais il semble malgré cela, que la recherche directe de données par les médecins pour leur formation, se fasse avant tout sur une "littérature papier" identifiée comme une référence par le biais notamment de revues spécialisées : *revue du praticien*, *revue prescrire*, revues de sociétés scientifiques et spécialisées. Et ce sont ces données là qui sont collectionnées et classées. Quand elle a lieu, la recherche sur le net consiste souvent à trouver les mêmes articles issus des mêmes sources de références, et simplement publiés en lignes, ou des rendus de cours dispensés par des professeurs d'université et mise en accès libre sur le Web. Seul le support change. Ce que Laurence ALLARD appelle l' « Internet Social » (blogs, wikis, sites de réseaux sociaux) (2009) semble de prime abord peu sollicité et l'on pourrait effectivement penser que le médecin de par son métier de spécialiste de la santé, éprouve moins le besoin de se connecter à ces discussions. Nous pourrions encore imaginer que la visite sur les forums puisse générer davantage l'agacement que l'adhésion au débat. Mais bien évidemment que sur la toile, les choses ne sont pas à ce point cloisonnées. Les groupes sociaux ne sont pas si homogènes, et chacun, qu'il soit ou non spécialiste, est susceptible d'être happé par des réseaux plus larges et aux ramifications plus complexes (CROS, 2011, p.10).

Dans son texte « Acheter un éléphant sur le Web ? » de l'ouvrage *Net et Terrain*, Maxime MICHAUD se pose la question de la méthodologie d'enquête sur les données du net. Il prend le parti pour son travail, d'observer ce que proposent les deux premières pages des principaux moteurs de recherche en réaction à ses mots clefs (MICHAUD, in CROS, 2011,

p.50). Si l'on suit le même schéma et que l'on entre les mots « hépatite B vaccin » dans la version française du très populaire moteur de recherche *Google* (<http://www.google.fr>), on observe dans les deux premières pages vingt propositions, comme un reflet rapide de "l'offre" d'Internet sur notre thématique.

Les deux premiers résultats qui sortent, proposent les liens de sites que nous pourrions qualifier de "grand public", à l'information plutôt bienveillante à l'égard du vaccin et du discours scientifique académique.

1². Vaccin contre l'hépatite B – Wikipédia

[fr.wikipedia.org/wiki/Vaccin_contre_l'hépatite_B](http://fr.wikipedia.org/wiki/Vaccin_contre_l'h%C3%A9patite_B)

Depuis 1982, on peut éviter l'infection par le virus de l'hépatite B grâce à un vaccin. Le vaccin ne guérit pas les porteurs chroniques, mais il est efficace de 90 à ...

2. Vaccin Hépatite B - Tout sur l'hépatite B – Doctissimo

www.doctissimo.fr/html/dossiers/hepatite_b.htmEn cache

La vaccination permet chaque année de sauver des millions d'enfants à travers le monde. Tout ce qu'il faut savoir sur le calendrier vaccinal, les avantages des ...

3. Le vaccin contre l'hépatite B - EurekaSante.fr par VIDAL

www.eurekasante.fr > Médicaments > Les vaccins

23 avr. 2013 - En France, le nombre de cas d'hépatite B a doublé en dix ans. Il existe un vaccin efficace.

10. Vaccin hépatite B - Santé - NotreFamille.com

sante-guerir.notrefamille.com/v2/services-sante/article-sante.asp?id...En cache

28 oct. 2011 - La vaccination contre l'HEPATITE B consiste en 3 injections à 1 mois d'intervalle et un rappel 1 an plus tard. Il faut vacciner: - les personnes ...

18. Vaccination contre l'hépatite B : Pourquoi se faire vacciner ...

sante.lefigaro.fr > Mieux-Être > Vaccination - Dépistage

L'hépatite B est une maladie du foie due à un virus. C'est une des maladies infectieuses les plus fréquentes au monde puisque 350 millions de person.

19. Actualité > Vaccinations contre l'hépatite B : la France à contre-courant

www.futura-sciences.com/.../medecine-vaccinations-hepatite-b-france-co...

22 avr. 2009 - Claire-Anne Siegrist, spécialiste suisse de la vaccination, s'étonne des choix français en matière de vaccination contre l'hépatite B, une ...

Laure L. avance que par le biais de ces sites internet, les personnes deviendraient plus compétentes. Pour elle, ses patients sont ainsi mieux informés, et mieux à même de prendre en charge leur santé, même si elle reconnaît aussi des erreurs d'interprétation et que certains d'entre eux arrivent avec leurs diagnostics déjà posés.

² Le numéro devant chaque titre de site, représente l'ordre d'apparition sur les deux premières pages de Google.

Apparaissent ensuite des liens vers des sites plus spécialisés, portés par la médecine académique elle-même. Les noms qui y sont associés sont familiers pour les médecins : la base de données VIDAL, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), la Haute Autorité de Santé (HAS), la société savante d'hépatogastro-entérologie (SNFGE), Hépatite info-service, l'OMS, association de pédiatres canadiens...

3. Le vaccin contre l'hépatite B - EurekaSante.fr par VIDAL

www.eurekasante.fr > Médicaments > Les vaccins

23 avr. 2013 - En France, le nombre de cas d'hépatite B a doublé en dix ans. Il existe un vaccin efficace.

4. [PDF]Guide des vaccinations 2012 - Vaccination contre l'hépatite B – Inpes

www.inpes.sante.fr/.../vaccination/...vaccination.../GuideVaccinations201...

108. Vaccination contre l'hépatite B. Avec plus de 350 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B. (VHB) et 2 millions de morts par an, l'hépatite B ...

6. Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaque (HAS)

sante-medecine.commentcamarche.net/.../289-vaccination-contre-l-hepat...

Un état des lieux de la causalité entre vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) et sclérose en plaques a été réalisé en novembre 2004. Un travail mené ...

7. Vaccination anti-hépatite B et effets secondaires graves – SNFGE

www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0F...et.../foie-vaccination.htmEn cache

Dans cet éditorial, le sujet est centré principalement sur les effets secondaires démyélinisants présumés du vaccin anti-virus de l'hépatite B (VHB). C'est un sujet ...

9. Haute Autorité de Santé - Vaccination against the hepatitis B virus

www.has-sante.fr/portail/jcms/.../vaccination-against-the-hepatitis-b-virus

Vaccination against the hepatitis B virus. A summary statement in English will be available in due course. Date October 2003 ...

13. Le vaccin contre l'hépatite B [Hépatites Info Service]

www.hepatites-info-service.org > VACCINATION

Pourquoi se vacciner contre le VHB (...) Le VHB est la deuxième cause identifiée de décès par cancer après le tabac. L'hépatite B est l'une des maladies les ...

16. OMS | Hépatite B

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/

L'hépatite B est un danger professionnel important pour le personnel de santé. Il est possible de prévenir l'hépatite B avec le vaccin sûr et efficace dont on ...

17. Le vaccin contre l'hépatite B - Soins de nos enfants

www.soinsdenosenfants.cps.ca > Accueil > Immunisation

Qu'est-ce que l'hépatite B? L'hépatite B est une maladie causée par un virus. Le virus de l'hépatite B infecte le foie. La moitié des personnes qui sont atteintes ...

20. Vaccin contre l'hépatite B - Vaccination - Ministère de la Santé et ...

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/.../vaccination/index.php?vaccin...hepatite...

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre l'hépatite B et ses complications. L'hépatite B est une infection du foie causée par un virus (le virus de..

Ce sont ces sites là que les médecins disent rapidement repérer sur le net quand ils cherchent une information. Olivier Z. voit tout de suite « ce qui a l'air sérieux ». Ces sites sont portés par des institutions qui font le monde académique et la médecine hospitalo-universitaire. Ils sont la transposition sur la toile du monde dans lequel le médecin a suivi sa formation et qui fait le contexte de sa pratique. Ils ont pour vocation la traduction des discours et des travaux scientifiques en médecine, autant que la diffusion de consignes de soins des autorités de santé, et des instances de santé publique nationales et internationales.

Le premier forum apparaît en 5^{ème} position. Les propos que l'on peut lire dans l'extrait sont clairement dans la remise en question du vaccin. Il paraît organiser le débat essentiellement entre les "consommateurs de soins". Le deuxième lien met lui en avant un médecin qui semble désemparé par rapport aux questions de la prise en charge de l'hépatite B et de la dangerosité du vaccin.

5. Pour ou contre le vaccin hépatite b ??? : Forum auFeminin

forum.aufeminin.com > Les forums > Santé > Hépatites virales A, B et C

9 mars 2005 - 21 messages - 8 auteurs. «j'ai une hépatite auto-immune depuis 23 ans et j'ai fait le vaccin de l'hépatite b au même moment qu'il on découvert mon hépatite auto-immune et il me l'on fait ...

15. Vaccin de l'hépatite B : Oui ou Non ? - Rica sur LePost.fr (14:35)

archives-lepost.huffingtonpost.fr/.../1092792_vaccin-de-l-hepatite-b-oui...

2 févr. 2008 - Moi qui suis médecin, que dois-je faire face au vaccin contre l'hépatite B, qui peut sauver de cette maladie, mais qui est soupçonné de ...

Par rapport ce que les gens peuvent apprendre des échanges sur les forums, Olivier Z., à la table d'un petit restaurant du quai Saint Vincent, s'énerve :

« Quand tu vois les gens qui consultent sur Internet avant de te demander ton avis, moi je les branche maintenant. J'en ai marre (énervé). Je leur dit, si vous êtes ici pour que l'on soigne internet, il vaut mieux que l'on arrête tout de suite. Vous me dites les signes que vous avez, vous écoutez ce que je vous dis. Si vous préférez voir internet, il ne faut pas venir me voir après. Je ne vais pas répondre à vos questions que vous avez trouvées sur internet parce que cela vous a affolé, sur un truc que je trouve banal à priori... Ca c'est gonflant. T'en a pas encore toi ? Depuis quelques mois ça prend une ampleur un peu pénible. Les gens n'ont pas le bon sens de distinguer l'info. Ils vont voir et ils se foutent la trouille : moi j'ai eu ça, j'ai eu la même chose que toi, ils lisent... » (Olivier Z., juillet 2012)

En 8^{ème} position, sur la première page du moteur de recherche, apparaît l'association REVAHB qui s'est créée sur l'opposition au vaccin et qui est militante. D'autres sites suivent qui sont aussi davantage critique par rapport à la vaccination, tout en ayant une présentation plus professionnelle que les forums, notamment pour le site AgoraVox.

8. REVAHB - Association REVAHB vaccination hépatite B

www.revahb.fr/

ASSOCIATION REVAHB. La vaccination hépatite B : les différents accidents après la vaccination hépatite-B, santé-publique, articles, littérature médicale, revue ...

11. VACCIN HEPATITE B : Rapport bénéfice/risque négatif - AgoraVox ...

www.agoravox.fr > Actualités > Santé

1 déc. 2012 - Le bénéfice/risque de toute vaccination ne peut être chiffré qu'à partir des données épidémiologiques disponibles quant à la fréquence des (...)

12. Vaccin de l'hépatite B : une bombe à retardement ! - AgoraVox le ...

www.agoravox.fr > Actualités > Santé

La revue Neurology diffuse en avance l'étude pédiatrique menée par l'équipe du Pr Marc Tardieu (service de neuropédiatrie, hôpital (...))

14. Vaccination contre l'hépatite B : une autre controverse

www.passeportsante.net > Actualités > Dossiers

En France, le vaccin contre l'hépatite B fait régulièrement la manchette depuis environ 15 ans.

Seul Lilian S. nous a dit consulter régulièrement le site AgoraVox. Il ajoutait que « tout le monde consulte AgoraVox ». Difficile de trouver confirmation, mais nous entendons bien que chez certains, des portails différents du reflet de la médecine conventionnelle sont visités et ils vont amener le doute. C'est là que nous avons été surpris de trouver Marc F. qui semblait avant d'aborder le sujet en entretien, avoir trouvé un point de repère assez stable pour sa pratique en *la revue prescrire*, « sa bible ». Marc parle de « ces petits parasites qui vont fissurer les idées établies ». Il évoque là les sites du Web qu'il visite, aussi entraîné par son épouse « qui est critique sur beaucoup de sujets et qui remet tout en cause ». Là effectivement, le net s'inscrit dans « un réseau communicationnel de plus en plus étendu » (WANONO GAUTHIER, 2012, p.363). Le médecin est rattrapé par l'onde de communication du Web, véhiculé aussi par sa famille et par ses proches. Et l'onde sème le trouble.

Le net se présente alors bien là comme « un interstice » au sein duquel le regard ethnographique (CROS, 2011, p.8) peut se faufiler pour voir les petites choses importantes qui se cachent au travail de terrain classique. Mais du point de vue de notre terrain, il ne

semble pas qu'Internet représente complètement une « révolution des savoirs » (LE CROSNIER, 2010) pour nos informateurs. Il accélère bien sur la connaissance en médecine comme celle des autres champs par la diffusion des données qu'il permet, mais nous le voyons plutôt en observant le monde des pentes, comme une amplificateur d'un bruit de fond social auparavant plus discret. C'est ce même bruit de fond qui fait que Mathilde Z. ne voulait pas se faire vacciner contre la grippe A avec un vaccin contenant des adjuvants, que Yvonne R. ne voulait pas faire vacciner son enfant à naître contre le vaccin de l'hépatite B quand elle en faisait la promotion en public, que Rebecca J. veut résister à une adhésion complète aux pratiques suggérées par la médecine académique, que Lilian S. pense que la vaccination est parfois une monstruosité. Internet accentue une sensibilité spontanée à cette musique ambiante que crée notre vie sociale et ses échanges, qui va interroger chacun et de la même façon les médecins, avant tout par le point de vue différent des références habituelles que le Web véhicule par ailleurs. Qu'il agace, qu'il fascine ou qu'il interroge les médecins généralistes, la donne sur le savoir du soignant est nouvelle de toute façon par cette omniprésence du Web. La photo suivante parle d'elle-même et les fins ethnographes me l'auront justement rappelé. Jusqu'à 2009, le Vidal, symbole par excellence du savoir des médecins, reste dans sa présentation papier, un dictionnaire classique. Dès 2010, la mention *www.vidalonline.com* apparaît, puis *www.vidal.fr* en 2013. Et il est question que ce monument de la pratique médicale abandonne définitivement la version papier dans un avenir très proche, pour exister seulement sur la toile.

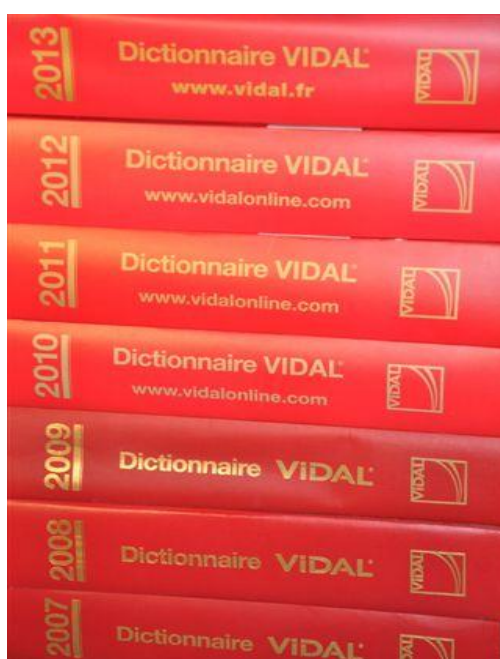


Photo 22 : le dictionnaire VIDAL des médicaments

Diversité, confusion et rupture de continuum

Voilà donc une première série de photographies, de points de vue sur les idées comme autant de vérités sur la vaccination, la maladie et le soin. Difficile de généraliser ici quelle est la vérité d'un groupe que nous qualifions de « médecins généralistes » et que nous distinguons en tout cas dans notre plan des médecins spécialistes ou alternatifs. Le seul point commun que nous trouvons entre tous les généralistes est précisément leur titre affiché sur leur plaque, dans les rues que nous avons visitées, devant leur cabinet. La catégorie est donc bien réelle mais elle n'entraîne aucunement une vision uniforme sur notre objet. Nous avons vraiment l'impression que pour chacun des thèmes abordés, que ce soit l'industrie pharmaceutique, les autorités de santé, l'environnement de vie, les histoires de parcours, la formation, internet, chacun va au contact de ces réalités réagir, rebondir dans un sens qui semble finalement peu prévisible pour l'observateur qui découvre à l'occasion de quelques entretiens une personne dont il ignore presque tout. Nous montrons peut-être simplement à ce stade que la formation commune et initiale en médecine générale, qui semble être assez univoque, n'est pas uniquement, loin s'en faut, ce qui fait le point de vue du médecin généraliste qui lui est étonnement pluriel. Nous voyons déjà sous-jacent un besoin de se positionner, de s'affirmer, parfois de dénoncer ou de se protéger. Cette impression de diversité frôle parfois la confusion. Nous retrouvons ce trouble par exemple en première lecture chez Juliette U. qui affirme au départ être complètement pour la vaccination en général, qui ne croit pas aux polémiques contre le vaccin du VHB en France puisqu'elles ne sont pas partagées par d'autres pays, qui explique que la vaccination n'a jamais posé problème et n'est pas objet de débat dans sa famille. Et puis quelques minutes plus tard, elle évoque que l'un de ses parents a des doutes sur le fait que les laboratoires influencent la consommation. Un peu plus tard dans le même entretien, elle dit douter de la pertinence du dernier vaccin mis sur le marché et des nouvelles molécules en général. Encore plus tard, Juliette dit qu'en vieillissant, l'être humain comme elle-même modère ses positions. Nous retrouverons les mêmes changements de positionnement au cours des entretiens chez trois autres collègues. Ils témoignent probablement pour une part, d'une incertitude et nous le pensons, d'une réelle confusion dans cette démarche qui vise à se trouver une vérité sur des sujets clefs pour un médecin de famille qui doit conseiller, inciter, appliquer des consignes de santé publique.

Nous avons ressenti aussi chez Rebecca J., ma voisine, une vraie difficulté ou plutôt un vrai effort pour concilier par exemple une aspiration à une médecine alternative qui serait plus douce et moins nocive, et un réel réflexe EBM qui fait qu'elle prend le temps de se documenter aussi dans ce champs-là, d'aller voir les études scientifiques. Elle est à la fois critique sur les « bios qui s'en foutent un peu des autres », et sur le pouvoir biomédical qui digère les études sans vrai discernement. Il semble que jusqu'à ce jour cet aspect-là ait toujours pris le dessus sur l'aspiration alternative. A chaque hésitation et questionnement, c'est par la recherche dans la littérature, que Rebecca « tranche ».

Mais ce que nous pouvons prendre comme des ruptures de continuum dans le discours ramène aussi à la situation d'entretien, de la rencontre entre l'observateur et l'observé dont la parole qui en ressort ne peut être pensée, comprise que dans l'interaction que représente cet échange. Nous l'avons largement évoqué dans notre chapitre sur la méthodologie. Probablement aussi que ces rebonds dans le discours sont induits pour une part par les rebonds de mon propre discours. Chacun pense plus ou moins connaître l'autre dans un quartier. J'ai probablement l'image d'un défenseur du vaccin, du fait de m'être affiché comme promoteur d'un projet lui-même promoteur du vaccin. Et de ma position d'anthropologue en entretien, doit transpirer que je le veuille ou non, le relativisme sur lequel je m'appuie comme une méthode pour aborder, dans une position un temps soit peu distanciée, les questions de vérité en médecine.

Les scientifiques

A des fins de présentation et de clarification d'exposé, nous avons donc proposé de schématiser la réalité en classant les médecins en trois groupes : généralistes, spécialistes et alternatifs. Nous avons proposé de les disposer dans un continuum avec d'un côté les spécialistes, les plus proches du discours académique des professeurs universitaires, et du discours conventionnel des autorités de santé et de l'autre les médecins alternatifs les plus éloignés. Les médecins généralistes pourraient être au centre de cette ligne. Intéressons-nous dans un deuxième temps à ce que disent du vaccin les médecins spécialistes ou scientifiques. Nous utiliserons sans distinction le terme de scientifiques et de spécialistes pour ce groupe-là, en ayant conscience que ce choix est très discutable et réducteur. Mais tous les médecins spécialistes dont nous allons ici parler, travaillent à temps complet ou partiel au sein d'un hôpital universitaire avec une implication à temps complet ou partiel dans la recherche scientifique en médecine.

Entre confiance et autorité

Nous avons rencontré en premier Pierre I., hépato-gastroentérologue installé en libéral *rue des chartreux*, mais attaché au service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital de la Croix-Rousse. C'est un homme de peut-être 55 ans. Il me reçoit en octobre 2009 à son cabinet visiblement peu enthousiaste d'avoir dû répondre positivement à ma demande d'entretien par courrier. J'imagine qu'il s'y est senti un peu obligé du fait de notre collaboration régulière dans nos pratiques autour des mêmes patients du quartier. Il fera en sorte de mieux esquiver une deuxième demande d'entretien deux ans plus tard. L'accueil est donc plutôt glacial. Je lui présente mon travail et à l'époque le projet de promotion du vaccin anti-hépatite B sur *les pentes*. Il me dit tout de suite « tout le monde sait pourquoi les gens ne se vaccinent pas ». Je comprends sa remarque comme « votre travail n'a pas grand intérêt puisque ces choses-là sont bien connues ». Il m'explique que c'est à cause des erreurs de communication des gouvernements précédents. Mais il me dit que c'est quand même intéressant de travailler sur le VHB sur *les pentes* du fait de la migration. Il explique que selon lui, seuls les migrants véhiculent l'hépatite B et que l'on n'en croise plus chez les non migrants. Je lui demande pourquoi. Il me répond qu'il n'y a plus de contact. Je sens surtout qu'il est temps d'abrèger ses souffrances et de clore notre rencontre. Ce premier contact est bien différent des

discussions ouvertes avec les médecins généralistes précédant. Il me semble alors que nous ne sommes pas du même groupe, pour ne pas dire de la même caste. La confiance du spécialiste et son autorité, ou le complexe du généraliste, semblent ici d'emblée se poser.

J'ai rencontré en janvier 2012 Yves U. dans une atmosphère heureusement bien plus détendue. Yves est un homme qui ne fait pas son âge. De taille moyenne, il paraît juste ses 40 ans grâce à une barbe de quelques jours. Il dégage une impression de calme et de sérénité. Il parle doucement, en écoutant dans un sérieux qui tente de cacher une tendance spontanée à la boutade, qu'il lâche de temps à autre dans un sourire malgré tout refreiné. Je l'ai rencontré la première fois lorsque nous étions internes, lui en réanimation et moi aux urgences d'un hôpital périphérique du nord de Lyon. J'étais déjà impressionné par cette assurance qu'il dégageait comme déjà dans le ton du professeur que j'étais sûr qu'il deviendrait. Il semblait brillant. Nous nous sommes revus quelques années plus tard car nos enfants fréquentaient la même école de quartier. Il a participé ponctuellement à quelques-uns de nos projets associatifs de santé publique. Pendant ce temps, sa vie professionnelle se façonnait, pas toujours dans la facilité, à l'hôpital de la Croix-Rousse, en service d'infectiologie. Yves ne souhaita pas partir plusieurs années loin de sa famille pour passer une thèse de sciences à Paris. Ce choix compliqua semble-t-il son parcours au sein de l'institution de la spécialité qu'il choisissait. Il était de fait plus difficile de rester à l'hôpital comme simple praticien hospitalier (PH) sans étiquette de recherche universitaire. Après quelques mois de bras de fer avec quelques personnes clés de l'hôpital, il arriva finalement à décrocher un poste de PH à part entière. Je me souviens de l'anecdote qu'il m'avait racontée, d'un désaccord autour d'une question technique au lit du malade, avec son chef, devant les étudiants, où ni l'un ni l'autre ne semblait vouloir accorder raison à l'autre. La tension semblait très vive, et la question du pouvoir transpirait. Yves m'impressionne un peu. Il en ressort une relation qui oscille entre le lien amical et professionnel sans jamais pencher définitivement d'un côté ou de l'autre. Il a accepté facilement de me rencontrer un soir avant de se rendre à sa garde au *café du Chantecler*. Après nous être donné des nouvelles de nos familles et projets respectifs, la discussion s'engage, comme nous en avons eu plusieurs autres sur le sujet auparavant. Il s'excuse de ne rien avoir préparé et je lis aussi comme chez les autres une pointe d'inquiétude. Je lui explique en quoi consiste un entretien anthropologique. Il me demande si j'ai une grille d'entretien. Je lui dis que oui, mais dans ma tête, ce qui semble le surprendre un peu. La conversation s'engage. Un peu à la manière du Dr Pierre I., il semble dégager une confiance sereine au sujet des vaccins :

« Moi je suis assez simplement convaincu par la vaccination. Mais après il y a un biais énorme. Mon quotidien n'est que des maladies infectieuses. Je ne vois que des agents extérieurs qui viennent abimer les gens, fatiguer les gens... hospitaliser voir mourir les gens. Donc moi mon but, c'est que j'aimerais supprimer ces choses là. Et je crois à cette genèse du vaccin de la variole à la vaccine. Moi je ne suis pas du tout gêné par cette idée de consortium industriel, de pouvoir, sur le fait d'inoculer des choses mauvaises. Le vaccin ne me semble pas inquiétant, il ne me préoccupe pas. » (Yves U., janvier 2012)

L'assurance courtoise d'Yves et cette certitude qui semble sans faille autour du bien fondé du vaccin fait écho à celle du professeur Bertrand P, jeune retraité d'infectiologie, qui était intervenu lors de la deuxième de nos rencontres de quartier sur le vaccin de l'hépatite B. Il avait tenu un discours affichant la même confiance, mais sur un ton un peu plus incisif. Il répondait ainsi à une question posée par un membre de l'assistance sur le lien possible entre la sclérose en plaque et le vaccin anti-hépatite B :

« Il y a deux points que vous soulevez : y a-t-il un lien causal et non de coïncidence entre la vaccin et la SEP ? Et deuxièmement, cette campagne qui a dépassé les objectifs... pourquoi, comment... ? C'est intéressant... cela nous ramène à la grippe H1N1. L'OMS et d'autres font un parallèle à juste titre avec la grippe espagnole... puis il y a eu des renversements, avec des positions tranchées et imprudentes qui se sont posées en contre... cela prouve la difficulté, le côté collectif des informations incertaines et la population réagit brutalement de façon auto-amplifiée... Pour répondre à la première question, pourquoi cette inquiétude ? Le lien avec la SEP est seulement franco-français... Pourquoi sommes-nous les seuls au monde à croire à ça. Deuxième chose : nos voisins suisses ont plutôt une hygiène meilleure que la notre, ils vaccinent sans prêter aucune attention à nos états d'âme... Les belges presque comme les suisses... On est les seuls au monde à croire à ça. Vous l'avez dit, les anglais, rationnels et éduqués, font un lien entre la vaccination et l'autisme. Le vaccin entraînerait des altérations neurologiques majeures... C'est complètement impensable, on ne voit pas comment un vaccin pourrait vous changer le cerveau ! Il faut être complètement fou, inéduqué, et c'est la preuve que l'on est capable de croire n'importe quoi. Si on vous dit qu'il y a un boa à carrefour, certains vont me croire !! On arrive en fin de soirée, donc je vais être un peu plus polémique. Pourquoi nous, la France, grand pays avec des grands savants, on tombe dans de tels panneaux ? Enfin, « on »... pas les scientifiques... Il n'y en a pas un seul qui soit tombé du mauvais côté... Globalement la faute en revient quand même aux autorités de santé... Je vais vous donner un décodage et d'ailleurs c'est ce qui se passe pas loin de la vérité. Il y a eu l'histoire du sang contaminé. Il y a eu des fautes gravissimes... Des responsables de santé ont retardé le test... et du coup on a grillé un ministre bien éclaboussé. Et après il y a eu un autre ministre d'un autre camp. Les gens ont dit : « allez, chacun son tour » et boum. Il y a eu un jeu politique qui a voulu impliquer le ministre de la santé. On l'a poussé à dégainer... La polémique a été polluée par des jeux politiques malsains... Les médias ont amplifié un jeu extraordinairement néfaste. En fonction de la couleur politique, on voyait ceux qui en ont rajouté et ceux qui n'en ont pas rajouté... » (Bertrand P., avril 2009)

On prend plaisir à écouter ce personnage gouailleur qui ne mâche pas ses mots et que l'on ne peut accuser de langue de bois. Mais si nous mettions ses propos en parallèle avec la présentation des études aux résultats partagés sur le lien entre les affections démyélinisantes et le vaccin contre le VHB, nous pourrions supposer que les vérités présentées par le professeur Bertrand P., se construisent effectivement sur d'autres mécanismes que les seules données des études scientifiques.

Lors de notre entretien au Chantecler, Yves me conseille de rencontrer un de ses collègues, Hervé K. qui lui est praticien hospitalier universitaire (PUPH), c'est-à-dire responsable de la recherche hospitalière. C'est l'un des deux PUPH du service d'infectiologie à la Croix-Rousse. Je ne le connaissais auparavant que par des contacts professionnels indirects : il m'a adressé il y a quelques mois, pour que je sois son médecin traitant, une patiente chez qui l'on venait de découvrir une séropositivité au VIH, dans un contexte psychosocial bien compliqué. J'ai donc contacté Hervé par mail et il répond bien volontiers à ma proposition de rencontre. Nous nous donnons rendez-vous quelques jours plus tard au «café de l'avenir » devant l'hôpital de la Croix-rousse, un mardi matin de mars 2012 à 9h00. Il arrive avec 10 minutes de retard, m'ayant courtoisement prévenu avant par téléphone. Hervé est un homme qui a peut-être 35 ans, de taille moyenne, cheveux courts et bien rangés, portant une paire de lunettes. Il ressemble bien à l'image que je pourrais me faire du jeune médecin chercheur. Je retrouve chez lui la manière d'être et de parler d'Yves. La voix est calme et bienveillante. On sent vite qu'il se cache derrière une apparente candeur, un esprit vif, décidé et intelligent. Nous échangeons quelques mots sur les aléas des transports en commun vers le centre ville. Nous nous asseyons à une table au fond du café, qui me paraissait assez isolée pour être tranquille et pouvoir réécouter audiblement plus tard l'enregistrement que j'allais lui proposer. Il me questionne sur ma thèse, si je dois publier des articles, trois comme c'est le cas pour les sciences « dures ». Je réponds de façon un peu évasive... Je parle de la méthodologie en sciences humaines avec moins d'assurance que d'habitude. Je suis peut-être un peu impressionné par son statut. Il accepte l'enregistrement et nous commençons à discuter. Il parle facilement. La discussion s'annonce dès le départ très riche pour mon travail. Il commence comme une introduction à parler de la notion d'incertitude, de sa capacité à toucher la vérité mais juste d'un doigt, de la nécessité de rester humble. Il m'explique qu'il spécialise sa pratique dans les infections ostéo-articulaires. Je lui demande comment ce choix s'est fait :

« C'est lié à mon circuit et à la pratique de mon service. Ma thématique de recherche initiale est l'infection à staphylocoque doré. J'ai fait ma thèse de science dessus : infection grave, choc septique et choc toxique à staphylocoque doré. C'est moi qui ai choisi ce thème car à Lyon il y a un centre national de référence sur les infections à staphylocoque doré. Ca m'a poussé spontanément à aller vers ça, avec le laboratoire de microbiologie qui a une expertise nationale là dessus. Moi j'étais passé par le circuit « réanimation » initialement. J'ai fait mon master 2 au centre national de référence. Il se trouve que le staphylocoque est le premier germe responsable dans les infections osseuses. J'ai fait mon post doc à Genève qui est un centre aussi de référence. Et donc dans le service, on a été nommé centre national de référence des infections osseuses il y a deux ans. On a eu donc cette mission de développer la recherche dans ce sens là, ce qui fait que le recrutement augmente. On a donc plus de patients présentant une infection à staphylocoque et plus de thématique de recherche fondamentale à explorer. Voilà comment tout cela s'est monté. » (Hervé K., mars 2012)

C'était en fait assez surprenant d'apprendre que l'orientation du service d'infectiologie de l'hôpital de la Croix-Rousse, consacré depuis l'épidémie de typhoïde de 1863 à cette discipline, se spécialisait dans les infections ostéo-articulaires. On aurait pu penser que ce centre de référence surferait sur la vague des infections reines que sont le VIH et dans une moindre mesure les hépatites. Il semble que ce soit aussi le profil et le parcours d'Hervé qui a fait l'orientation du service. Le choix paraît s'être fait au fil du chemin, attiré de centres de référence en centres de référence, et probablement au contact d'autres chercheurs intéressés par la thématique et de groupes de collaboration aux intérêts convergents ou sûrement aussi concurrents. Ainsi les normes et les règles scientifiques d'un service semblent ici, aussi générées par le parcours d'une personne au sein d'un système professionnel. Dominique VINCK dans son ouvrage *sciences et société, sociologie du travail scientifique*, se demande si le fait pour un chercheur de réussir à faire accepter son nouveau standard, lui permet de réduire les prétentions de ceux qui avaient déjà des résultats, mais obtenu dans d'autres champs (2007, p.134). Nous n'aurons pas osé poser la question à Hervé, gêné peut-être par le lien de travail qui nous lie au delà de l'entretien et qui sied mal aux questions embarrassantes.

La présentation de ces quatre spécialistes, Pierre, Yves, Bertrand et Hervé semblent illustrer l'autorité et la confiance du spécialiste dans le champ de la médecine et dans le système de santé local que nous étudions. De par son statut, l'autorité du scientifique semble à la fois une capacité à parler et agir de manière autorisée et légitime comme nous l'a montré le bref échange avec Pierre I. ou la plus longue intervention du Pr Bertrand P., apparemment nullement gêné de prendre quelques libertés ou d'assumer consciemment ou non quelques oublis face aux conclusions des études scientifiques. Le spécialiste a de par son statut autorité

en matière de science (*id*, p.135) et donc de vérité médicale, comme un discours sur la réalité dont il semble avoir accès par la science. Cette autorité et la confiance qui l'accompagne de fait, résultent d'une reconnaissance sociale de leur statut. Je vois bien comment je m'avoue moi-même, et à chaque fois, impressionné face à eux. C'est bardé de cette autorité que le professeur Bertrand P. peut défendre en patriarce sa famille, et lancer qu'aucun scientifique n'est passé du « mauvais côté » dans l'affaire du vaccin de l'hépatite B. Cette reconnaissance les autorise encore davantage à agir dans le champ scientifique mais aussi au delà dans le champ politique.

Questions de pouvoir

Nous nous engouffrons là, de notre fait ou de celui de nos informateurs, dans des questions qui ont bien trait au pouvoir avec plusieurs niveaux de jeux : le pouvoir en dedans, au sein de la communauté scientifique, et le pouvoir vers le dehors, vers le reste du système de santé et vers la société.

Le pouvoir de l'intérieur

Yves U. évoque cette « lutte énorme de pouvoir » nécessaire aux médecins hospitaliers pour arriver à imposer leurs manières de voir les choses, leurs champs de recherche, leurs compétences. Il faut arriver par exemple à être membre du comité de pilotage qui va leur permettre de faire valider les protocoles de recherche et les différents programmes. Et derrière chaque protocole de recherche se situe une publication et donc l'opportunité de reconnaissance et de se faire connaître. Et la boucle se ferme : « plus tu publies, plus tu as des sous. Plus tu as des sous, plus tu peux financer tes recherches et publier ». Yves se demande dubitatif : « Après, est-ce que l'on publie des choses valides, je ne sais pas... ».

Hervé K a donc une position différente au sein de l'institution. Il aborde, les mêmes questions en évoquant les enjeux de financement de la recherche :

TF : « Les financements de projets de recherche sont des PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique), appels d'offres nationaux, qui te demandent à concourir par un appel d'offre régional. Ce sont des financements publics, que tu peux éventuellement obtenir, mais c'est très difficile. Et à nous d'être suffisamment intelligents pour monter des programmes de recherche suffisamment intéressants, structurants d'un point de vue local, et national entre différentes équipes et impliquant la recherche translationnelle. Mais à partir du moment où tu fais ce genre de recherche, tu

vas te baser sur un antibiotique donné. Alors la recherche publique va te dire, si c'est basé sur un produit donné, débrouillez vous avec la firme, parce que c'est à eux de financer. C'est le gros problème du financement de la recherche...

JF : Les financements des PHRC sont suffisants pour financer des recherches prospectives ?

TF : Pour être franc, je n'ai jamais soumis de dossiers PHRC car je suis trop jeune, mais je le ferai dans les années à venir. Je suis dans le service depuis 3 ans ½. Mais il faut des années pour monter ce genre de projet. Ce sont des projets très compliqués à monter, avec un gros dossier biblio, un argumentaire convainquant sur ta stratégie. Le temps d'écrire tout cela, tu peux être sûr qu'il y a des papiers publiés dans la littérature sur ce que tu voulais toi publier, ce qui fait que c'est très difficile. Il faut aussi une légitimité par rapport aux autres centres pour monter ce genre de projet. Si les autres centres te jugent non légitimes, ils ne vont pas suivre et te piquer l'idée. Mais à Lyon, on a un cercle vertueux entre guillemets, avec les infectiologues, les biologistes et les chirurgiens qui sont intéressés par les infections osseuses. On arrive ainsi à publier sur l'observationnel justement. On fait une communication orale à l'ICAAC l'an dernier aux USA, qui est un congrès international où l'on a pu colliger une trentaine de cas d'infections osseuses traitées par colimycine, un vieil antibiotique. C'était une communication orale. Maintenant on essaie d'écrire le papier. Cela montre l'intérêt de colliger les cas même si ce n'est qu'une dizaine de patients dans des situations extrêmes de résistance que l'on va voir de plus en plus. » (Hervé K., mars 2012).

Hervé témoigne ainsi bien du fait, comme Yves l'évoque également, que le crédit scientifique se gagne au cours de longues luttes, qui ne se limitent pas à un affrontement autour de la connaissance. Il s'agit de se battre pour des orientations autant politiques que scientifiques, pour la recherche de crédits par des stratégies de domination, d'alliance, de monopolisation des tribunes scientifiques. Hervé fait clairement le pari d'investir sur un axe assez marginal en maladies infectieuses en misant sur le fait qu'il sera porteur. La stratégie est clairement à long terme, presque à l'échelle d'une vie. Nous voyons la complexité et le temps nécessaire au départ pour comprendre les habitus, l'ensemble de règles à apprendre pour pouvoir ensuite être à l'initiative dans le champ. On le sent dans cet échange, il s'agit d'être humble, mais aussi parce que derrière se forge une position de pouvoir d'abord à l'intérieur du territoire scientifique investi. Il s'agit toujours de confirmer ses compétences et sa supériorité en devenir. Et il faut pour cela faire des alliances, se mettre ensemble pour produire plus de communications ou de papiers.

Le résultat de ces luttes se traduit par une structuration du champ scientifique entre dominants (détenteur de crédit) et dominés. Les dominants luttent pour maintenir et pour reproduire l'ordre établi ; les dominés doivent déployer des stratégies de ruse et de subversion pour tenter de modifier les

rapports de force ; toute action, même cognitive de la part d'un agent scientifique est un comportement stratégique pour accroître sa domination sur le champ de référence. Ses arguments et justifications sont dictés par sa position au sein du champ ; il est mû par des forces qui lui échappent. La production de connaissances nouvelles et valides résulte du fait que les agents scientifiques sont en compétition et se contrôlent mutuellement. (VINCK, 2007, p.136)

La vérité se construit alors aussi par le biais des succès et des insuccès du groupe des alliés. Une communication dans un congrès américain fait que la vérité se renforce, et encore davantage si un papier est accepté par un comité scientifique d'une revue prestigieuse. L'argumentation scientifique est un dispositif d'intéressement (CALLON et al., 1992). La production de données crédibles, comme nous l'avons vu, est un moyen d'activer le cycle de crédibilité et de mettre en mouvement le « commerce de la science » (LATOURET, 1988, p. 246), ou, comme le dit Michel FOUCAULT (1978), « l'économie politique de la vérité ». Il est aussi une question de génération comme l'a montré Terry SCHINN (1983). Les jeunes chercheurs sont attachés à la recherche de terrain, évitent de généraliser trop rapidement, sont très attentifs aux conditions de validité. Les chercheurs en fin de carrière, les professeurs, vont avant tout mettre en exergue des modèles de représentations qu'ils ont expérimentés ou forgés au fil de leur vie professionnelle. Ils aimeront intégrer des observations personnelles, leurs expériences hors du laboratoire ou de la recherche en cours. Tout cela ne va pas sans heurts et luttes de pouvoir intergénérationnelles comme en témoigne Yves :

« Moi, ce que je n'aime pas, c'est quand l'expérience est affichée dans un combat qui a mon sens goûté à la malhonnêteté et à la crise de pouvoir. Parce que moi j'ai vu, c'est ça... » et c'est souvent ça en gros, certain conflit que l'on peut avoir. La situation de l'expérience est déplacée d'une situation où il faut choisir une attitude à un conflit de pouvoir. On utilise souvent cette expérience là pour affirmer quelque chose et ne pas en démordre, sans que ça puisse être vérifiable » (Yves U., janvier 2013).

Comme l'avance Dominique VINCK, le contexte social (position hiérarchique et réseau social du chercheur) et le contenu de travail (type d'investigation scientifique) se conjuguent pour déterminer la hiérarchie sociale des résultats scientifiques du laboratoire ou du service. Mais, la hiérarchie sociale des résultats ne correspond pas toujours à la hiérarchie de la connaissance. Lorsqu'elles divergent, elles sont la source de remise en question conceptuelle (contestation des résultats) et sociale (contestation de l'autorité en interne, du chef et affaiblissement de la structure organisationnelle du laboratoire) (VINCK, 2007, p210-211).

Le pouvoir vers l'extérieur

Sciences et domination politique ?

La question du pouvoir des scientifiques et des médecins spécialistes ne se limite pas à la structuration interne de leur groupe d'appartenance. Il s'exerce aussi vers l'extérieur, au-delà de la communauté scientifique, vers la communauté médicale et encore au-delà vers la société.

Pour Yves U., chaque médecin, notamment le médecin de famille, a besoin de s'approprier le pouvoir, notamment à travers des thèmes comme la vaccination. Et il avance que si ces médecins-là suivaient davantage les recommandations des spécialistes, il y aurait moins d'hétérogénéité dans les pratiques et sous-entendu une meilleure prise en charge de certains problèmes de santé.

« Le médecin a besoin de s'approprier une sorte de pouvoir, il profite de la complexité de la vaccination qui protège contre quelque chose qu'on ne voit pas, pour exprimer sa propre capacité à dire : ça j'y crois, ça j'y crois pas, pour avoir un pouvoir décisionnel sur quelque chose qui va au-delà de la santé publique [...]. Dans l'acte de prescription, il y a un côté maîtrise. La vaccination vient un peu trop souvent de l'extérieur du monde médical, par exemple administratif. La santé publique est parfois jugée comme une entrée dans le cabinet, dans la prescription. Et peut-être qu'il y a en France, parce que dans d'autres pays, ce n'est pas toujours ça, une sorte de méfiance. Le médecin veut être autonome et indépendant. Il faut être assez suiveur pour accepter la vaccination. La vaccination est un phénomène de masse, une globalité, un phénomène collectif... et quand tu vois des médecins généralistes qui disent, « moi je suis contre », ils s'opposent à une consigne globale, ils s'affirment et peut-être qu'ils remaîtrisent aussi, par le pouvoir que donne aux yeux de leurs patients, une position forte qui est assumée. Je pense que dans le lien thérapeutique, il y a un peu de ça... Nous, on voit des gens qui disent : « je ne me suis pas fait vacciner contre la grippe parce que mon médecin est contre ». Ils le disent avec force et conviction, convaincus du message qui a été donné. Et dans le lien thérapeutique, c'est peut-être essentiel car ils iront le voir quand il y aura la pneumopathie, quand ils auront autre chose... Pour nous il est très difficile d'aller contre ce message qui a été donné par une personne de confiance, qui a été donné par le modèle de la prescription ». [...]

« Le but de la recommandation, c'est de donner des lignes, ce n'est pas de donner un truc formel encore une fois... Si déjà les gens suivaient un peu les recommandations, la pratique serait un peu moins floue, et on aurait moins de différence et d'hétérogénéité dans les pratiques. C'est ça le but de la recommandation, c'est de donner des lignes [...] Si tout le monde appliquait ces expertises et ces recommandations, il y aurait moins d'errance et de difficultés. Elles ont cette validité-la. »

Le professeur Ivan L est spécialiste en maladies infectieuses pédiatriques, référence nationale sur la vaccination et président du Comité Technique pour la Vaccination (CTV), chargé de proposer des recommandations sur la vaccination au ministre de la santé. C'est Yves, à la suite de notre entretien au *Chanteclerc*, qui m'a laissé un message un matin sur le répondeur de mon téléphone portable que j'avais coupé à l'occasion d'un cours à la faculté d'anthropologie. J'écoute le message à la pause. Yves me dit qu'il va voir dans quelques minutes le Pr Ivan L., et il me demande si je serais intéressé de le rencontrer... Quelques jours plus tard, je reçois un E.mail du Pr L. me donnant son accord pour une rencontre. Une date est fixée en février 2012 dans une étonnante disponibilité. Le jour-dit arrive. Le bureau de Mr L. est au HFME, le nouvel et grand hôpital pédiatrique « Femme-Mère-Enfant ». C'est la première fois que je m'y rends depuis sa création. C'est un bâtiment impressionnant de par sa taille. Un peu en avance, je me promène dans les allées, retrouvant avec plaisir l'ambiance des centres universitaires que j'avais côtoyé étudiant. Suivant les indications, je traverse le service des urgences, qui semble étonnamment désert. Je croise ça et là un petit malade poussé par une infirmière sur un fauteuil roulant, un étudiant hospitalier affalé sur le comptoir de l'accueil, attendant le client. J'arrive devant la porte vitrée barrant le couloir qui mène à son bureau, encadré par les chambres d'internat, ouvertes, les lits faits bien propres pour la garde du soir. Je me dis que c'est un drôle de lieu pour le bureau d'un Professeur si éminent. Je vois son nom sur une porte. Je frappe et entre entendant son accord. Je retrouve l'homme un peu terne qui m'avait donné quelques cours il y a une quinzaine d'années. Bien sûr lui ne me reconnaît pas. Il semble mettre un peu de temps à resituer notre entretien mais se ressaisit vite et bien poliment, me propose une chaise. Je me présente et présente l'objet de ma visite, les tenants d'une thèse en anthropologie. Il prend un temps assez long pour dire que l'on comprend aujourd'hui l'intérêt des sciences humaines par rapport à ces questions de la vaccination, trop négligées jusqu'à ce jour. Je serai étonné en fin d'entretien, au moment de nous serrer la main, qu'il ne me propose pas de lui envoyer les résultats de mon travail. Je lui proposerai malgré tout et il acquiescera poliment. Je sens là une personne très habituée à discourir, au discours de convenance qui doit s'adapter autant aux ministres qu'aux détracteurs. Il est très à l'aise et s'exprime sur un ton calme qui dégage l'autorité d'un professeur expérimenté. Il faudra plus que pour un autre, tenter de voir entre les lignes, sans compter ici sur un lien de familiarité tissé dans le temps ou la décontraction d'une discussion à bâtons rompus dans un café. Les premiers propos tenu par le Pr L. vont dans le même sens que ceux d'Yves :

« On s'aperçoit que les recommandations ne sont pas du tout vécues comme quelque chose de coercitif. Même à la limite, certains vivent les recommandations comme quelque chose de facultatif. D'ailleurs, là je pense qu'il y a un problème, dans la mesure où tout ce qui ne rentre pas dans l'obligation vaccinale peut être vécu comme facultatif. Et là, il manque un statut juridique pour la recommandation. Il faut la faire évoluer vers une recommandation opposable. C'est-à-dire que l'on puisse demander des comptes à ceux qui ne les suivent pas, aussi bien du côté des patients, et notamment des parents vis-à-vis de leurs enfants, que du côté des médecins. Mais ça c'est un autre chantier... [trois minutes plus tard...]. Bon, il semble qu'en 2012, on peut peut-être raisonner autrement que par l'obligation et essayer de convaincre. On est d'ailleurs un des seuls pays avec l'Italie à avoir des obligations vaccinales. Les autres pays n'en ont pas et ils n'ont pas des couvertures vaccinales plus mauvaises que les nôtres. Je milite à titre personnel pour l'abrogation de l'obligation vaccinale ».(Ivan, L. février 2012)

Yves U. comme Ivan L. semblent construire leur discours dans la quasi certitude qu'ils savent ce qu'il faut faire pour la population et la société face à la vaccination. On sent entre les lignes l'expression d'une vraie autorité. Ils semblent maîtriser complètement les enjeux de la vaccination pour contrôler le monde naturel et ses microbes. Il s'agit de dominer la nature dans une rationalité instrumentale. Il s'exprime aussi ici une forme de domination politique qui reste certes feutrée et courtoise.

Construction d'un destinataire universel

Paul G. est hépatologue à l'hôpital de la Croix-Rousse. Nous l'avons rencontré plusieurs fois. Après une première entrevue en août 2009, il avait accepté d'intervenir dans les deux rencontres du projet de promotion de la vaccination sur *les pentes* de la Croix-Rousse. Paul est peut-être un peu plus âgé que moi. C'est un peu l'anti-thèse du Pr Bertrand P. avec lequel il était intervenu en tandem lors de la deuxième réunion. Il est calme et à l'écoute, toujours enthousiaste à l'idée d'un échange, visiblement passionné par sa spécialité dans la spécialité : les hépatites virales. Je l'ai invité un soir de juillet 2012 pour un entretien chez moi, autour d'un apéritif. Son analyse permet notamment de replacer cette domination politique dans une situation d'interaction. Il justifie les positions de dominants et de dominés davantage par la nécessité de transmettre et la nécessité de gérer les incertitudes :

« L'affaire de la méfiance envers le vaccin contre l'hépatite B en France est aussi un retour de bâton. On a essayé de faire monter un risque qui n'en était pas un. Bien sûr que l'hépatite B en France est un risque, mais ce n'était pas un risque imminent. On ne savait pas. J'ai été moi, à la première réunion, après cette histoire de vaccination. C'était une réunion de réflexion sur la vaccination organisée pour savoir comment réagir par rapport à cette problématique-là. C'était assez rigolo parce que l'on s'est aperçu qu'il y avait zéro donnée sur l'épidémiologie de l'hépatite B en France. C'est sûr que c'est compliqué, car si tu raisones bénéfice-risque sur une stratégie, si tu ne connais pas le risque, c'est compliqué de juger le bénéfice. [...] C'est compliqué la question de ce que tu transmets. Sois tu prends le parti de dire, je suis didactique. Je transmets des choses carrées et claires, et je me fous des détails ou des approximations. Soit tu dis, ben les gens qui sont en face de moi, sont aussi à même que moi de comprendre ces incertitudes et ces choses-là et je vais dans les détails et j'évoque ces incertitudes. Mais ce n'est pas évident. Moi de façon assez naturelle, j'ai plutôt tendance à donner un discours honnête, mais effectivement, ça dérange un certain nombre de gens, qui viennent finalement pour avoir des certitudes. Les gens ne sont pas à l'aise dans les incertitudes. Il y a un certain nombre de gens qui attendent du discours du grand professeur qui dise : « ben c'est comme ça, vous faites comme ça et vous ne vous posez pas de question ». Mais je pense que les deux discours sont possibles. Il y a telle incertitude mais en pratique on sait que l'on peut faire ça [...] La durée de vie des certitudes en médecine est très courte, indépendamment de qui les véhicule. C'est un hépatologue fêru de méta-analyse qui a fait une méta-analyse sur la durée de vie des certitudes en médecine. C'est une réalité qui dépasse tous les enseignants et toutes les réalités » (Paul G., juillet 2012)

Dans ces trois exemples, il semble que l'autorité ou le pouvoir du scientifique sur l'extérieur s'exprime dans les discours par la construction d'un destinataire universel (GALATANU in BARBIER, 2011, p.110). Paul explicite ce que Yves ne fait qu'évoquer et ce qu'Ivan passe sous silence : créer un destinataire universel permet de ne pas nécessairement prendre en compte les limites d'entendement des destinataires auxquels on s'adresse en pratique. C'est bien la question du langage que soulève en fait la question du pouvoir. La logique de la pratique langagière dans la communication entre le spécialiste et par exemple le parent d'un enfant à vacciner rend parfois pas souhaitable un discours classique de démonstration scientifique. Le caractère dominant du pouvoir des scientifiques peut s'estomper dans sa transformation en un discours argumentatif aux traits spécifiques. Finalement, ce n'est pas la question de la certitude qui compte. Le discours sur l'importance de se vacciner contre l'hépatite B en France s'est construit sans donnée épidémiologique. Sans données épidémiologiques, le discours du scientifique garde du sens, au premier sens du terme. Il donne une direction à un ensemble aussi imaginé. Il donne l'ordre.

Donner du sens à l'existence

Au-delà des questions d'autorité et de pouvoir, c'est bien celle du sens qui anime aussi les spécialistes. Et la question du sens estompe l'approche un peu binaire du scientifique ou du spécialiste en médecine. Il le réhumanise et le replace dans la catégorie plus classique et universelle de celui qui cherche à remplir son existence.

Dans l'acte médical, le vaccin a des spécificités. C'est de la prévention, et c'est quelque chose de très particulier qu'il faudrait que l'on détaille. Que veut dire de prévenir quelque chose qui n'existe pas chez le patient... Le vaccin est un phénomène en perpétuel recherche. La maladie n'existe pas mais on va essayer... Des gars qui s'enlevaient les croûtes de la variole pour se les sniffer 5000 ans avant JC en Inde à la vaccine, il y a un phénomène de recherche, qui n'est jamais quelque chose de figé, d'atteint comme efficacité maximale... Du coup, dans notre esprit, on n'est pas certain que ça marche parce que chaque année ça change. Il y a des nouveaux vaccins, des nouveaux trucs et le mal, on ne le voit pas forcément. [...]

« J'ai un regard préoccupé sur l'avenir des maladies, en particulier des maladies infectieuses où tu te rends compte que le contrôle de certaines maladies infectieuses va échapper. Il y a des situations qui vont poser énormément de problèmes. La tuberculose en est une, la normale et la multi-résistante, voir toto-résistance. C'est déjà une problématique hors de nos frontières et ça va l'être chez nous et au niveau mondial. De même pour les entérobactéries résistantes. L'attitude de contrôler les maladies par le traitement antibiotique est caduque et va rapidement à mon sens ne plus marcher. En gros, il faut travailler sur deux axes : soit par le comportement et soit par le vaccin et les guérir, en particulier par le mécanisme immunologique, et revenir à des choses un peu plus fondamentales. On ne va pas arriver à contrôler la nature en la tuant comme on fait actuellement. Je pense qu'il faut la prévenir. Là, c'est plus une idée globale où la vaccination trouve véritablement sa place à mon sens. » (Yves U., janvier 2012).

Les propos d'Yves ne sont pas sans rappeler la phrase de Bruno LATOUR (1983) : « Give me a laboratory and i will raise the world ». Le laboratoire du chercheur en médecine permet aussi de reconfigurer des entités de la nature et des sociétés en les insérant dans un ensemble socio-technique (VINCK, 2007, p.247). Il transforme les êtres humains et leur immunité, fabrique de nouveaux êtres ou une épidémie de VHB non encore objectivée, produit une vision du monde, des discours de vérité sur la réalité, des outils d'analyse. Le laboratoire de recherche ou le service spécialisé d'un hôpital universitaire donne sens à celui qui s'y implique par sa capacité à mobiliser des mondes, à attirer vers lui les jeunes étudiants en soif de savoir, les praticiens dans leurs cabinets libéraux en demande de repères et de guide dans leur pratique, les industriels en quête de légitimation de leurs produits, les malades enfin pour trouver le soin et souvent la guérison. Cette mobilisation est possible par ce travail en

réseau que décrivait fort bien Hervé K., entre diverses spécialités, diverses institutions, divers pays. Et la connaissance locale devient une connaissance universelle par le biais de l'écrit, des articles, du langage, des communications scientifiques. Le spécialiste en médecine trouve ainsi dans son laboratoire de recherche les inscriptions de vastes univers dont il peut avoir la sensation de les dominer par la logique. Par la comparaison, le classement, son travail quotidien, il va inventer et essayer de nouvelles entités, de nouveaux êtres qu'il va mettre en circulation et qui influenceront le monde de la santé, des médias, de la société. Le fait établi par les chercheurs en médecine devient universel non pas parce qu'il est rationnel, mais parce qu'il est reproduit et repris par d'autres qui utilisent les mêmes codes et instruments contrairement au savoir local qui n'est ni diffusé, ni comparé, ni agrégé à d'autres (VINCK, 2007, p.262). Cette capacité d'être leader donne au moins le sentiment de pouvoir changer le monde, d'améliorer la condition humaine et de soulager les souffrances.



Photo 23 : l'hôpital de la Croix-Rousse

Univocité, certitude et responsabilité

Si l'on devait dégager une tendance générale à la tonalité des rencontres avec les médecins spécialistes et chercheurs en médecine qui gravitent et interagissent autour *des pentes* de la Croix-Rousse, ce serait celle du caractère assez univoque des discours, surtout en comparaison avec celui des généralistes. Ici, le discours est commun. La façon de penser, de travailler, de voir le soin semble commune. Il ne semble pas y avoir grande place au doute par rapport à la direction à prendre. Cela n'empêche pas une interrogation sur la pratique et ses limites, sur les incertitudes inhérentes à la médecine, mais ces incertitudes sont tout de suite théorisées, cadrées, maîtrisées par des jalons théoriques. Les débats conduisent régulièrement le groupe à décider d'actions collectives qui visent à contenir l'incertitude, en cherchant à améliorer les connaissances, en lançant un projet de recherche ou en définissant une façon commune d'agir face à l'incertain (BOURRET, 2008). Il en ressort une forte impression de confiance, de sérénité. Le spécialiste semble avoir conscience d'une responsabilité que sa fonction lui confie. Il doit, comme une sorte de guide, donner les directions du soin et veiller à ce que le reste des soignants ne s'égarent pas. La question du pouvoir semble bien sûr centrale, mais elle semble aussi pensée comme une mission à mener du fait de compétences particulières, pour le bien de l'humanité. Et c'est par ce « sens » là que se construisent aussi les vérités scientifiques, autrement que par les conclusions de quelques rares études statistiquement valides.

Les thérapeutes alternatifs

Intéressons-nous maintenant au troisième groupe que nous avons décidé de construire, celui des médecins dits alternatifs que l'on choisit de définir comme des médecins ayant une pratique non conventionnelle ou dans un sens différent de celui suggéré par l'académie et la biomédecine, dont semblent garantir les spécialistes. Ce secteur là du soin paraît se construire dans une opposition plutôt radicale au pouvoir que l'on vient de décrire même si des positions de l'entre-deux sont possibles.

Une vérité qui se construit en opposition

Sur le terrain des pentes

J'ai rencontré en fin d'une chaude matinée de septembre 2009 le Dr Lilian S, *cours général Giraud*, à deux pas de *la place Rouville* dans ce si joli cadre qui domine les courbures des bords de Saône, sous *la colline de Fourvière*. Je l'avais trouvé un peu "speed" au téléphone quand je lui proposais un entretien pour évoquer le projet sur l'hépatite B : il me lançait : « Ok !!, on va boire un verre quelque part avec d'autres ? ». Je repère sa plaque « médecine générale et homéopathie ». J'arrive au 2ème étage d'un immeuble récent. Sur la porte de son cabinet, je lis « Dr S » et écrit en petit en dessous « famille S ». Il semble travailler chez lui. Je sonne et le médecin m'ouvre. C'est un homme de 55 ans environ, effectivement volubile et nerveux... Il me montre la salle d'attente faite de deux pièces dont l'une m'est présentée comme plus fraîche. Il retourne terminer sa consultation... Je regarde la salle d'attente. C'est en fait le salon de l'appartement visiblement familial. Dans la salle d'attente « fraîche », je vois sur les étagères plusieurs ouvrages orientés sur le religieux : « Benoît XVI, source d'espérance » ; « revivre après l'IVG, mère de miséricorde de France » ; « cultiver la famille » ; et aussi une pile de revue « le généraliste »... Il finit après un temps assez long, par raccompagner la patiente à la porte de son appartement. Il me reçoit dans son cabinet. C'est une jolie pièce, un peu bazardeuse comme le sont souvent les endroits de médecin. Je remarque la table d'examen en bois... sûrement une table d'un très ancien docteur. Dessus est étendu un linge, à la place du classique drap d'examen en papier. Il me dit qu'il ne sait plus si je lui ai écrit ou pas, ce que je veux... Il sort une feuille de papier jaune

qu'il plie dans le sens de la hauteur et commence à prendre des notes nerveusement dessus... Je commence à lui décrire mon parcours. Quand je parle d'ethnologie, il me demande si je connais le Dr WILHEM... que tout le monde connaîtrait selon lui. Je ne le connais pas. J'enchaîne sur le projet hépatite B et vaccin. Il me dit très vite : « vous savez que le sida est issu de vaccinations contre la polio »... Je prends des notes et il m'interrompt... « Ne prenez pas ça en note, je vous dis ça, mais ne notez pas »... Je m'arrête de noter... Il poursuit... « c'est, comme le virus H1N1... vous savez que toutes les personnes de plus de 60 ans sont immunisées contre ce virus... c'est un virus connu qui était déjà présent il y a 50 ans... Ils en parlent dans Egora... vous ne connaissez pas Egora ?? »... Là encore je ne connais pas. Il me lance : « pourtant c'est très connu. Tout médecin reçoit Egora... c'est du classique ». Pour lui, le virus de l'hépatite B ne s'attrape pas autrement que par le sang. Il ne pense pas qu'il soit dans le sperme ou d'autres liquides biologiques. Si on l'attrape, c'est que l'on a selon lui des rapports anaux, ou non classiques, comme chez les homosexuels ou ceux qui ne prennent pas de précaution. On peut donc dit-il éviter de l'attraper. Nous parlons ensuite du virus grippal et du vaccin. Pour lui, c'est un scandale de vacciner, « monstrueux » de le proposer à des femmes enceintes qui ont une immunité thymique par leur enfant, ce qu'il désigne par la thymothérapie. Le Dr Lilian S. regrette tout cet argent dépensé quand on ne donne rien pour lutter contre le paludisme... Il y a tellement d'intérêt en jeu... Sur TF1, il a vu un reportage de cinq minutes sur la grippe suivi d'un autre sur la surpopulation mondiale. « C'est le vaccin qui va disséminer la population » avance-t-il. « Ce n'est peut-être pas calculé, mais c'est un ensemble de cercles de décision. On injecte deux adjuvants et un virus vivant atténué : il faudrait un peu réfléchir à ce que l'on fait... Les plus de 60 ans sont de toute façon immunisés comme le virus grippal saisonnier, c'était du H1N1 il y a 50 ans... ». Il m'empêche à nouveau de prendre des notes. Je lui demande en quoi ça le gêne, chacun étant libre de ses idées. Il me répond : « il y a de tels groupes de pression ... ». Je lui demande comment il en est venu à l'homéopathie. Il me répond que c'est du fait de la contraception. Il refuse de prescrire la pilule dont il n'aime pas le mécanisme et craint les effets secondaires comme le cancer. D'abord ne pas nuire, tel est sa devise, devise de la médecine hippocratique selon lui. « Un homme donne la pilule à sa femme d'un côté et une claque de l'autre »... il défend la méthode « Billings ». La méthode du retrait, il ne la conseille pas car « le couple, c'est important », et le retrait, c'est rester en tension pour l'homme et la femme, et ce n'est pas bon... Je lui redemande pourquoi l'homéopathie ? Il me répond qu'il a peur des effets secondaires des traitements classiques, mais qu'il sait prescrire de l'allopathie quand il faut. Il se définit comme un généraliste avec une approche large. Je soigne notamment par

antibiotiques. La patiente d'avant, splénectomisée y a eu droit car il pense qu'elle avait un haemophilus. Pour les antiviraux, selon lui, ça ne marche pas. Pour le virus, il y a les huiles essentielles qui sont efficaces.

Je ressors de là avec la curieuse impression d'un mélange, d'une position tantôt dans ce que j'estime être une pratique médicale objective, en tout cas proche de la mienne, et tantôt avec des positionnements beaucoup plus éloignés sur la vaccination bien sûr, mais aussi le sida, les huiles essentielles où la logique n'est plus du tout la même, en tout cas plus du tout proche de ma propre logique... Il semble passer d'un cercle à l'autre avec une facilité déconcertante. On peut penser que Lilian refuse la pilule pour des motifs religieux, au vu de sa salle d'attente. Aller vers l'homéopathie, bien moins intrusive que le vaccin, lui permet sûrement de rester en accord avec ses convictions. Il semble que ses vérités se construisent avec comme point de départ ses convictions. Le savoir retenu permet d'aller dans « son sens ». Il aurait été très intéressant de revoir Mr S. pour parler davantage de son parcours de vie. Il ne donnera pas suite trois ans plus tard à une nouvelle demande d'entretien plus formelle.

Quelques jours plus tard, je suis allé voir le Dr Karl W., *rue Puits Gaillot, entre la place de la comédie et la place des terreaux*, acupuncteur, ostéopathe, et homéopathe. Je sonne à 8h30 à son interphone. Il m'ouvre la porte de l'allée et je rentre dans son cabinet. Là, l'ambiance est saisissante... Il y a des portraits de cinq moines ou six je ne sais plus... deux en salle d'attente et trois dans le couloir, en corps entier mais encore plus grands que nature. Ils font bien deux mètres de haut. Ils sont dessinés en vue légèrement plongeante valorisant ainsi leur visage. C'est vraiment très impressionnant de se retrouver autour de ces cinq moines en habits blancs. Ici, comme chez le Dr Lilian S., l'ambiance est religieuse. La salle d'attente aussi propose des brochures sur des retraites spirituelles, en lien avec l'église. Et le Dr W. fait son apparition... Tout de blanc vêtu... Je m'installe un peu désarçonné par cette atmosphère. Je lui explique le but de ma visite. Il a peut être 55 ans, cheveux blancs, une belle allure. Il semblait lui aussi peu enthousiaste au téléphone à l'idée de me rencontrer, mais la discussion s'est très bien passée, très conviviale. Il m'a parlé d'un de ses amis médecin, le Dr Franck F., pas bien loin, *rue d'Algérie* qui fait depuis cinq ans de l'anthropologie à la fac. Je me souviens avoir rencontré Franck F. il y a 5 ans pour un entretien pour mon mémoire de DEA en anthropologie sur la vaccination de la rougeole. C'est peut-être moi qui lui ai donné l'envie d'aller vers les sciences humaines. Karl est visiblement contre le vaccin de l'hépatite

B avec lequel il aurait souvent vu les conséquences de sclérose en plaque ou de fibromyalgie. Mais son discours est beaucoup plus calme et posé que l'homéopathe précédemment rencontré. Je l'ai revu deux ans après notre première entrevue pour un entretien plus long. Il revient alors plus largement sur son opposition au vaccin qui semble se construire surtout dans une opposition à la médecine conventionnelle :

« Mon rapport à la maladie est un peu particulier par rapport aux médecines classiques, dans la mesure où en troisième année de médecine j'avais été un peu découragé par l'approche très mortifère que l'on avait à la fac, comme de la médecine des cadavres, et du corps machine. Et à cette occasion, j'ai rencontré un acupuncteur à Lyon. Ça a été une révolution dans ma pensée, sinon, j'arrêtais médecine je crois. J'ai commencé l'acupuncture à ce moment là, en troisième année de médecine. C'était un peu schizophrène : le matin, j'étais à l'Hôtel-Dieu, et l'après-midi j'étais chez elle car elle m'a accepté comme compagnonnage. C'était une approche beaucoup plus globale non seulement dans le corps du patient mais aussi dans le monde, intégrer prendre en compte le rythme des saisons, la nourriture, les émotions, toutes les influences, les climats, etc... Depuis toujours en médecine, j'ai gardé cette approche, cette tentative, car bien sûr ce serait orgueilleux de prétendre à une approche complète de la réalité. J'ai toujours été méfiant des approches très sectorisées et partiales de la médecine. [...]

Ce qui est gênant en médecine c'est qu'il y a un poids légal. L'autre jour, j'ai vu un gamin, alors, c'est des gens hyper bourgeois, qui s'appellent « "de" j'sais pas quoi "de" j'sais pas quoi », hyper sapés et tout... Ils m'amènent un gamin qui est tombé de la table à langer qui avait le crâne enfoncé comme une balle de ping-pong. Il est allé à l'hôpital mère-enfant et a vu un neurologue qui voulait absolument l'opérer. Les parents ont hésité, l'enfant allait très bien, etc... La maman était peut-être un peu écolo, elle allaitait encore son enfant à 10 ou 11 mois. Et il n'était pas encore vacciné. Et elle s'est un peu frottée avec ce neuro-chir, parce qu'elle refusait de le faire opérer tout de suite. Elle avait aussi pris l'avis de son médecin traitant. Le neuro-chir a déclenché un signalement parce qu'il n'était pas vacciné. Et les flics sont venus chez eux, alors que l'enfant s'est remis tout seul de son enfoncement et il est magnifique. Ils n' étaient pas contre les vaccins avant cette histoire, mais du coup ça les a rendus méfiants... Donc le système peut être très violent dès que l'on n'est pas dans les clous. Et ça me gêne beaucoup. Quand je soignais en homéopathie des angines, on me disait mais tu es complètement fou. Les angines se traitent par antibiotiques, c'était le dogme à l'époque pour éviter les glomérulonéphrites, les rhumatismes, etc... On se sentait en danger dans nos prescriptions car si il n'y a plus de confiance avec le patient, il pouvait très bien faire des histoires... avec des confrères jaloux... On n'était jamais confortable, du fait de ne pas être dans les clous... » (Karl W., août 2012)

Dans la littérature de la mouvance anti-vaccination

L'opposition médicale à la vaccination fait aussi l'objet d'une littérature importante constituée d'ouvrages et de revues spécialisées. Les débats et discours sont aussi relayés par des associations souvent très militantes.

Le vaccin, un poison contre nature

Dans cette littérature, le vaccin est d'abord présenté comme un poison qui, une fois injecté, détruirait et altérerait les fonctions vitales. Il contiendrait en effet plusieurs substances toxiques telles que le mercure et d'autres métaux lourds. L'aluminium serait à l'origine de la maladie d'Alzheimer et de dégénérescences mentales chez les enfants. On parle encore d'OGM vaccinaux, de particules de cellules cancérisées, de virus, de substances cancérigènes qui y seraient mélangés (GEORGET, 2000; MERIC, 2004)... Le vaccin contre la fièvre jaune, par exemple, aurait été préparé pendant de très nombreuses années, au moins jusqu'en 1962, avec des œufs embryonnés et des embryons de poulets contaminés massivement par le virus de la leucose aviaire. Jusqu'à cette date, ce virus aurait pollué tous les vaccins fabriqués sur œufs de poule, pas seulement le vaccin anti-amaril, mais les vaccins tels que celui de la variole, de la grippe, etc... « Mais très probablement, de nombreux autres rétrovirus aviaires ont pollué massivement ces vaccins » (SIMON, 2002). Le Dr MERIC, praticien homéopathe, décrit l'état de « sycose » : « j'ai pu constater tout au long de ma carrière, les désordres induits sur la santé de mes malades par les vaccinations « obligatoires et répétitives ». Dans notre discipline médicale, les remèdes allopathiques, les vaccinations surtout itératives aboutissent à une incapacité de l'organisme à réguler, par les éliminations naturelles et centrifuges, ses toxines invalidantes » (MERIC, 2004). Il appelle cela la « sycose » avec son cortège d'infiltrations, d'enflures, d'œdèmes, de tumeurs, d'obésités et de troubles mentaux obsessionnels. Cette sycose serait le résultat des injections vaccinales pour les maladies bactériennes. Elle empoisonnerait toute la vie des patients. Les effets secondaires sont eux aussi, selon ces spécialistes, sous estimés, voire cachés. Ils représenteraient 10% de maladies graves. « Peu de médecins sont disposés à attribuer un décès ou une complication à une méthode qu'ils ont eux-mêmes recommandée et à laquelle ils croient. C'est pour cela que l'on estime que moins de 10% des cas de complications graves sont rapportés » (TAL SCHALLER, 2004). A travers les séquelles neurologiques qu'ils entraîneraient, les

programmes de vaccination constitueraient la racine la plus profonde de nombreux handicaps comme la violence sociale, la criminalité et l'autisme. Le vaccin conduirait ainsi l'humanité vers des génocides comme le Dr Lilian K. l'a d'ailleurs ouvertement évoqué avec le vaccin anti-grippal en Afrique. Depuis le début, cette « médecine vaccinale » accélère le rythme des contagions, elle les amplifie, transformant des pandémies en de véritables épidémies. Les vaccinations répétées contribueraient encore à cancériser la population et à déclencher des maladies auto-immunes (MERIC, 2004).

Pour ces spécialistes anti-vaccin, la vaccination va d'abord interférer avec l'équilibre naturel, où finalement les maladies se contiennent les unes les autres. Intervenir dans cette configuration ne serait que néfaste : « l'approche biologique actuelle est totalement inadéquate et les conséquences en matière de santé publique sont dramatiques. Décider de l'éradication et de la destruction aveugle de tout microbe, bactérie et virus revient à anéantir la vie elle-même... La notion de terrain, bien que capitale et partiellement reconnue, n'est jamais prise en compte pour l'étude de la connaissance globale du vivant » (TAL SCHALLER, 2004). Et pour d'autres, la nature généreuse n'a pas pu créer les virus pour nuire aux espèces vivantes animales ou végétales. Ils font l'hypothèse que le virus serait peut-être un mode de communication entre les espèces et entre individus d'une même espèce. Les virus et les maladies auraient finalement une fonction bénéfique pour notre organisme puisqu'ils nous proviennent de la nature. Certains spécialistes pensent que les maladies infantiles seraient initiatives, comme la rougeole, la varicelle ou les oreillons. L'ethnologue Véronique MOULINIE dans son ouvrage *la chirurgie des âges*, évoque un peu dans le même sens « le mutiler pour revigorer » (1997, p.110) par les bienfaits supposés il y a quelques années, des petites chirurgies infantiles itératives (amygdales, appendices...). La santé des enfants semble bien meilleure après une chirurgie, ou après la maladie, comme si la maladie était un moyen de renforcer la santé, une sorte de « mue bénéfique » (MERIC, 2004). Cette notion d'équilibre a été travaillée par des auteurs scientifiques reconnus. Mirko GRMEK, professeur d'histoire de la médecine et des sciences biologiques à l'EHESS de Paris, dans son ouvrage de 1989 sur l'Histoire du Sida, parlait de la supposition de l'existence d'un état d'équilibre entre les différentes maladies d'une époque donnée, avec pour chaque maladie une fréquence et une distribution qui dépendent de la fréquence et de la distribution de toutes les maladies présentes. GRMEK propose pour cette notion un néologisme « pathocénose » à partir de la notion de « biocénose » (association végétale et animale équilibrée). Il évoque des effets inattendus de l'évolution de la technique médicale, comme les progrès de la médecine sur les maladies jusqu'alors coutumières telle la variole. Il effectue un parallèle entre l'année

du début probable de l'extension du Sida (1977), et l'année retenue pour la disparition de la variole (GRMEK, 1989). Au-delà du simple respect de l'équilibre et de la mue bénéfique, les propos deviennent plus raides : le Dr. Paul CARTON, reconnu dans le milieu comme un des pères de la médecine naturelle, explique qu' « il faut apprendre aux gens que la santé se mérite et se construit par une vie, une nourriture et des pensées saines, un respect de la nature et des animaux. Les effets morbides ont des causes, et ces causes se rattachent toujours à des désobéissances aux lois naturelles » (CARTON, in TAL SCHALLER 2004). Et TAL SCHALLER explique : « si je pense être victime d'une maladie que j'aurais attrapée « par pure malchance », alors je crois que seule une intervention extérieure, médicamenteuse ou chirurgicale, peut me guérir. Mais si je comprends que c'est un mode de vie déséquilibré qui m'a conduit à l'intoxication de mon corps et que celui-ci utilise la maladie pour se dépolluer, alors, je peux percevoir que la guérison est l'aboutissement naturel des forces de régénération de mon organisme » (TAL SCHALLER 2004). Tout manquement à ces lois porterait donc en lui sa propre sanction.

La vaccination altère l'ordre immunitaire

La vaccination altère l'ordre intérieur. Le système immunitaire est présenté comme un système d'adaptation et au-delà de communication avec le monde extérieur, notamment avec les microbes. Par son intermédiaire, la maladie prend du sens, elle est un signe, une phase de maturation, un mécanisme de guérison. « Les microbes participent à notre croissance comme « nettoyeurs » ou comme reprogrammeurs de l'ADN immunitaire » (TAL SHALLER, 2004). Il n'y aurait donc qu'une seule véritable immunité, l'immunité naturelle. « Elle se retrouve normalement dans 80 à 90% de la population avant l'âge de quinze ans. Parce que la contamination d'une personne par une maladie mobilise tous les systèmes de défense de l'organisme, l'immunisation naturelle se fait dans l'ordre. Au contraire, l'immunisation vaccinale court-circuite toutes les premières défenses. L'immunisation artificielle se fait dans le désordre. Pas étonnant qu'elle exige des rappels fréquents, aussi inutiles que les vaccins eux-mêmes ! » (*Id*, 2004). Donc, cette immunité naturelle se fait dans un certain ordre et est un équilibre subtil. Selon les auteurs, le vaccin va bousculer cet équilibre et donc affaiblir la véritable immunité, surtout quand celle-ci est mise à rude épreuve, notamment dans certaines régions du monde. Dans ces pays, les organismes et leurs systèmes immunitaires livrent un « combat » difficile contre notamment les parasites présents en grand nombre. Les enfants

sont mal nourris ce qui rend encore plus périlleux la maturation de l'immunité. Rajouter une troisième agression simultanément par le vaccin, est considéré comme criminel dans cette situation, l'immunité ne pouvant tout gérer à la fois. Elle est alors surmenée (GEORGET, 2000). Ainsi, la bio-électronique de Louis Claude Vincent aurait été discréditée parce qu'elle mettait en évidence l'affaiblissement du terrain immunitaire provoqué par les vaccins et les médicaments chimiques. Il en va de même pour les cristaalloïdes sensibles et d'autres méthodes d'analyses en naturopathie qui auraient fait leurs preuves depuis des décennies (TAL SCHALLER 2004). Cette diminution momentanée de la capacité de défense a été nommée « phase négative » ou « phase d'hyperréactivité ». Cette phase peut d'ailleurs faciliter l'infection (GEORGET, 2000).

Selon ces représentations, le système immunitaire apparaît comme éminemment central dans notre organisme et notre vie. Il est à la fois cœur et cerveau. Il est intelligent et contribue à la communication avec l'environnement. Sa genèse est subtile, et il faut respecter l'ordre de son évolution pour ne pas hypothéquer son efficacité à venir. Mais il faut aussi l'accompagner, en prendre soin, et lui apprendre le goût du combat. Le vaccin ne connaît rien à tout cela, et sa contribution n'amène que désordre et chaos.

Le pouvoir de Pasteur, des multinationales et de la science.

Pour les auteurs, au-delà du débat sur les effets néfastes par empoisonnement ou sur l'immunité, le vaccin trouve sa raison d'être dans des calculs politiques et financiers. L'origine de la supercherie remonterait à la personnalité même de Louis Pasteur, présenté comme un imposteur en quête de pouvoir : « Pasteur, dans la continuité des conceptions médicales de son siècle a su vendre, sous un vernis scientifique discutable, ses idées aux républicains de l'époque. La République naissante avait besoin de grands hommes de sciences pour asseoir son pouvoir face à l'Eglise et aux monarchistes. Grâce à la science, l'homme serait capable de tout expliquer, de tout maîtriser. Quoi de plus naturel que de déifier un homme de sciences s'occupant de santé ? Pasteur, « sauveur de l'Humanité », quel symbole pour la république, mais quelle imposture ! » (MERIC, 2004). Pour Eric ANCELET, dans son ouvrage *Pour en finir avec Pasteur*, Pasteur, devenu le premier grand « saint laïc », aurait eu pour rôle de réactiver la foi chrétienne en focalisant « scientifiquement » l'origine du Mal sur les bactéries considérées comme des ennemis de l'humanité. Sa gloire serait le résultat d'une propagande parfaitement orchestrée et les vaccinations furent utilisées

comme moyens de cohésion sociale. Placé sur un piédestal monumental, Pasteur n'aurait pas hésité à truquer nombre de ses expériences pour obtenir l'admiration du public et les honneurs des autorités (ANCELET, 1998). Et pour le Dr MERIC, encore aujourd'hui, la société reste complice de cette supercherie et continue à vacciner pour ne pas nuire à l'image de Pasteur qui s'était grandement trompé (MERIC 2004).

Les intérêts économiques gigantesques qui résultent de la vente des vaccins expliqueraient aujourd'hui à eux seuls, si l'on en croit les auteurs, les campagnes de vaccination. Les opposants reprochent aux industriels de transformer, par le biais des campagnes publicitaires, le vaccin comme un produit de consommation courante, au même titre que les lessives, les pâtes dentifrice ou les produits de beauté. Ils accusent encore les grandes entreprises pharmaceutiques de monopoliser l'information sur les vaccins, en la diffusant largement dans les médias et par le biais des journalistes. Ils dénoncent ainsi une information orientée à sens unique, et une transformation du sujet en « tabou », thème que l'on n'aborderait alors que pour en dire du bien. Toute opinion divergente serait considérée comme une injure à la vérité programmée, au « dogme ». Les opposants avancent une littérature variée publiée par tel ou tel professionnel ou chercheur qui permet selon eux de mettre en lumière les failles et les contradictions de la théorie officielle (GEORGET, 2000). « Une étude parue dans *Money* de décembre 1996, montrait que les complications déclarées représentaient à peine un pour cent des cas de réactions graves, confirmant des études d'experts américains déjà parues dans *Jama* du 2 juin 1993 et reconnaissant qu'il se produit une sous déclaration considérable des complications post-vaccinales. Bien que la FDA reçoive de nombreux rapports d'effets secondaires, ceux-ci ne représentent vraisemblablement qu'une fraction des réactions graves qui se produisent. [...] seulement 1 % des réactions graves sont rapportées à la FDA » (site LNLV newsletters 1). Les multinationales sont donc accusées d'étouffer la vérité : « les énormes intérêts économiques ont, en effet, faussé le débat. Les multinationales ont multiplié les pressions sur le corps médical et sur les médias pour étouffer tout ce qui aurait pu faire baisser les ventes. Grâce à leur puissance financière sans cesse croissante, elles ont pu contrôler les autorités et les médias pour que le public reste dans l'ignorance des échecs et des dangers des vaccinations » (TAL SHALLER, 2004). Il en serait de même au niveau international, où la vaccination encouragerait la dépendance morale et financière des pays du Tiers-monde vis à vis des pays occidentaux (dons, vaccins, équipement pour les administrer, etc.). La vaccination perpétuerait le contrôle social et économique des pays occidentaux sur les pays du Tiers-monde. (Guylaine LANCTÔT in TAL SCHALLER, 2004).

Le débat autour des vaccins est aussi le débat sur la science et les scientifiques. Les résistances à la vaccination ne se limitent pas à telles ou telles conceptions de la nature, de l'économie ou de la politique. Elles reflètent les aléas de l'immunisation, elle-même forcément inégalitaire et désignant, en cas de drame, les hygiénistes vaccinateurs à la vindicte publique. La science appliquée est accusée de se compromettre avec les intérêts économiques. L'écart entre les pratiques et la compréhension scientifique de ces pratiques a nourri une interrogation véhémente sur la légèreté des hommes de science et des administrateurs prompts à imposer la règle, partisans d'un formalisme de justification scientifique parfois illusoire (MOULIN, 1995). Il faut dire que par exemple, l'information médicale sur les effets secondaires des vaccins est bien souvent discrète. Et la formation médicale insiste peu sur ces aspects par peur, peut-être, de prendre le risque de discréditer le vaccin auprès de ses futurs pourvoyeurs. C'est ainsi que dans un article de 12 pages d'actualisation sur la pratique de la vaccination, publié en 2004 dans *la revue du praticien*, l'une des principales revues de Formation Médicale Continue, seules deux lignes étaient consacrées aux effets secondaires : « La plupart sont bénins [...]. D'autres sont graves mais exceptionnels (choc anaphylactique) ; ils ne remettent pas en cause la pratique de la vaccination » (DUBOIS, 2004). Si l'information donnée aux médecins sur les effets secondaires des vaccins se limite à cette phrase, l'information éclairée attendue par les parents est en effet d'être obscure. Les détracteurs de la vaccination s'engouffrent dans la brèche, opposant à une science épurée une science appliquée qui se compromettrait en permanence avec le pouvoir : « nous avons choisi une voie qui semblait sûre, et solide : la voie scientifique. En fait, nous n'avons pas attaché d'importance à une distinction qui doit être apportée entre science pure et science appliquée. La science pure se veut être le règne de la rectitude, elle l'est en général. Quant à la science appliquée, qualifiée de « prostituée écarlate », elle a un esprit nécessairement tordu car le profit se mêle à la danse et entend conduire le bal dont les musiciens sont les actionnaires » (Dr Jacques KALMAR, Bulletin d'information de la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations, réalités et vaccinations, avril 2004). L'expérimentation en laboratoire est elle aussi attaquée, jugée trop loin du vivant : « à côté de la science-savoir des manuels, il y a la science vivante, celle des laboratoires. Elle est à la science des manuels ce qu'est un animal naturalisé à un animal vivant en liberté : pleine de surprises. En réalité, si les scientifiques sont dans les laboratoires, c'est bien parce qu'ils ne savent pas et non parce qu'ils savent » (Sylvie SIMON, Bulletin d'information de la LNPLV, réalités et vaccinations, avril 2004).

Enfin, pour les penseurs de la mouvance anti-vaccination, au-delà du débat scientifique, la vaccinologie a cessé d'être une science pour devenir une église qui excommunie et pourchasse tous ceux qui osent remettre en question des dogmes. (TAL SCHALLER, 2004). Cette Eglise fonderait son pouvoir sur l' « orthodoxie médicale » basée sur la peur du médecin, seul face aux autorités médicales, face aux institutions hospitalo-universitaires, face au Conseil de l'Ordre garant de l'orthodoxie (MERIC 2004). « Aujourd'hui nous sommes passés dans une situation où c'est la médecine qui devient une religion. On délivre à la population un message quasi religieux sans analyse ni faits concrets, avec des arguments affectifs, en utilisant la peur, et on entend seulement l'incantation « les vaccins protègent » et cette théorie n'est jamais discutée » (LP, Bulletin d'information de la LNPLV, réalités et vaccinations, avril 2004). « Nous n'avons pas perdu la foi, nous l'avons simplement reportée sur les professions médicales » George Bernard SHAW. Cette nouvelle religion aurait d'ailleurs une dimension mondiale, dangereuse pour l'avenir de l'humanité et il faudrait la combattre. « La médecine préventive, basée presque exclusivement sur la vaccination, n'est ni un art de prévenir la maladie, ni une science, c'est une religion planétaire. Cette nouvelle religion nous est imposée par l'Etat et depuis la mondialisation, par l'OMS et la finance internationale. Au mépris des droits de l'homme, du fait de choisir sa santé ou de disposer de son corps, l'Etat nous impose une religion. La république a ainsi ouvert la porte au scientisme, dont le défaut majeur est d'ignorer son ignorance et d'établir ainsi les bases d'une nouvelle religion. Grande est la tentation, pour les nouveaux maîtres, d'asservir le peuple à cette nouvelle église. » (MERIC, 2004). Les vaccins sont ainsi considérés comme des pratiques empiriques et rituelles tenues pour miraculeuses par tous et surtout par le corps médical.

Enfin, pour les résistants à la vaccination, seuls les homéopathes et leur approche de la santé semblent trouver grâce à leurs yeux. Les modèles explicatifs de la maladie et de la thérapie en homéopathie sont probablement le support des théories reprises par ces septiques de l'immunologie. Cette méthode thérapeutique se base en effet sur la loi des semblables, sur la comparaison des réactions individuelles du malade avec l'ensemble des symptômes provoqués par l'administration de tel ou tel médicament homéopathique. Mais au-delà de la théorie, ces médicaments sont d'abord connus pour être prescrits à dose infinitésimale, donc associés à un risque également infinitésimal, voire inexistant, d'effets secondaires potentiels. Et même si l'on peut noter quelques similitudes dans la démarche du vaccin et de la granule homéopathique, qui tous deux ont pour objectif de soigner le mal par le mal, la granule symbolise une médecine douce, blanche et sucrée, opposée en tout point au vaccin intrusif,

brutal et douloureux. Les homéopathes affirment pouvoir découvrir qu'une migraine qui dure depuis vingt ou trente ans peut avoir commencé après la prise d'un vaccin. En prescrivant alors ce vaccin en dynamisation homéopathique, ils peuvent selon eux obtenir une guérison de la migraine qui confirmera qu'elle était bien dûe à cette cause (TAL SCHALLER, 2004). Et finalement, le médecin semble être le dernier interlocuteur crédible sur la question : « discuter de la vaccination avec un médecin est comme parler de végétarisme avec un boucher » disait George Bernard SHAW. « C'est aux patients qu'appartient la difficile tâche d'informer et d'éduquer le corps médical car celui-ci a subi un grave lavage de cerveau par les grands laboratoires » (*Id*, 2004).

La vérité peut aussi se construire dans un entre-deux

Sur notre terrain *des pentes* de la Croix-Rousse, des médecins façonnent au fil de leur parcours un positionnement que nous qualifierons de l'entre-deux, en adoptant une vision alternative du soin sans pour autant condamner la vision classique ou conventionnelle.

Laure L. est donc médecin homéopathe dans cette belle *rue des fantasques* qui domine le Rhône et l'Est de la ville. Nous avons partagé avec elle deux entretiens, un premier en septembre 2009 un soir, dans un restaurant proche de *la place Sathonay* et un autre en juillet 2012 à son domicile autour d'un apéritif. Laure est une femme sympathique et souriante de 55 ans, grande, cheveux grisonnant, le regard vif et malicieux. Elle pratique avant tout l'homéopathie mais reste en lien avec une médecine plus classique qu'elle qualifie d'allopathie.

« J'ai fait quelques années d'allopathie, après j'ai fait psychiatrie... Je n'ai pas trouvé que c'était une pratique qui allait me convenir. Il y avait dans l'allopathie le sentiment de répéter toujours la même chose. Et de ne pas prendre en compte suffisamment la globalité. L'homéopathie semblait correspondre à une autre pratique à laquelle j'aspirais. » [...]

« Si tu veux, je ne prétends pas être pointue comme un généraliste à l'être pour le traitement de la tension ou des trucs un peu difficiles. Je délègue énormément. Je me tiens au courant, et je délègue beaucoup. C'est une habitude que j'ai prise et ça me réussit pas mal. Je me concentre ainsi sur les traitements homéopathiques qui m'intéressent plus car ils traitent des choses magnifiques, en profondeur, des choses rares... Bon après, je fais de la bobologie comme tout le monde avec mes petites granules... Mais c'est vrai qu'il y a de belles réussites thérapeutiques. L'homéopathie, tu l'apprends au départ en trois ans. Tu apprends la thérapeutique homéopathique. C'est un gros morceau, mais après tu as fait le tour. Ensuite,

certains d'entre nous ont suivi la consultation hospitalière de Saint Luc - Saint Joseph, en tant que stagiaire. C'était des moments très importants car je sortais d'une pratique d'allopathe et je voyais un type traiter par homéopathie des choses qui me paraissaient graves et lourdes. J'ai suivi deux ans ces consultations et je voyais au fil des mois les gens aller mieux. J'avais déjà confiance en l'homéopathie, mais ça m'a beaucoup confortée de voir faire mes pairs. Le premier patient chez qui je me souviens avoir eu un choc, c'était un enfant qui avait eu une bronchiolite, qui avait eu kinésithérapie, antibiothérapie, aérosols, enfin tout le bataclan... Et qui restait très très encombré. J'ai donc vu ce médecin faire sa prescription. Je me suis dit merde, il est gonflé quand même. Peut-être qu'il faudrait un peu de cortisone, je ne sais pas quoi... L'enfant est revenu 8 jours après, sec... Alors évidemment, on peut se dire que c'est l'évolution naturelle de la bronchiolite, mais c'était un petit qui traînait depuis des semaines et des semaines... Ce n'est pas mortel, mais c'est quelque chose que je n'aurais jamais traitée par homéopathie moi d'emblée... [...]

Par rapport aux autres collègues, et c'est comme ça que je me suis fait un réseau de spécialistes, je laisse mes patients en parler à leur médecin ou pas. Il y en a qui ne veulent pas du tout en parler, pour ne pas les choquer. Il y a ceux qui insistent auprès de leur médecin pour dire, j'ai fait ça, il s'est passé ça et c'est génial. Et petit à petit, je me suis rendu compte que dans le quartier où je travaillais, les pédiatres m'envoyaient des patients, les dermatologues, et pour des choses à traiter par homéopathie... Je me suis jamais affrontée aux confrères sur ce sujet là... Ou bien tu as affaire à des gens qui sont radicalement contre et je n'ai pas envie de parler avec eux car je sais qu'il ne va rien en sortir... Ou bien c'est déjà ouvert et je sais que petit à petit avec le temps... Mais oui, l'homéopathie peut susciter de l'agressivité... Tu vois, il y a encore un médecin conseil récemment qui a dit à une de mes patientes : « mais comment ça se fait, votre généraliste est homéopathe, il faut changer de généraliste ». Ça peut susciter beaucoup d'agressivité quand même... Il y a des médecins à la Croix-Rousse, très peu, mais qui m'ont traitée une fois de charlatan, et une allergologue qui n'a jamais répondu au courrier que je pouvais lui faire quand je lui adressais des patients. Des gens manifestement agressifs... Généralement, je n'ai pas cherché l'affrontement. (Laure L., juillet 2012)

Xavier K. est quand à lui médecin et ostéopathe. C'est un homme de ma génération qui a travaillé longtemps comme urgentiste à l'hôpital de la Croix-Rousse, puis il s'est orienté vers l'autre colline, dans l'hôpital gériatrique de Fourvière. Il y travaille aussi l'ostéopathie. Il a toujours eu en parallèle une activité libérale d'ostéopathe, aussi sur le plateau de la Croix-Rousse il y a quelques années, avant de migrer vers le 6^{ème} arrondissement. C'est comme ça que je l'ai connu je crois, à l'occasion d'un entretien pour mon mémoire de DEA en 2004. Je lui dis mon intention en 2009 d'un nouvel échange autour du "projet hépatite B" et il m'invite à manger un soir chez lui en juillet. J'en ai le souvenir d'une bien agréable soirée dans la chaleur de l'été au bord d'une très belle piscine, dans le cadre magnifique d'une commune au nord de Lyon. La rencontre est restée du coup assez informelle mais après un ou deux verres, Xavier a attaqué le sujet. Il m'explique qu'il s'investit à ce moment là sur les douleurs

chroniques, par l'ostéopathie. Je suis assez impressionné par sa qualité de réflexion. Il essaie de trouver des explications aux douleurs chroniques, notamment dans le contexte social, familial et professionnel du patient. Il pense que stress et mal-être entraînent la plupart du temps ces douleurs. Xavier parle de « désarmement thérapeutique » pour arrêter des médications renouvelées sans réelle efficacité. Il pense que les gens n'ont aucune idée d'où viennent leurs douleurs, qu'ils ne veulent pas comprendre. Il m'a demandé pourquoi les gens souffraient selon moi. Là j'ai réalisé que je n'en avais aucune idée, que je ne m'étais même jamais posé la question. Nous constatons combien notre approche était différente. Je me suis senti pour la première fois plus anthropologue que médecin. En effet, l'anthropologue ne se pose pas la question du pourquoi physiologique des choses, mais du sens que les personnes accordent à la maladie, aux représentations qu'ils en ont, à leurs pratiques pour aller mieux. J'ai alors répondu à Xavier que je ne savais pas pourquoi les gens souffraient, que j'avais l'impression de ne pas maîtriser les outils pour le savoir, et que je m'inquiétais en tant que soignant du fait que je ne me sois jamais posé cette question. Mais je lui dis que selon moi, les gens au contraire ont toujours une explication sur leurs maux, une théorie de leur maladie, mais encore faut-il le leur demander. Xavier a sourit. Il me dit qu'il ne posait jamais la question à ses patients. Il dit pourtant bien percevoir l'intérêt de le faire. J'arrive enfin plus tard, en milieu du repas, à aborder le thème de l'hépatite B, mais la conversation est coupée par l'arrivée sur la table d'une blanquette de veau et la discussion s'est orientée sur les activités sportives de sa fille aînée qui partageait le repas avec nous. Il m'a juste dit en riant qu'il allait me faire hurler car lui-même n'était pas vacciné contre le VHB alors que c'est obligatoire pour un médecin. Il me dit un peu plus tard qu'il pensait malgré tout qu'il fallait vacciner... Je lui propose de nous revoir autour de ce sujet plus tranquillement ce que nous ferons deux ans plus tard. Nous le retrouverons au chapitre suivant.

Donner du sens à l'existence

Il semble donc que ce groupe de médecins alternatifs que nous avons battis un peu malgré eux, se construit avant tout en réaction face à la biomédecine et sa technicité affichée. La logique scientifique et académique est rejetée par la plupart. LAPLANTINE et RABEYRON dans leur ouvrage sur les médecines parallèles en 1987 avaient regroupé ces logiques en quatre tendances idéologiques constituantes du discours alternatif, que nous

retrouvons effectivement dans les propos de nos informateurs. Il y a en premier lieu la logique humaniste qui s'élève contre une normalisation par l'institution médicale que décrit très bien Karl W., et parfois contre la brutalité de la médecine conventionnelle que dénonce par exemple Lilian S.. Dans le chapitre sur l'affaire du vaccin contre le VHB, Marc GIRARD avait parlé sur un plateau télé d'« un devoir de forte compassion envers ces tout petits nourrissons obligés » de recevoir le vaccin. Xavier K. parle lui d'un nécessaire « désarmement thérapeutique », et dénonce selon lui que seul un traitement sur quatre prescrits est bénéfique au patient. Laure L. se demande si les allopathes ne sont pas des personnalités fragiles qui ont besoin d'être rassurés par une science considérée comme exacte et qui épargne ainsi aux soignants qui la suivent des questionnements douloureux. La deuxième logique de LAPLANTINE ET RABEYRON (1987) est celle d'être préoccupée par la totalité et la primauté accordée au rôle endogène. Le système immunitaire par exemple est considéré comme « intelligent » et toute intervention extérieure viendrait compromettre son bon fonctionnement, comme on peut le lire très couramment dans la littérature sur la vaccination. La troisième logique ou tendance est celle de respecter et suivre la nature. Les médecins dans une pratique alternative par rapport à la pratique conventionnelle ont une capacité importante accordée aux « capacités naturelles » de régulation, à l'« instinct de la mère ». La nature est un ordre et le vaccin comme la médecine prônée par l'académie apporterait la désorganisation, la tendance au chaos. La dernière tendance idéologique décrite par les auteurs (*id*, 1987) est « l'importance de la temporisation de l'expectation ». Une pratique alternative de la médecine tend à considérer que tout est écrit dans l'ordre des choses, et qu'il faut laisser le temps aux individus de s'inscrire dans cet équilibre pour prévenir le malheur. Il faut du temps à l'enfant pour que le système immunitaire se développe, il faut attendre qu'il devienne compétent au fur et à mesure des rencontres avec les microbes, il faut juste du temps à un enfant au crâne fracturé pour se remettre du traumatisme et guérir. La pensée médicale officielle aurait tendance selon ses détracteurs, au raccourci en circonscrivant et en spécialisant l'origine du mal par exemple sur les microbes considérés comme ennemis de l'humanité.

Karl W. évoque lui-même en riant « la tentation de la pensée magique » de certains praticiens alternatifs. Sans se risquer dans ce sens, ou en tout cas, sans vouloir mettre seuls les médecins alternatifs dans cette catégorie, il semble que l'on retrouve dans les discours l'idée que la maladie pourrait parfois trouver son origine dans la relation des hommes avec des choses frappées d'interdit : la nature, le système immunitaire... Le registre du sacré semble ainsi parfois mobilisé. La nature sacralisée est celle que le profane ne doit pas toucher. Elle

doit être protégée et isolée par les interdits (DURKHEIM, 1960). Le vaccin et les scientifiques de laboratoires doivent rester à l'écart sous peine de catastrophes. C'est aussi ici une manière de théoriser l'impuissance, de combler parfois des vides explicatifs, aussi de trouver des principes de légitimation. On serait tenté de penser que la nature sacralisée n'est autre chose que la croyance en une réalité supérieure, réalité transcendante (OTTO, 2001) qui donnerait sens à l'ordre du monde, lorsque nous ignorons justement le principe de cet ordre. Dans un clin d'œil facile aux pères de notre discipline, on se demande si le système immunitaire n'est pas envisagé par ces spécialistes comme le « mana » de MAUSS (1950), la vertu salutaire de la médecine, une force qui fait que l'enfant grandit et que la maladie est toujours repoussée ou domptée, efficacité véritable (et symbolique) des choses. J'avais croisé au salon de l'écologie, alors que j'étais en DEA, une personne qui m'expliquait que « le système immunitaire, c'est notre âme ». L'immunité ferait en sorte selon elle que l'on n'ait jamais bouché du nez des deux narines. Elle serait un processus intelligent qui est là pour défendre notre existence. Le « système immunitaire mana » semble témoigner là encore de la capacité humaine à produire du sens.

Nous observons dans ce groupe " alternatifs " que le savoir des soignants ne suit pas une causalité aussi linéaire et sereine que celle par exemple des médecins spécialistes. Comme pour les médecins généralistes, l'inconnue dans le soin est acceptée, mais elle n'entraîne pas ce sentiment de confusion, pour ne pas dire parfois de panique du généraliste. Mais plutôt comme le dit MASSE, il est une causalité circulaire où se crée un véritable itinéraire de recours aux logiques de compréhension et d'interprétation des symptômes et des effets de la maladie (MASSE, 1997). Et le système ainsi en place peut sembler puissant avant tout à créer du sens, à apaiser les angoisses, autant des soignants que des soignés, à expliquer les raisons d'être de la maladie, de la souffrance et des choses.

CHAPITRE IX : la vérité par l'identité, le pouvoir, le langage et le sens.

Les médecins du quartier *des pentes* de la Croix-Rousse que nous avons rencontrés nous ont proposé leurs vérités, ce qu'ils pensent être vrai sur la vaccination, la maladie comme l'hépatite B et le soin en général. Ces paroles sur « leurs vrais » sont les reflets des relations de correspondance qu'ils envisagent entre le monde et les mots qu'ils nous rapportent, entre ce qu'ils perçoivent et la réalité. Mais la diversité des opinions entre les médecins généralistes, entre spécialistes et alternatifs, interroge sur l'origine de ces discours, sur les mécanismes de construction de la vérité, et sur les contextes dans lesquels ces énoncés se font. Nous verrons dans le chapitre suivant que ces vérités se construisent aussi dans la volonté de mise en lien de soi à la réalité du monde, dans une démarche préméditée de production de savoir autant que dans l'action menée par le soignant dans le monde. La vérité se façonne ainsi au contact des données et du discours de la science ; au contact de médiateurs, de professeurs et de maîtres ; au contact de l'expérience professionnelle et personnelle. Ce sont autant de façons de penser les rapports à la réalité du vivant. Mais la vérité, comme discours sur la réalité a d'autres matériaux pour se construire que la seule envie de s'approcher du réel. Elle dépend d'un contexte plus large, un contexte social. Il est ainsi d'autres matières incontournables pour étayer nos vérités, peut-être moins conscientisées.

Construire la vérité pour façonner son identité

Nous avons regardé et écouté les savoirs des médecins du quartier dans leur cadre de travail, « en action » comme le dirait Bruno LATOUR, et même « en interaction » par notre situation de recherche du fait de mon propre statut de soignant. Ce contexte ethnographique où va se dire la vérité montre très vite des questions autres que celle de la dialectique science-expérience. Bien vite, les histoires que les informateurs nous racontent, transpirent la notion d'autorité parce que justement il faut en médecine perpétuellement se justifier, donner de la légitimité à nos connaissances et à leurs sources car elles engagent, nous le pensons, la santé

et la vie du "client". Et juste derrière, c'est bien la question de nos identités qui semble surgir de toute part dans ce que nous voyons et ce que nous entendons. Bien vite il faut s'inscrire dans une lignée, se démarquer de l'histoire de certains, adhérer à des savoirs partagés ou à l'inverse, les rejeter pour sortir du collectif et signaler un écart, sa position originale. Juliette U. fait confiance aux autorités de santé. Quentin M. trouve les français un peu stupides. Mathilde Z. fait confiance aux professeurs. Marc F. dénonce les liens de compromission avec les laboratoires pharmaceutiques. Karl W. se démarque dès ses débuts de la médecine classique. Dans tous ces cas, se construire un discours de vérité permet d'être pour chacun un puissant levier de différenciation. Le savoir va tracer la carte de la vie sociale dans une autre géographie que celle dans laquelle nous nous sommes initialement promenés, composée cette fois de quartiers d'actions distinctes où les individus vont trouver des ressources assez fortes et affichées pour pouvoir se situer par rapport aux autres quartiers de pensée. C'est en tant qu'opérateur de la différence que le savoir doit être appréhendé (ADELL, 2011, p.153). Les différents usages que font les uns et les autres du vaccin (entre ceux qui l'utilisent pour tous, ceux qui ne l'utilisent jamais et ceux qui ne l'utilisent que pour certains) témoignent du fait que les vérités de chacun permettent de mettre en avant sa conjonction entre des semblables, ou au contraire, à exprimer sa disjonction avec d'autres pour exprimer ce que l'on n'est pas. Pour comprendre comment se construisent nos vérités en médecine, il faut saisir que l'identité, la nôtre comme celle de notre groupe, se joue en dehors de la personne, ou plus exactement sur leurs bords, à leur frontière. La relation entre la vérité et nos identités est en permanence remodelée par nos pratiques, nos contextes de vie professionnels et personnels, dans lesquels nos savoirs ont un rôle considérable (*Id*, p.156). Dans le cadre de ces rencontres de notre "petite société *des pentes*", le pluralisme médical n'est aucunement réductible à un produit historique. Il est une dynamique qui façonne nos rapports sociaux. Une illustration en est l'impact de la mouvance alternative « bio » sur les dynamiques identitaires (BENOIST et DESCLAUX 1996). Le recours aux médecines parallèles fait de ceux qui s'y dirigent des « réformateurs sociaux », car il offre un moyen de s'individualiser par rapport aux autres soignants en dénonçant l'apathie et l'attitude de perdants, de ceux qui ont une confiance aveugle en la biomédecine. A l'inverse, devenir spécialiste en hôpital universitaire permet de s'individualiser par rapport à ceux qui sont contraints de rester enfermer dans leur empirie. Et c'est sur cette critique sociale des uns et des autres que nous devons nous concentrer car elle exprime les principes à partir desquels un groupe redéfinit ses frontières et ses critères d'affiliation dans un contexte d'incertitude et de danger représenté par la peur pour le soignant de nuire (CALVEZ in DOZON and FASSIN 2001). Il est sûr que le passage par

l'Autre, ou par les « groupes d'Autres » est la fondation de la construction des vérités en médecine, avant que ces vérités ne puissent ensuite s'éloigner de cet Autre pour vivre leur propre parcours et s'accomplir pleinement. Nos vérités, nos savoirs, nos positions comme nos identités ne sont pas lisses ou parfaitement cohérents. Ils ne sortent pas d'une machine à coudre dont tous les points sont identiques. Ils sont mixtes et mêlés, chargés d'impuretés ramassées dans leur parcours du départ jusqu'à leur énonciation.

Le niveau de l'individu

Nous pouvons repérer à la façon de Nicolas ADELL, plusieurs perspectives dans la construction des identités (2001, p.159). Il est une perspective pour soi, pour se trouver une cohérence, se penser en accord avec son histoire, son idéologie. Juliette U. aime à se penser cartésienne et se définir comme telle en médecine. Lilian S. veut rester en accord dans sa pratique avec ses convictions religieuses. Karl W. veut se sentir libre de penser différemment la médecine et aime à explorer d'autres voies. Une autre perspective tend à construire son identité pour les autres. Yves U. a envie d'aider la planète à se protéger des microbes et aime cette approche du vaccin qui protège les autres en masse. Rebacca J. et Marc F. font bouger leur positionnement pour leurs enfants. Laurence B. ne baisse pas la garde face à la vaccination dans le souci de l'autre et de ses compatriotes. Dans une troisième perspective, l'identité est donnée par l'autre. Le kinésithérapeute permet à Mathilde S. de se dire comme une personne qui a malgré tout des doutes sur le principe de la vaccination. Le praticien hospitalier intervenu en FMC offre à Marc. F de se définir par rapport à l'industrie pharmaceutique et au pouvoir hospitalier, en opposition. La rencontre de Karl. W avec sa professeure d'acupuncture lui permet aujourd'hui d'avoir trouvé le positionnement qui lui convient aussi socialement dans la médecine.

Il y a finalement au niveau de l'individu une identité qui se construit pour soi et une identité qui se construit pour les autres. De multiples variantes sont ainsi possibles à l'image de l'extrême diversité des rapports au savoir dans les processus de construction identitaire. Et dans cette relation fondamentale qu'entretient le savoir avec l'identité, il semble bien que l'augmentation, ou l'acquisition du savoir des uns et des autres correspondent à « une augmentation de l'être » (*id*, p161). Nous voyons combien la FMC de Marc F. et la connaissance qui ressort de cette expérience le renforce dans son assurance et quelque part peut être entendu comme un véritable acte fondateur. Mais dans un sens inverse, nous

percevrons parfois, comme NIETZSCHE l'avancait, que connaissance et devenir peuvent dans certain cas s'exclure (1976, p.52). Nous avons entendu les oscillations des discours de Juliette et Mathilde déstabilisées par des informations apportées par l'entourage autant familial, qu'amical ou professionnel. Alors, ces nouvelles données reculent l'horizon du savoir sur le monde. Des mystères sont élucidés mais immédiatement d'autres font irruption, plus profonds et plus pénétrants qui remettent en cause les acquis de la pratique actuelle. Et si finalement le vaccin était-il bien dangereux comme beaucoup de personnes qui m'entourent semblent en être convaincues ? Quel avenir pourrait avoir mon métier entièrement basé ce jour sur ce genre de dogme ?

L'identité du médecin se forge aussi et bien sûr pendant sa formation initiale où la question du savoir, de la vérité en construction, est parmi les plus importantes. Le futur médecin va devoir et parfois malgré lui, intégrer des principes de pratique qui ne sont pas forcément ceux de son statut ou de son idéologie. Vladimir PROPP a bien évoqué cette dichotomie qui existe parfois entre la compétence et la performance, comme le problème se pose à Rebecca dans l'échange qu'elle a eu avec l'assistant de virologie jugé comme « un vrai con » où elle comprend finalement qu'il faut à ce stade de son cheminement accepter le fait de vacciner même si cela ne va pas forcément dans le sens de ce qu'elle pense savoir. Il s'agit probablement pour cette enseignant, avec sa façon radicale de clore la conversation, « moins de connaître le monde que de posséder un pouvoir sur lui (PROPP, 1983, p.165) ». Et ce pouvoir semble déjà ici passer pour une mise en ordre, un savoir, ordre au sein duquel l'étudiant en médecine doit trouver sa place, à savoir son identité. Dans cette initiation universitaire, on perçoit que les enseignants et l'institution ne transmettent pas seulement un savoir, des contenus de cours, mais le mode d'emploi de nouveaux rapports entre les individus par le biais du savoir imposé. L'étroitesse du rapport entre savoir et identité atteint encore un degré supérieur d'imbrication quand le mode d'accès privilégié à un corpus de connaissance passe par une démarche d'identification, à passer par un « je suis » et dans notre cas un « je suis médecin » (ADELL, 2011, p.167). Et l'identité du médecin en formation se discriminerait encore davantage par rapport aux autres dans ce que VAN GENNEP appelle « les langues spéciales » (1908). Le médecin acquiert un idiome, une langue que les autres ont parfois du mal à comprendre. Aussi, comme le dit Pascal BOYER (1980), « ce que l'on acquiert en parlant la langue initiatique n'est nullement un savoir nouveau sur le monde, mais l'évocation d'un savoir possible sur l'encyclopédie ».

Le niveau de la communauté

La question de la langue des médecins nous amène à un autre niveau de rapport entre vérité et identité, une autre facette de la construction du savoir. Ce dernier constitue « une ressource identitaire suffisante au sentiment de former une communauté singulière » (ADELL, 2011, p.170). Il ne s'agit plus tellement ici de considérer l'augmentation du savoir mais sa répartition, afin de discerner en quoi les savoirs peuvent fournir les ressorts d'identités communautaires. Le professeur Bertrand P. est très clair lorsqu'il avance qu' « aucun de "nous", les scientifiques, n'est tombé dans le panneau » des effets secondaires du vaccin. Marc F., quant à lui, outré de ce qu'il a entendu dans sa FMC va chercher du soutien auprès de ses pairs dans notamment le département de médecine générale : « il faut que "nous" fassions quelque chose ». C'est ce que montre Geneviève DELBOS (1993) en avançant que ceux qui savent, c'est "nous", et que ceux qui croient c'est "eux". Cette façon de s'identifier au groupe est un mécanisme identitaire très fort. Comme "nous" savons, sur un même objet de savoir, toute proposition devient une croyance que l'on ne peut, comme dans ces deux cas, à peine penser. La disqualification du savoir est une disqualification de l'être et inversement. Et c'est bien après l'exposé des savoirs bizarres comme ceux de penser que le vaccin contre l'hépatite B puisse entraîner la SEP, que le professeur Bertrand P. questionne l'assemblée de la réunion de manière ironique et significative : « si je vous dis qu'il y a un boa à Carrefour le croirez-vous ? ». « On atteint là le noyau identitaire le plus solide, une sorte d'atome de l'identité dont la fission nécessite une réflexivité importante qui peut être savante (ethnologique par exemple, avec Geneviève DELBOS ou Gérard LENCLUD) ou populaire » (ADELL, 2011, p.171).

Les trois catégories de médecins que nous avons définies semblent bien, entre elles, faire communauté, probablement en tout cas de l'extérieur. Tous sont passés par l'université. Tous ont obtenu les mêmes diplômes. Tous se reconnaissent à travers des maîtres. L'acupuncteur de Karl W., les professeurs de gynécologie pour Mathilde Z., le maître de stage de Marc F., le professeur Ivan L. pour Yves U. La vérité se construit ici dans une reproduction sociale, un héritage, un esprit de corps qui manifeste l'importance de la communauté largement acceptée par l'individu sur lequel il accepte les appositions d'emprunts. Mais la recherche des « héritiers », des « ancêtres communs » est rarement autre chose, chez les uns comme chez les autres, qu'une tentative pour atteindre et montrer les frontières les plus reculées du groupe, celles où l'Autre est radicalement le différent (*Id.*, p.178). Nous avons bien vu que ce qui fait par exemple la communauté des universitaires est

fondé sur le partage de savoir du fait de liens particuliers entre les individus. Le savoir autour des infections ostéo-articulaires va devenir le socle du groupe, et les médecins de l'hôpital de la Croix-Rousse doivent occuper une position reconnue par rapport à lui. Il faut posséder un bon stock de connaissances, avoir publié une bonne quantité d'articles, être légitime par son parcours. Cette position sera d'ailleurs remise en jeu comme en témoigne le trajet d'Yves U. et son parcours fastidieux pour arriver à être reconnu et faire partie du groupe et du service d'infectiologie. La communauté se reproduit socialement en permanence et de ce fait, produit des rapports spécifiques à ce fonctionnement. On s'approche là pour finir sur le chapitre de l'identité, des questions de la parenté. Les liens décrits par les uns et les autres, par Yves U. et le Pr Ivan L., par Karl W. et son maître initiatique, évoquent des liens de filiation. Et la filiation biologique a d'ailleurs aussi été citée. Marc F. se réfère souvent à ses parents médecins. Oliver Z. cite aussi son père comme exemple. Ainsi « appartenir à une communauté savante, c'est ainsi faire l'expérience de ce lien particulier qui attache et positionne, qui assigne une place dans l'espace social, mais aussi dans le temps et la mémoire, qui attribue une identité et un statut (*Ibid*, p.184). Ce lien peut s'inscrire dans un parcours linéaire, comme un point sur une généalogie avec les fonctions successives de l'héritier et plus tard de celui qui transmet. Ce lien peut s'inscrire dans un trajet plus circulaire, où l'individu est l'un des acteurs d'un groupe, d'un ensemble qui s'actualise ainsi par la présence de tous ses membres et par leurs moments de mise en commun dans leurs temps de rencontre.

Construire la vérité pour le pouvoir et l'ordre

Que fait donc le médecin quand il construit sa vérité ? Il façonne son identité comme nous venons de le voir. Mais il fait davantage. En construisant son rapport, ses liens, sa relation entre lui et l'environnement, dans son quartier, dans sa famille, dans son milieu professionnel, le médecin prend position dans ce contexte social. Et le contexte lui-même est ordonné par une exigence de positionnement. Construire sa vérité, construire le savoir, c'est ainsi ordonner le monde, et c'est fondamentalement une relation au pouvoir.

« Savoir, c'est mettre de l'ordre dans le monde [...]. En effet, si savoir, c'est mettre de l'ordre, alors le savoir entretient avec le pouvoir une relation fondamentale non seulement parce que toute mise en ordre manifeste l'exercice d'un pouvoir sur les choses qui permet leur appropriation (ne serait-ce qu'intellectuelle), mais aussi parce que cet ordre, qui dit les positions, génère l'organisation nécessaire que règle les « bonnes distances » qu'elles doivent entretenir les uns par rapport aux autres. Et ces « bonnes distances » sont essentiellement des relations de pouvoir ». (ADELL, 2011, p.197)

Sur notre terrain des pentes de la Croix-Rousse, nous voyons bien vite que ces relations de pouvoir sont premières. C'est par leur biais que nous devons aussi lire les individus et les vérités qu'ils avancent. Il nous faut voir aussi les principes d'organisation entre les uns et les autres, au contact des uns et des autres.

Le Bio Pouvoir : entre adhésion et résistance

Le pouvoir, nos savoirs, nos vérités se soutiennent donc mutuellement. Michel FOUCAULT nous a bien évidemment légué un riche héritage sur ces questions. Le « bio-pouvoir » se retrouve au centre de nos observations. Le pouvoir est alors considéré comme une contrainte extérieure, par le haut, dans les rapports entre un organe supérieur (l'état, le ministère de la santé, un service hospitalier de référence) et les individus. Mais le pouvoir tient place aussi en chacun de nous, et peut se lire à l'intérieur des personnes, par le bas, dans des rapports interindividuels.

Le pouvoir comme une contrainte extérieure, par le haut.

Le modèle contractuel de la santé publique : droit, devoir, norme.

Quatre modèles de prévention sont classiquement cités à la suite de l'ouvrage *Critique de la santé publique*, DOZON et FASSIN (2001). Le modèle magico-religieux qui est le modèle de référence en mettant d'emblée en scène l'aptitude de l'esprit humain à anticiper l'avenir ; le modèle de la contrainte profane avec ses formes de protection contre la contagion qui présupposent des symbolisations variables du pur et de l'impur sans pour autant opérer de coupure franche entre le sacré et le profane. Il laisse transparaître la notion d'autorité, d'isolement ; le modèle pasteurien qui se réfère très directement à un paradigme scientifique qui révolutionna les savoirs sur la contagion et sur l'infection de germes pathogènes, notamment par la possibilité de créer chez l'homme une immunité artificielle. Le modèle contractuel est le dernier des quatre modèles cités par Jean-Pierre DOZON (2001, p.41). Il nous fait entrer dans le monde d'une prévention résolument actuelle où les sciences et les instances biomédicales, l'Etat et divers acteurs institutionnels (caisses d'assurance, mutuelles, associations, etc...), ainsi que les populations ou les usagers, sont censés s'accorder pour améliorer la santé publique. Tous doivent participer conjointement au bien-être de chacun. Dit autrement, le modèle contractuel de la prévention fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Cette complémentarité peut se formuler également en distinguant, d'un côté, un droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche scientifique, de l'autre, un devoir de santé auquel serait tenu l'ensemble des citoyens et qui participerait ainsi d'une redéfinition du lien démocratique. La notion du droit et du devoir est bien présente dans les propos du professeur du Comité Technique des Vaccinations, Ivan L., sur la notion de « vaccination opposable ». Elle l'est aussi dans l'argumentaire de Yves U., praticien à l'hôpital de la Croix-Rousse, et les recommandations non suivies par les médecins généralistes qui génèrent une trop grande disparité dans les pratiques, et de fait selon lui, une baisse d'efficacité. Ainsi, la santé, qu'elle

soit définie comme un état, un capital, un bien ou une norme, est d'abord présentée comme une valeur qu'il faut défendre. Par conséquent, il est nécessaire que certains portent cette fonction que Jean-Pierre DOZON intitule « avocat de la santé » et qui définirait le rôle général de tout professionnel investi de fait dans la santé publique.

Le modèle contractuel implique une dimension collective par laquelle les sujets deviennent des « patients sentinelles » (*id*, p42), parce que leur corps et leur santé n'intéressent pas qu'eux-mêmes. Ceux-ci représentent un capital qu'il convient de faire fructifier le plus longtemps possible et surtout un bien qui, pour appartenir d'abord à chacun, engagerait des composantes essentielles de l'organisation des pays développés, notamment leur système de santé et de protection sociale. La santé publique se base ainsi sur la logique, obligatoirement partagée par ceux qui s'en réclament, de valeurs communes : la santé serait un bien supérieur (ce qui ne précise pas pour autant quel accord il y a autour du terme de santé), et d'autre part la santé serait un bien public. Le modèle contractuel implique ainsi un nouveau schéma de la culture de prévention en forme de normalisation des comportements par lequel les citoyens « des pays démocratiques avancés » sont censés adhérer massivement aux interpellations des pouvoirs publics et des instances biomédicales. Nous pouvons lire ainsi les réactions agacées des médecins interrogés à l'encontre de « ceux qui n'ont pas de civisme », « qui s'en foutent des autres » en refusant de se vacciner pour le bien de la population qui les entoure. Ainsi, en se pliant à ces pratiques, l'individu devrait allier civisme et préservation de sa propre santé et de celle de ses enfants. C'est précisément le contenu des campagnes d'incitation à la vaccination, et notamment celle que nous avons décrite contre l'hépatite B. Les pouvoirs publics souhaitent des individus responsables dans le cadre de la norme qu'ils proposent, ou dans le cadre des vaccins obligatoires qu'ils imposent. La santé publique apparaîtrait donc selon Pierre AIACH comme une idéologie normalisatrice, envahissante et totalisante qui reposerait sur la promesse de l'absence de maladie grave et le maintien d'une grande vigueur physique et intellectuelle qui serait aujourd'hui possible à condition d'agir selon les préceptes des « évangiles hygiénistes » (AIACH, 1994). La logique du contrat pose une dialectique du droit et du devoir. Mais le contrat implique souvent une logique de rapport de force et met en acte l'autorité de l'un des protagonistes, comme ici l'Etat. L'exemple iranien nous montre que la vaccination peut ainsi être intégrée facilement dans tous les systèmes autoritaires impliquant la forte subordination des individus à l'intérêt public : à l'image du corps humain, toute affection frappant certains membres du groupe atteint l'ensemble du corps social. Le croyant est donc engagé envers ses semblables à

entretenir sa propre santé et à respecter son corps, et donc à se faire vacciner (KOTOBI, 1996).

Les politiques d'information et de communication pour la promotion de la vaccination contre l'hépatite B traçaient un cadre de référence dans lequel des destinataires de la vaccination étaient appelés à intégrer l'existence de risques à leur environnement, et à développer des conduites de protection. Toutefois, en édictant des comportements acceptables de prévention, ces recommandations engagent également les conceptions d'une collectivité apte à se prémunir des maladies évitables par les vaccins, au-delà de la question des effets néfastes éventuels. Il en est ainsi des comportements souhaitables : respect du calendrier vaccinal, respect des vaccinations obligatoires en collectivité... Ces responsabilités assignées aux individus engagent des configurations de relations sociales et des principes de conduite que l'on peut regarder comme l'expression des modèles culturels de référence dans la prévention. Dans les discussions et les débats sur la prévention, le risque devient ainsi un argument que les professionnels de santé publique mobilisent en fonction de leurs représentations d'une communauté protégée et du type de conduite, d'individus ou de groupes (« les vaccinés »), qui peuvent en être le soubassement. C'est dans cet ancrage qu'une segmentation sociale prend forme entre les aires de la protection (à forte couverture vaccinale) et les territoires de l'incertitude (pays du sud) comme l'ont évoqué aussi bien Juliette U., Mathilde Z. ou surtout Laurence B.. Elle s'exprime dans les attributions sociales du risque qui tracent en elles une communauté de référence par laquelle les demandes formulées par les politiques de prévention acquièrent une signification pour les sujets. C'est cette articulation qui s'opère entre ces communautés de référence et le projet culturel de la prévention. Car elle fait entrer le risque, en tant que catégorie de la santé publique, dans l'expérience sociale des sujets (DOZON et FASSIN, 2001).

Revendiquer sa liberté, résister

Résister à la vaccination est une façon de signifier sa vie par une dynamique de réappropriation de son existence dans la quête d'une liberté estimée amputée, comme nous l'expliquait Kar W. quand il devait lutter contre la pression de ses collègues sur ses choix personnels, autour par exemple de l'antibiotique systématique dans les angines. La vaccination de masse ou ce que Bruno LATOUR a appelé une « pasteurisation de la société », au centre du « modèle pasteurien » de prévention, a comme nous l'avons dit des difficultés à

exister en tant que telle. Et, l'on peut penser que les autorités de santé et les spécialistes se sont finalement rabattus sur le modèle précédent de la contrainte profane, au travers du système d'obligation actuel à l'instar des vaccinations infantiles. Le vaccin est donc continuellement l'objet, comme la variolisation autrefois, de multiples résistances, étayées par ses échecs ou ses accidents. Et c'est bien toute la question de la liberté qui est ici posée. Pour Didier FASSIN, l'Etat ou les institutions sanitaires testent leur autorité par la gestion collective de la maladie, de la prévention. Depuis les années cinquante, la santé publique dépasse le cadre des médecins spécialistes ou de quelques responsables pour devenir une activité civique, une valeur dominante des sociétés modernes qui prescrit et proscribit les pratiques et les comportements « sains » (FASSIN, 2010). Des médecins rencontrés tels que Lilian S., Karl W., Franck F. ou encore Rebecca J., veulent précisément se libérer de cette volonté normative pour exister en tant que personnes. Ils veulent pouvoir gérer les corps et les immunités tout seuls, avec leurs normes, leurs valeurs, leurs savoirs et finalement leur culture personnelle. Comme l'écrit Sylvie FAINZANG, la « vie moderne » comme nuisance se conjugue avec la « vie moderne » comme émancipation et requiert cette articulation entre nuisance et liberté (FAINZANG, 2001). Cette articulation va se faire autour du principe de responsabilité. Ce principe revient très souvent dans les discours. On pourrait le rapprocher du principe de Hans JONAS, philosophe, qui exige que l'on renonce à agir si l'action envisagée risque de mettre en péril une vie humaine future ou même la qualité humaine de cette vie. Les leaders alternatifs souhaitent renoncer à vacciner car le vaccin risque d'affaiblir le système immunitaire, et par là l'humanité entière (FAGOT-LARGEAULT 1985).

Pour le Dr MERIC, infantiliser l'individu, en l'obligeant à se soumettre à un rituel tel que la vaccination l'amène à se soumettre à un pouvoir. L'acte vaccinal permet de faire croire que les politiques œuvrent pour le bien de tous, alors que le seul but recherché est selon lui la soumission à l'économie, aux multinationales pharmaceutiques (MERIC, 2004). Nous pouvons ainsi trouver parmi les résistants, tous ceux qui ont à un moment de l'histoire, opposé le droit des individus et celui des groupes à disposer d'eux-mêmes. L'histoire de la résistance à la vaccination a revêtu le sens d'une opposition symbolique au pouvoir autant qu'elle s'est nourrie des échecs authentiques et des accidents dûs à la vaccination (MOULIN 1996). Michel FOUCAULT a mis en avant la thèse d'un biopouvoir qui se serait progressivement mis en place depuis le XVIIIème siècle en Europe, présidant tout à la fois à une objectivation et à une normalisation des populations et des corps. Il est patent que les types modernes de prévention marquent une rupture avec les types antérieurs. Selon l'auteur, la différence serait si marquée qu'il voit dans le succès, à la fin du siècle dernier, du

pèlerinage à Lourdes, non seulement un phénomène contemporain à l'expansion de la biomédecine, mais également une forme de résistance populaire à la normalisation que celle-ci était en train d'opérer (FOUCAULT, [1982] 2008). Dans son optique, on pourrait ainsi faire l'hypothèse que l'actuelle coexistence de formes de prévention contractuelles et alternatives, exprimerait de subtiles négociations entre soumissions et résistances au biopouvoir, lesquelles seraient possiblement constitutives d'un mode de subjectivation en forme de « double bind », à l'image de Rebecca J. ou Laure L. recourant tout à la fois à la prévention par le vaccin et à la prévention par les méthodes douces, c'est à dire préférant cumuler les deux plutôt que d'avoir à choisir entre l'une ou l'autre (DOZON et FASSIN, 2001). Le modèle de prévention dit contractuel suppose un monde de sujets en permanence soucieux d'eux-mêmes. Mais à l'évidence les choses ne sont pas si simples ou si facilement « rationalisables ». Et en premier lieu, parce que ce qui semble se présenter comme un processus d'approfondissement démocratique ou, pour reprendre les formules de Norbert ELIAS, comme un élargissement du procès de civilisation et de pacification (les citoyens devenant de plus en plus raisonnables d'eux-mêmes et des autres), peut aussi s'entendre comme un vaste mouvement de médicalisation et de normalisation des corps et des consciences comme l'évoque Michel FOUCAULT (*Id*, 2001). Mais l'on peut peut-être infléchir le concept de « bio pouvoir » et parler plutôt, comme le propose Didier FASSIN de « bio légitimité » (FASSIN, 1998). La santé publique, plus qu'en quête de soumission, serait en quête d'adhésion à un enjeu de société. La santé publique serait alors un nouveau langage du social. Le projet qui se dessinerait pour elle serait celui de la « reconnaissance sociale accordée à la gestion politique des corps », cherchant des accords se réalisant autour de la santé. Selon la conception de GRANET, cette notion de légitimité est effectivement un pivot autour duquel s'articulent les savoirs et les pouvoirs, un point à partir duquel leurs rapports s'équilibrent ou, au moins, apparaissent comme réciproques (et non seulement le savoir au service du pouvoir). On sait, pour différentes époques et sur différents terrains, que les savoirs ont pu légitimer ou, au contraire, désavouer les pouvoirs. C'est parfois l'évolution des savoirs qui décide du destin de ceux qui détiennent à un moment donné le pouvoir, ou en tout cas, un statut d'autorité (GRANET, [1934] 1968, p.339).

Le pouvoir comme notre réalité intérieure.

Le concept de « bio-pouvoir » tel que nous venons de le décrire où l'état et les autorités sanitaires et académiques visent à gouverner les corps par des directives de santé publique normalisantes, n'est que la face immergée de l'iceberg. Didier FASSIN adoucit nous l'avons dit le concept en parlant de « bio-légitimité ». Mais c'est Michel FOUCAULT lui-même qui recontextualise la notion de pouvoir. Dans son ouvrage *Histoire de la sexualité. I : la volonté de savoir*, il avance que le pouvoir passe avant tout dans les corps, dans chaque individu et qu'il doit se lire aussi de l'intérieur des personnes, par le bas, ou plutôt par la base, dans les rapports interindividuels.

« L'analyse en terme de pouvoir ne doit pas postuler, comme données initiales, la souveraineté de l'Etat, la forme de la loi ou l'unité globale d'une domination ; celles-ci n'en sont plutôt que les formes terminales. Par pouvoir, il me semble qu'il faut comprendre d'abord la multiplicité des rapports de force qui sont immanents au domaine où ils s'exercent, et sont constitutifs de leur organisation ; le jeu qui par voie de luttes et d'affrontements incessants les transforme, les renforce, les inverse ; les appuis que ces rapports de force trouvent les uns dans les autres, de manière à former une chaîne ou système, ou, au contraire, les décalages, les contradictions qui les isolent les uns des autres ; les stratégies enfin dans lesquelles ils prennent effet, dont le dessin général ou la cristallisation institutionnelle prennent corps dans les appareils étatiques, dans la formulation de la loi, dans les hégémonies sociales » (FOUCAULT, 1976, p.121)

Il semble effectivement que le pouvoir va bien au-delà, ou en deçà des rapports entre des responsables politiques et institutionnels et des acteurs isolés et soumis. Les rapports de pouvoir se lisent aussi entre chacun, et avant tout entre les médecins de notre quartier. C'est comme cela que l'on peut lire les propos de Jacques E. à une autre consœur. Il se demandait ce « que je chercherais » avec toutes mes questions. Et on retrouvera cette méfiance en entretien avec aussi une pointe d'ironie un peu rabaisante : « en gros, votre histoire de vaccination contre la HBV, c'est le dernier truc à la mode ». Nous voyons aussi ces mécanismes de tension par exemple dans les propos du Dr M. qui ne veut pas participer aux rencontres que nous lui proposons car il ne veut plus s'acoquiner avec des projets locaux ayant de mauvais souvenirs d'un enrôlement un peu autoritaire sur d'autres thématiques et par le passé avec le Dr N. Le pouvoir semble effectivement partout comme le soutien Michel FOUCAULT.

« Omniprésence du pouvoir, non point parce qu'il aurait un privilège de tout regrouper sous son invincible unité, mais parce qu'il se produit à chaque instant, en tout point, ou plutôt dans toute relation d'un point à un autre. Le pouvoir est partout ; ce n'est pas qu'il englobe tout, c'est qu'il vient de partout. Et « le » pouvoir dans ce qu'il a de permanent, de répétitif, d'inerte, d'autoreproducteur, n'est que l'effet d'ensemble, qui se dessine à partir de toutes ces mobilités, l'enchaînement qui prend appui sur chacune d'elles et cherche en retour à les fixer. Il faut sans doute être nominaliste : le pouvoir, ce n'est pas une institution, et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom que l'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée. [...]

En suivant cette ligne, on pourrait avancer un certain nombre de propositions :

- Que le pouvoir n'est pas quelque chose qui s'acquiert, s'arrache ou se partage, quelque chose qu'on garde ou qu'on laisse échapper ; le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables, et dans le jeu des relations inégalitaires et mobiles ;

- Que les relations de pouvoir ne sont pas en position d'extériorité à l'égard d'autres types de rapports (processus économiques, rapports de connaissance, relations sexuelles), mais qu'elles leur sont immanentes, elles sont les effets immédiats des partages, inégalités et déséquilibres qui s'y produisent, et elles sont réciproquement les conditions internes de ces différenciations ; les relations de pouvoir ne sont pas en position de superstructure, avec un simple rôle de prohibitions ou de reconductions ; elles ont, là où elles jouent, un rôle directement producteur [...] » (FOUCAULT, 1976, p.121).

Les relations de pouvoir ont donc un rôle directement producteur, et directement producteur de vérité. La compréhension de cette dimension-là dans notre travail est majeure. Il n'est plus question de distinguer ceux qui savent, de ceux qui ont l'expérience, ou de ceux qui ont la responsabilité, ou encore de ceux qui représentent l'Institution. Yves U. expliquait la difficulté d'être jeune clinicien aux méthodes fraîches face aux anciens, à l'autorité du chef de service basant son discours sur l'expérience passée. Il s'agit davantage de comprendre comment le jeune sachant et le vieux expérimenté vont s'influencer l'un l'autre dans des positions qui leur seraient spécifiques. Il s'agit d'étudier les « rapports de connaissance » de FOUCAULT où à l'intérieur de chacun, dans le savoir et la vérité qu'il se construit, s'insinue le pouvoir. Et ce n'est pas là un processus anecdotique qui ne concernerait que certains plus attirés que d'autres par un jeu de domination, mais bien d'un effet permanent et omniprésent dans chaque relation humaine, à l'occasion de chaque rencontre entre deux individus. Le pouvoir doit se lire aussi par le bas, et non plus comme une contrainte extérieure qui tombe par le haut, d'une organisation supérieure qui dominerait les individus. Le pouvoir ainsi pensé est le processus qui concerne de façon fondamentale « l'ordre des hommes » (ADELL, 2011,

p.203), la mise en ordre de l'un par rapport à l'autre. Et nous voyons dans *ce petit monde des pentes*, ce processus s'ajuster avec « l'ordre des choses », l'ordre intellectuel, le savoir, pour au final travailler à la vérité qui se construit. Ainsi, le médecin, objet de notre recherche, est autant objet de savoir que lieu de pouvoir. Mais le pouvoir n'est plus ici celui qui domine ou qui détruit, mais aussi celui qui s'applique à contrôler la vie. Il est chez le médecin homéopathe, chez le médecin traitant et chez le médecin chercheur universitaire, la même volonté de savoir et la même volonté de contrôler le vivant. Mais ce mouvement n'est évidemment pas que tranquille. Il est un jeu politique, comme une guerre sans armes. Chaque vérité tend à assujettir ou disqualifier l'autre vérité. Chacun tend à définir la voie, où les autres doivent selon lui être conduits. C'est aussi l'objet de la pédagogie, dont on suppose que l'étymologie provient du grec "pedein" (enfant) et "agô" (élever, conduire), soit montrer le chemin à celui qui apprend.

Savoir mettre de l'ordre

Construire sa vérité, acquérir son savoir est donc avant tout une mise en ordre du monde. Et cette vérité que les médecins présentent dans leur environnement de quartier se pose très vite en rapport de pouvoir dans le réseau local. Ce type de rapport au monde est bien décrit par Georges GUSDORF dans son ouvrage *les sciences humaines et la pensée occidentale* : « le savoir correspond à l'une des formes privilégiées du rapport de l'homme avec le monde. Le but poursuivi est le déchiffrement du monde mais le déchiffrement est aussi ordonnancement... Le savoir du monde sous toutes ses formes, est une prise de possession du monde. » (GUSDORF, 1966, p.233). Il s'agit non seulement de "prendre" le monde mais aussi de le simplifier. Claude LEVI-STRAUSS avance dans ce sens que tout savoir nécessite une réduction de la réalité environnante et pas seulement son découpage. Et cette réduction qui simplifie est la condition sine qua non pour la rendre pensable. « Il faut appauvrir le monde pour le connaître » (*Id*, 346p.). Le médecin va ainsi construire sa vérité pour mettre en ordre le vivant en le simplifiant.

Il est une mise en ordre de la nature pour laquelle chacun va construire sa vérité. Cette simplification du vivant pour mieux l'appréhender se retrouve dans les nombreuses démarches étiologiques. Cette volonté de mettre de l'ordre en se construisant sa vérité est à l'origine de beaucoup de récits et théories qui cherchent à expliquer la raison d'être des

maladies, de comment les éviter, de comment soulager la souffrance, garder un corps en bonne santé. Plusieurs confrères ont évoqué ces récits d'origine, ces théories étiologiques. Karl W. et Laure L. nous ont expliqué les mécanismes de l'homéopathie et les découvertes de son fondateur, le Dr HAHNEMANN. Le Dr Lilian S. nous a expliqué comment des maladies comme le sida ont émergé et se sont développées. Le Dr Xavier K. nous a présenté comment les maladies émergent par rapport au contexte de travail. Le Dr Yves U. nous a montré comment les maladies ne se soigneront à l'avenir non plus par les antibiotiques mais par la vaccination. Le Dr Juliette U. nous a présenté que les pratiques de la mouvance bio pouvaient aussi faire resurgir des maladies comme la douve du foie. Ces positionnements étiologiques sont le lieu d'exercice du savoir et de la pensée car ils postulent que chaque fait constaté peut faire l'objet d'une explication. « Le raisonnement étiologique invite à penser le monde où tout a un sens, un monde sans reste inexplicable [...]. Rien n'échappe au savoir qui, là, plus qu'ailleurs, se montre maître de l'ordre. En ce sens, la démarche étiologique est du même ordre que la démarche scientifique : expliquer est leur objet commun (ADELL, 2011, p.224). Cela n'empêche pas là encore la possibilité d'une place à l'incertitude. Mais celle-ci vient alors renforcer la théorie étiologique par l'ouverture d'esprit et de la pensée dont elle témoigne. Ainsi, le Dr Laure L. reconnaît ne pas savoir comment marche l'homéopathie ce qui ne l'empêche pas de constater son efficacité. Dans le même sens, Xavier K. explique que l'action de l'ostéopathie est aujourd'hui inexplicée même si elle identifie la cause d'un trouble et apporte cliniquement une solution. Le discours étiologique est ici comme une oscillation entre un discours mythique et un discours scientifique. Il produit du sens. Il s'attache peut-être moins que la science ou le mythe à la recherche des causes auxquelles on a envie de croire. Il révèle non pas des métasystèmes mais ordonne le minuscule, l'estomac qui se dénoue, l'allergie qui s'apaise, la douleur qui s'estompe. La place de l'homme dans le monde et l'ordre de la nature s'entrecroisent ainsi dans le corps.

« Il [Le corps] est un bon poste pour observer l'exigence de sens et la mise en ordre des choses aussi bien dans le monde humain que non humain, ce sont probablement ces récits qui expliquent l'origine des maladies. Il semble en effet que le sens et l'ordre soient convoqués avec plus d'urgence quand la santé des individus est mise à mal. C'est sans doute qu'il s'agit ici du signe le plus évident et le plus immédiat d'un désordre auquel il faut remédier. Aussi, y a-t-il une très grande richesse de récits étiologiques concernant les maladies dans de nombreuses sociétés. La nôtre n'est pas étrangère à ce phénomène, elle qui a vu maintenir, et sans doute se complexifier et s'accroître, le recours à des médecines dites « traditionnelles », « énergétiques », tandis que le champ de la biomédecine (comme certains qualifient désormais la médecine de nos universités) continue de

faire des découvertes et d'augmenter les performances de ses remèdes. La part d'incertitude et d'imprévisibilité qui existe en ce domaine (malgré nos précautions, on tombe malade ; parfois « ça passe tout seul », etc...) est éprouvée avec la plus grande intensité, intensité qui suscite, parallèlement au processus de soin, la sécurité d'une raison et la production d'un sens » (ADELL, 2011, p.227).

Il est des ordres humains pour organiser les groupes entre eux. Nous pouvons ainsi situer le généraliste par rapport au spécialiste et le spécialiste par rapport à la communauté savante. Le spécialiste et chercheur en médecine produit un savoir dans son service ou son laboratoire. Le généraliste apprend ce savoir du spécialiste comme en ont témoigné la plus part de ceux que nous avons rencontrés (même si la médecine générale devient spécialité). La société savante va elle se situer à un niveau de validation de savoir, comme la décrit Hervé K. : la société savante d'infections osseuses qui par le biais de communications issues de conférences de consensus entre spécialistes définit et règle les enjeux de ses propres affirmations. Il se produit un processus d'intellectualisation des savoirs à partir de ce que Christian JACOB (2007) appelle la « scène primitive des savoirs » et sur laquelle il formule une série de questions dans son ouvrage *le cercle et la lignée*. Le Dr HAHNEMANN était peut-être pour les homéopathes cette sorte de point de départ plus ou moins imaginaire par lequel naît un concept par la réalité des contingences, par les accidents historiques, qui vont finalement contribuer à la généralisation d'une observation. Il illustre en tout cas nettement cet effort pour s'extraire finalement de la réalité et construire sa vérité, comme une condition du savoir en général et du savoir scientifique en particulier.

« Comment un humain en vint-il à déployer un espace de pensée, de parole et d'action particulier, qui le conduit à concevoir et à formuler des énoncés investis d'un sens nouveau, à pratiquer des gestes d'une efficacité inédite, à introduire de l'intelligibilité ou du mystère dans le monde visible et invisible, à tenter de maîtriser l'aléatoire des phénomènes par des principes d'anticipation ou d'explication, à agir sur le cours des choses, sur la matière vivante ou inerte par une parole et des opérations spécifiques, par des médiations techniques ou symboliques ? Comment cet individu lesta-t-il ses gestes, ses paroles d'autorité et de persuasion, comment imposa-t-il à ses semblables la reconnaissance de son savoir et des pouvoirs qui lui étaient liés ? Comment ce savoir, ensuite, parvient-il à s'objectiver, en se dissociant de la personne qui l'avait produit pour devenir une forme de pensée, un savoir-faire, une compétence, un ensemble d'énoncés prescriptifs ou spéculatifs que d'autres purent acquérir et pratiquer à leur tour ? » (JACOB, 2007, p125)

Cette extraction de réalité dont HAHNEMANN a fait l'effort, tout comme Claude BERNARD par le biais de la mise au point d'une expérimentation visant à soumettre les connaissances de l'expérience à la vérification, conduit à institutionnaliser la vérité ainsi construite. Les corps professionnels se constituent : homéopathes, ostéopathes, chercheurs en médecine, médecins généralistes avec pour ces derniers, leur toute nouvelle chaire universitaire. La médecine générale n'aura pas résisté longtemps à ce besoin de se regarder comme communauté savante en devenant officiellement une spécialité en 2004 (BLOY, 2008). Et c'est seulement une fois émergée en institution, que se développe péniblement la "recherche en médecine générale". Cette naissance appelle à reconnaître des normes, un ensemble de connaissances médicales considérées comme valides, des pratiques universitaires, des lieux d'enseignements. Et c'est seulement alors que "la capacité savante" de la médecine générale pourrait être davantage reconnue, comme si le savoir médical au préalable maîtrisé et disponible n'était pas suffisant.

« Il est certain que l'un des ressorts de ce processus (mais ce n'est peut-être pas le seul) réside dans le fait que, dans la modernité occidentale, les jeux de pouvoir se sont à ce point immiscés dans l'ensemble des relations sociales que, progressivement, la forme ordinaire du pouvoir moderne qu'est l'institution est devenue la forme « naturelle » (elle n'était auparavant qu'une forme possible parmi d'autres) du développement de l'essentiel de nos actions sociales, en particulier celles concernant la production et la transmission des savoirs. De là, le modèle de l'organisation politique (avec son système organisé, sa bureaucratie, sa hiérarchie, etc.) a pu fournir à l'organisation savante ses cadres. Si, dans nos sociétés, le savoir et le pouvoir se soutiennent si bien, et sans doute de mieux en mieux, comme on l'a indiqué plus haut, c'est qu'ils partagent une formule organisationnelle identique, une logique infrastructurelle élaborée sur le même modèle, facilitant la conversion ou la traduction d'une logique dans l'autre ; Ce n'est dès lors pas tellement d'un point de vue idéologique que toute science est politique, mais d'une manière plus « organique » (ADELL, 2011, p.240).

Nous retrouvons cette dimension organique de "la science-politique" notamment dans l'ouvrage intitulé *le dernier langage de la médecine, histoire de l'immunologie de Pasteur au sida* d'Anne-Marie MOULIN. Elle présente le système immunitaire comme la projection dans l'avenir de l'union entre vérité et efficacité au sein de la science (MOULIN, 1991, p.364). Le lymphocyte, son acteur central, est capable ainsi de défendre l'organisme contre des agents pathogènes, surveiller la prolifération des cancers, maintenir l'intégralité de notre organisme. Il serait même "intelligent" comme semblaient le dire les thérapeutes alternatifs. Il est, pour Anne-Marie MOULIN, un « transcendantal » car il conditionne la possibilité

d'expériences multiples. « Mais il est en même temps idéal provisoirement transcendant, fait pour ranimer la confiance en l'immunologie quand elle faiblit. C'est un thème de propagande qui relaie opportunément de parfois trop maigres résultats ». (*Id*, p. 364). Cette dimension de propagande était d'ailleurs la théorie de Wilfrid D. quand il dénonçait la campagne de vaccination de 1993 contre le HBV qui a conduit selon lui à près de 27 millions de personnes vaccinées en manipulant, toujours selon ses dires, l'opinion publique et les médecins sur les dangers de l'hépatite B que l'on ignorait d'ailleurs en partie à cette époque. Pour Wilfrid, il fallait faire peur.

Le système immunitaire est donc une très bonne illustration de la contiguïté ou même de la similitude entre les jeux de science et les jeux de pouvoir : « Il est à la fois connu et connaissant, un système au sens à la fois expérimental et métaphysique du terme » (*Idib*, p. 376).

« Cette approche permet d'intégrer des faits d'observation médicaux qui ne s'expriment pas facilement dans le contexte scientifique officiel et conviennent plutôt à des discours sur l'interaction de l'âme et du corps, suivant la gamme qui s'étend de la psychanalyse à toutes les formes de la médecine psychosomatique, y compris les médecines étrangères, ayurvédique, chinoise..., opposées au réductionnisme intempérant de la médecine occidentale. Cette vision grandiose d'un seul système intégrant des régulations nerveuses, endocriniennes, immunitaires dans tous les azimuts, serait la réalisation du grand tout et donnerait en même temps la clé de l'individualité malade, objet traditionnel de la médecine. Cette vision futuriste est bienvenue chez les médecins enclins à considérer que la maladie est non seulement l'affaire et parfois la responsabilité de l'homme, mais aussi que la grandeur de l'homme est d'être lui-même jusque dans ses maladies comme dans ses rêves. (MOULIN, 1991, p. 420-421)

« Mais surtout le système immunitaire est l'assurance d'une retranscription de la science biologique dans une structure signifiante pour le médecin. Le système immunitaire est une nouvelle construction du corps humain individuel et collectif. Il esquisse un retour en arrière sur ce qui semblait l'axe irréversible de l'expropriation du « corps propre » selon le terme de Merleau-Ponty ». (Id, p. 424)

Les médecins ont donc sû mettre de l'ordre par le système immunitaire dans le grand désordre des phénomènes humains observés. Ils deviennent ainsi par la voie de la science comme par celle des approches alternatives, les experts et les soigneurs d'un système sans équivalent. Ils sont en effet de nouveau au centre d'une connaissance totale sur l'individu dans son unicité, son "soi" face au "non soi". Cette notion fait aussi l'unanimité chez les médecins et les immunologistes car offre un langage, « dernier langage de la médecine » évoqué par Anne-Marie MOULIN (1991).

Construire la vérité dans le langage et l'écriture

Cette expression de « dernier langage de la médecine » d'Anne-Marie MOULIN fait écho à l'expression de Michel FOUCAULT, « aller à travers le langage, jusque vers le lieu où les choses et les mots se nouent » (1983) citée dans le chapitre III sur la méthodologie. La vérité se construit donc aussi et surtout dans le langage, dans le *dire*. Pour l'anthropologue américain Edward SAPIR, deux langues ne sont jamais suffisamment similaires pour qu'elles soient capables de représenter exactement la même réalité. Il soutient que les représentations mentales dépendent des catégories linguistiques, autrement dit que la façon dont on perçoit le monde dépend du langage (SAPIR, 1949, p.162). Nous avons eu cette impression en entendant Xavier K. expliquer le principe de l'ostéopathie basé notamment sur ce qu'il appelle l'écoute des tissus. Lorsque je racontais cela à Yves U., infectiologue hospitalier, il a sourit un peu moqueur : « moi, j'ai beau les écouter, je ne les entends pas les tissus... ». Probablement que ces deux là parlent deux langues différentes, qui parlent des mêmes corps, mais les corps sont du coup perçus bien différemment. C'est un peu comme une sorte de relativisme culturel appliqué au *parlé*. Le langage détermine la pensée. Cette hypothèse fut défendue de façon radicale par l'élève de SAPIR, Benjamin Lee WHORF formulant une vision générale du rôle du langage dans la pensée : la langue esquimaude par exemple qui disposerait selon lui, de trois mots pour désigner la neige là où l'anglais n'en aurait qu'un seul (snow) si bien que pour un esquimau, ce terme générique (snow) serait pratiquement impensable. Le découpage que nous réalisons de la nature pour l'organiser en concept, comme le système immunitaire par exemple, est de fait une attribution de signification en vertu des conventions que détermine notre vision du monde. Et ces conventions sont reconnues par la communauté linguistique à laquelle nous appartenons et codifiées par le modèle de notre langue. « Il s'agit bien entendu d'une convention non formulée, de caractère implicite, mais elle constitue une obligation absolue. Nous ne sommes à même de parler qu'à la condition expresse de souscrire à l'organisation et à la classification des données, telles qu'elles ont été élaborées par convention tacite » (WHORF, [1956]1969, p.129). L'hypothèse de SAPIR-WHORF souligne l'étroitesse entre la langue et la pensée, entre la langue et nos vérités en construction. Michel FOUCAULT avançait dans ce sens que : « c'est par les mêmes procédés qu'on apprend à parler et qu'on découvre ou les principes du système du monde ou ceux des opérations de l'esprit humain » (1966, p.101). Et l'auteur de résumer : « savoir, c'est parler ». Finalement construire la vérité aussi, c'est parler. Et une science est avant tout une langue bien tournée.

La vérité se construit donc dans le langage et au final dans et par l'écrit. L'écriture d'ouvrages, les articles scientifiques, les thèses des internes en médecine de Hervé K. impactent nécessairement la vérité qui se construit sans se limiter à en être le reflet ou la transcription. Et il est dans le monde que nous explorons, par ce travail, des sociétés de médecins à écriture (les sociétés savantes, les mangeurs de revues de FMC, les rédacteurs d'articles en CHU), et d'autres sans écritures comme certains praticiens dans une démarche plus alternative à la tyrannie de la publication. Mais il serait certainement excessif de distinguer tel et tel groupe de médecins en fonction de l'usage ou non de l'écrit, tant cohabitent dans les fonctionnements professionnels aujourd'hui chez chacun autant l'oralité que l'écriture. Comme l'avance l'anthropologue britannique Jack GOODY, c'est davantage le contraste qui existe entre pensée orale et pensée écrite qu'il est plus pertinent d'étudier (1979 [1977], p.86). Nous pouvons considérer que comme le *dire* fait quelque chose à la pensée, l'écrire en fait de même et l'on peut s'interroger sur comment se fait cette accumulation, ce stockage de savoir de ce que les médecins désignent comme la science. Ainsi, dans son ouvrage *La raison graphique, la domestication de la pensée sauvage*, Jack GOODY pose la question : « Qu'est-ce que la culture, après tout, sinon une série d'actes de communication ? » (*id*, p.87). En observant ce qu'il nomme « les progrès de la connaissance », à savoir l'évolution de ce qui est contenu dans les stocks de sciences, l'auteur ambitionne de montrer qu'ils correspondent très souvent à des variations de modes de communication. Les grandes étapes du développement scientifique correspondraient à des progrès des modes de communication comme la naissance de l'écriture en Mésopotamie, l'alphabet en Grèce ancienne, l'imprimerie en Europe occidentale et bien sûr l'internet comme l'ajoute à bien juste titre Nicolas ADELL (2011, p.267). La fixation du savoir dans l'écrit est un des mécanismes prépondérants de la construction de nos vérités, comme un ciment qui fait que ce qui est dessus aurait grand mal à se passer de ce qui est celé dessous. Presque la totalité des médecins que nous avons rencontrés construisent leur discours sur la réalité par l'agencement en avant, ou en retrait, de textes issus de la littérature qui se qualifient de scientifiques, ou d'écrits alternatifs, chacun véhiculé autant dans le papier que dans le format informatique d'internet. La construction de la vérité est encore une construction en confrontation à l'orthodoxie de l'écriture, écriture qui fait tradition pour la profession. Les évolutions de l'écrit ne contribuent donc pas simplement à remplir plus ou moins vite nos stocks de connaissances, elles changent, selon GOODY, profondément notre pensée en la domestiquant. L'écrit en médecine est aussi un instrument de domestication de la pensée du médecin, à l'image des tableaux, graphiques, courbes de cinétique des immunoglobulines

dans les ouvrages d'immunologie qui semblent avoir marqué la plupart des confrères (ANNEXE 4), comme des instruments de dressage un peu sadique, si l'on s'amuse à emmener trop loin la comparaison. David OLSON s'interroge à la suite sur « comment la structure même du savoir a été modifiée par la manière dont on s'est efforcé de représenter le monde sur le papier » (OLSON, 1998, p. 12). Le dictionnaire Vidal depuis le début du siècle organise par exemple la façon de penser le médicament dans un ordre sacro-saint : présentation du produit, composition, indication, contre-indication, posologie, mode d'administration, effets secondaires, précaution d'emploi. Il en est de même pour la structure traditionnelle des articles scientifiques et notamment de leur référence bibliographique. Un professeur de médecine confiait à ses étudiants qu'il jugeait la qualité d'un article scientifique à la façon de l'auteur de citer ses références selon les normes en vigueur.

Ainsi, la littérature est omniprésente en médecine, et au-delà en sciences. Bruno LATOUR dans son observation d'un laboratoire l'avait fort bien décrit en qualifiant le scientifique d'écrivain, en restant anthropologiquement vigilant devant les faits.

« En outre, l'anthropologie se sent rassérénée dans sa volonté de maintenir sa perspective anthropologique face au charme trompeur de ses interlocuteurs, qui se présentent d'abord comme des scientifiques découvreurs de faits ; l'anthropologie soutient opiniâtrement qu'ils sont des écrivains et des lecteurs qui cherchent à se convaincre et à convaincre les autres. Si au début, ce point de vue semblait stérile sinon même absurde, il apparaît désormais aussi bien plus raisonnable. Car il s'agit bien pour les acteurs de convaincre le lecteur d'articles, d'accepter leurs énoncés comme des faits. [...] Par son obstination imperturbable, notre observateur anthropologue a résisté à la tentation de se laisser convaincre par les faits ». (LATOUR, 1988, p.88)

Comme le montre l'auteur, ce qui sépare finalement le médecin comme le scientifique du chaos, « c'est un mur d'archives, d'étiquettes, de livres, de protocoles, de chiffres, d'articles » (*id*, p.265). Et cette masse d'écrits, ces traces qui se conservent, procurent le moyen de créer davantage d'ordre face au désordre, de se confectionner nos vérités, de nous choisir du sens.

Construire la vérité pour donner du sens à l'existence

Pourquoi donc au final tout cet effort pour construire des vérités et se définir soi-même, son identité, avec ou contre les autres par des jeux de pouvoir, dans le cadre imposé par le langage, si ce n'est pour donner du sens à notre existence, pour trouver ce qui sera utile pour nous garder du chaos. Henri BERGSON (1924) avançait déjà cette idée au début du XX^{ème} siècle : nous ne percevons que le nécessaire, et nous établissons des découpages du réel uniquement là où ils nous sont utiles. L'utilité n'est pas entendue ici comme la logique qui cherche à atteindre des objectifs médicaux préidentifiés, mais comme une utilité signifiante. Pour Raymond MASSE, il faut donc redéfinir le savoir, d'abord comme processus de création de sens dépassant la simple somme de connaissances, « processus de signification englobant des entreprises d'interprétation et d'explication de la maladie ». La logique est alors à trouver au cœur de ce processus et non dans un savoir défini comme produit de ce processus (MASSE, 1997). Construire sa vérité est finalement, on y revient décidément toujours, un processus de bricolage, bricolage d'interprétations et d'explications dans le sens, pour le sens. En fait, l'anthropologie ne peut plus se limiter à statuer sur « la » logique des vérités des médecins. Elle doit se confronter au phénomène de cohabitations de diverses formes et niveaux de logiques (de conformité sociale et d'identité, de référence et de pouvoir, etc...) chez un même individu. « Ce savoir de sens commun délaisse volontiers la quête d'une causalité linéaire cause-effet pour s'accommoder d'une causalité circulaire qui intègre dans une spirale de relations les causes, les circonstances, les contextes, les expressions symptomatologiques et les effets de la maladie » (MASSE 1997). Nous nous étions conviés à une analyse des conditions psycho-socio-politiques définissant des modèles de construction de la vérité. Mais celle que le médecin construit ne peut être autre qu'une logique de production de vérités hybrides.

Nous concevons ainsi en cette fin de la 4^{ème} partie de notre thèse que deux médecins auront toujours "des besoins d'utile" différents et donc ils percevront toujours différemment le réel en fonction des objets et de toutes choses qui leur seront nécessaires pour *être* au mieux. Et cela même s'ils ont une formation commune, une appartenance commune, un pan de langage commun. Pour BERGSON, seul l'art permet de produire un savoir véritablement désintéressé sur le monde (1924, p.66-68). Et le médecin n'est donc malheureusement pas un artiste, même si plusieurs le revendiquent. Mais il est un rêveur. Dans la conclusion du

colloque de l'AMADES à Brest en 2012, Anne-Marie MOULIN disait que la recherche et l'innovation technique médicale cristallisent un imaginaire toujours en action, celui du rêve de la panacée. Et il est bon pour le sens de rêver à cette panacée qui sauvera le monde, qui permettra à Yves U. de tous nous protéger contre les bactéries mortelles autant qu'à Juliette U. de protéger les Africains de leurs dures réalités de santé.

5^{ème} partie : le rapport à la réalité biologique des médecins

Il nous faut maintenant, enfin, emmener le lecteur au cœur de notre travail de recherche. Nous venons d'en présenter les contours. Le rapport que le soignant construit avec la réalité du vivant s'inscrit dans un contexte plus large où se font les vérités des uns et se défont les vérités des autres, par la construction des identités et par les jeux de pouvoirs, par la contrainte de notre langage et notre besoin irrépessible de chercher du sens. De cette grande histoire, nous devons nous focaliser sur une histoire plus étroite, plus précise, comme si nous décidions de scruter la seule charnière du livre. Nous pouvons facilement postuler que la réalité du vivant, par exemple celle du virus de l'hépatite B dans le corps d'un homme, existe effectivement. Comment donc le médecin va-t-il procéder pour connaître, se mettre en lien avec cette réalité là ? Comment va-t-il penser son rapport à cette réalité ? Comment va-t-il construire cette relation là dans sa pratique quotidienne et dans sa vie de tous les jours ? Poursuivons donc notre visite *des pentes* et rencontrons encore les médecins du quartier afin d'entendre ce qu'ils ont à nous dire et viser à comprendre.



Photo 24 : le stéthoscope

CHAPITRE X : Que nous disent les médecins des pentes de leur rapport à la réalité ?

Les médecins généralistes

« JF : Comment vois-tu ton lien avec la réalité biologique ?

JU : J'ai tendance à penser que la réalité biologique, on s'en approche le plus grâce aux études scientifiques qui nous expliquent comment la réalité biologique fonctionne. Certes on ne connaît pas tout sur tout, il y a une part que l'on n'explique pas, il y a une part que l'on ne connaît pas et qu'on ne connaîtra jamais d'ailleurs... Mais pour moi, ce sont les preuves les plus tangibles en fait... Donc du coup, je base mon raisonnement sur ça. Mais c'est probablement aussi du fait que mon caractère fait que je suis assez cartésienne.

JF : Comment tu es en lien avec ces études scientifiques ?

JU : Je cherche dans la littérature. Pour moi, c'est la littérature... enfin, les choses publiées avec les biais de la publication dont je suis consciente certes... Si je me pose une question sur un phénomène biologique, je vais aller chercher dans la littérature ce qui me pose question. Je peux aller chercher plus que la littérature quand il n'y a pas grand-chose sur le sujet. Par exemple sur le diabète dans les pays du sud, une de mes premières démarches a été de faire une recherche biblio puis comme j'ai vu qu'il y a beaucoup de choses qui ne sont pas claires et aussi pas beaucoup de choses publiées sur la prise en charge du diabète dans les pays du sud, mon réflexe a été de chercher localement d'autres acteurs qui auraient une expérience de terrain et qui peuvent aussi donner leur avis dans ce cas-là, car je me suis dit, c'est vrai que dans ce cas-là, la littérature ne connaît pas tout sur la question.

JF : Donc, tu accordes plus à l'expérience des autres ?

JU : Je veux dire que j'aurais plus confiance d'abord dans les recherches scientifiques. Ce que je veux dire, c'est que lorsqu'un médecin généraliste me dit : « mon expérience à moi c'est ça et donc c'est la vérité absolue », je ne suis pas d'accord ! Voilà ! (rires)

JF : Tu as déjà entendu ça ?

JU : Oui, (rires)... Enfin, non... pas à ce point-là ! (rires)

JF : Par tes maîtres de stage ?

JU : Oui ! (rires)... Non, enfin, ils ne disent pas que c'est la vérité absolue, mais ils disent, "moi je fais ça depuis 30 ans comme ça. Ce que les recommandations internationales disent, c'est faux, moi mon expérience c'est ça !". Dans ce cas là je ne suis pas d'accord. Je me dis que l'expérience d'une seule personne qui est quand même très orientée par son feeling, son machin, ce n'est pas forcément ce qu'il y a de mieux pour tous les patients du monde qui ont cette condition là. Donc oui pour l'expérience des autres, mais pour moi, l'avis d'expert a un niveau de preuve inférieur à des recommandations de grade A parce que c'est basé sur toutes les preuves scientifiques développées par les recherches. Après, quand on n'a pas les recommandations de grade A, on se base sur les avis d'experts.

JF : Qu'appelles tu l'avis d'expert ?

JU : Des gens qui sont spécialisés, qui ont leur propre expérience personnelle, qui se mettent ensemble, et qui du coup émettent un avis...

JF : Des conférences de consensus ?

JU : Les conférences de consensus à mon avis c'est plus que ça, car elles font toute une revue de la littérature sur les questions qu'elles traitent. Ils vont les classer en fonction du grade ABC, du niveau de preuve de la littérature. Et ensuite de l'avis d'expert, c'est le dernier grade, le plus bas, quand il n'y pas les autres niveaux. En tout cas c'est comme ça dans mes souvenirs...

Quand on n' a pas d'autre preuve, on ne peut se baser sur autre chose que cet avis d'expert donc on le fait, mais quand on a d'autres preuves, j'aurais tendance à me dire et c'est peut-être un peu extrémiste, que quand on a d'autres preuves vraiment tangibles, il vaut mieux s'y baser. Je ne remets pas en cause l'expérience d'un médecin, qui est hyper importante, mais qui me gênait quand elle passait au dessus des dernières preuves, comme les personnes qui prescrivent les mêmes choses depuis 30 ans parce qu'ils pensent que c'est bon pour leurs patients. » (Juliette U., janvier 2012)

La retranscription de cet échange avec Juliette, médecin généraliste investie en santé publique, dans la véranda du café du Chantecler nous offre de mettre en avant les grandes lignes qui semblent constituer la façon dont les médecins pensent leur rapport à la réalité du vivant. La question de la science et des études scientifiques arrive bien justement en tête d'entretien. Juliette elle, y voit un repère, une amarre pour éviter la dérive. Et c'est la question de l'expérience qui talonne de près, dans cet extrait, la science, jugée ici moins fiable et source de confusion. Entre les deux se trouve l'expert, pas du niveau du grade A, mais pas vraiment dégradé complètement : il est médiateur.

Mise en lien avec le réel par la science

Une réalité biologique pensée comme accessible par la science

C'est autour de la table d'un restaurant du *quai de la pêcherie*, à deux pas des bouquinistes, dans la chaleur de l'été 2012, qu'Olivier Z., le confrère généraliste du *quai Saint Vincent*, évoque son « accès » aux données scientifiques. Il parle justement des livres, notamment des livres de références en infectiologie. Il se souvient avoir « bien potassé le gros bouquin de médecine tropicale de Marc GENTILINI », à l'époque où il se sentait selon ses mots, encore concerné par toutes ces questions. Olivier lit aussi les revues classiques des médecins généralistes, mais de façon moins assidue depuis 4 ou 5 ans. Sa lecture est

aujourd'hui un peu plus « survolée ». Il a de toute façon l'impression que l'on « ronronne » encore aujourd'hui sur le même type de réflexion qu'hier. Dans ces sources là, il ne lit que ce qui lui semble sortir d' « études sérieuses », avec de bonnes références. Mais il explique qu'il ne passe pas pour autant son temps « à faire de la recherche scientifique ». Il a simplement confiance dans le titre de celui qui publie. Quand je lui demande comment il identifie le côté sérieux des études, il dit que son premier critère est celui de « l'étude scientifique scientifiquement menée », c'est-à-dire d'une constitution de cohortes suffisantes, de "doubles aveugles" si possible, des contrôles effectués sur la méthodologie qui les définissent comme scientifiquement recevables. Il poursuit en disant qu'évidemment, tout cela n'est pas marqué en bas de chaque étude, que souvent il ne connaît pas toutes ces données, mais il fait confiance. Il dit toujours trouver un petit alinéa du genre « étude publiée dans le *Lancet* ». Il sait que le *Lancet* fait attention à ce qu'il publie : « c'est une tendance comme ça ». C'est pour cela poursuit-il qu'il récuse l'homéopathie qui n'est jamais soumise aux études en double aveugle. Il attend donc ces études pour changer son point de vue. Il conclue disant que si l'homéopathie est un placebo, il trouve « un peu grave » que les chômeurs paient dans leurs cotisations sociales du placebo.

Ainsi pour Olivier Z., tout comme pour Juliette U., c'est avant tout les données de la science qui permettent d'accéder à la réalité de la maladie et à l'impact des thérapeutiques. Mathilde Z., généraliste *rue des pierres plantées*, en haut de *la grande côte*, va en partie dans le même sens. Elle évoque la première réunion sur le projet de promotion de la vaccination contre le VHB dans le quartier avec le Dr Paul G., hépatologue à l'hôpital de la Croix-Rousse. Elle dit avoir pris conscience de la gravité de la maladie par la comparaison des chiffres des études de mortalité entre le VIH et le VHB. Les chiffres l'ont « marquée ». Elle dit avoir compris l'ampleur du problème du VHB aussi par la présence de l'hépatologue, qui lui, contrairement à elle « a vu » bon nombre d'hépatites chroniques, comme une « réalité concrète ». Elle finit en disant : « ce sont des chiffres ou des études qui peuvent me parler ».

Cette capacité d'accéder à la réalité du vivant par la méthode scientifique est aussi décrite par Wilfrid D., notre confrère et philosophe qui a d'ailleurs écrit un papier sur ce thème intitulé *l'EBM et la légitimité du pouvoir de guérir* :

« On voit là le premier impératif pour la médecine scientifique d'établir la vérité face au risque de charlatanisme, et de distinguer les vrais remèdes des faux. [...] Ainsi, l'avènement des essais cliniques randomisés (ECR) va modifier le rapport des forces : pour être légitime, une thérapeutique doit désormais prouver son efficacité clinique, c'est-à-dire chez des malades, et non pas uniquement sur

des cellules, tissus ou sur l'animal. Pour les médicaments, ce n'est pas la pharmacologie seule qui légitime le pouvoir des médicaments mais bien la pharmacologie clinique. Le pouvoir de légitimer est donc remis aux mains des médecins avec l'aide des statisticiens certes, mais dans tous les cas il n'est plus entre les mains des sciences de laboratoire. [...] La médecine s'est dotée d'un outil capable de tester les hypothèses issues des sciences fondamentales. »

« Pourquoi l'EBM est nécessaire ? [...] Elle propose une hiérarchisation des connaissances, ramenant la primauté d'une part clinique, et donc à la médecine et aux médecins, et d'autre part aux études expérimentales les plus rigoureuses. Pour cela le niveau de preuve va être indispensable pour déterminer la qualité méthodologique d'une étude. C'est ainsi que l'essai clinique randomisé contre placebo et en double-insu évaluant l'efficacité des traitements sur des critères cliniquement pertinents pour les patients et les méta-analyses de ces essais sont placés en haut de l'échelle. En dessous, on y trouve les études épidémiologiques et les études de cas ou avis d'expert, qui même s'ils ne sont pas écartés, sont à considérer avec prudence. Il s'agit effectivement d'un renversement : la science clinique étant considérée comme première. »

« L'ECR contre placebo en double-insu est nécessaire dans l'évaluation des thérapeutiques potentiellement iatrogènes. [...] Mais nous ne pouvons définir une thérapeutique uniquement par sa supériorité à un placebo au sein de l'ECR. [...] Nous pensons que la médecine soignante doit définir une thérapeutique par l'efficacité individuelle (amélioration clinique ou guérison) qu'elle procure et qui ne serait pas produite sans son utilisation, et ce, quelle que soit l'explication de cette efficacité. [...] La médecine ne peut se fonder uniquement sur les preuves du niveau exigé par l'EBM car elle s'amputerait alors elle-même de thérapeutiques potentiellement utiles. Ce n'est pas la recherche de la preuve qui légitime la thérapeutique, mais bien l'Homme malade qui l'appelle à son secours...» (BOUSSAGEON, 2011, p.33-46).

Ainsi, Wilfrid fait lui-même notre transition. Les études scientifiques et leurs outils statistiques sont nécessaires selon la plupart des médecins que nous avons rencontrés. Elles contribuent à plus de rigueur pour aborder au mieux la réalité. Mais le travail scientifique est aussi pensé en termes de limite. Wilfrid avance que *l'Evidence Based Médecine* ne peut remplacer la clinique, qu'il faut garder prudence dans son interprétation. L'EBM ne peut être le seul recours pour connaître. Il parle d'une nécessaire recontextualisation dans l'homme qui est malade et qui souffre.

La science est pensée aussi dans ses limites

Lors de notre rencontre à mon cabinet, rue de l'annonciade autour d'un sandwich, Marc F., le jeune collègue généraliste fraîchement installé sur *le boulevard de la Croix-Rousse*, évoque un peu découragé le sujet de la vaccination contre la méningite à méningocoque C : « C'est vrai que j'ai relu... (silence). Enfin, c'est pareil là aussi... On lit des choses... On ne sait pas trop... ». Marc réfléchit beaucoup à ce problème de la validité de ce qui est servi aux médecins généralistes dans les revues professionnelles et les formations. Nous avons évoqué dans la partie précédente, le récit qu'il nous a fait d'une formation hospitalière qui l'avait marqué. Après un déjeuner que nous avons partagé avec Mathilde, il m'avait bien gentiment fait suivre un mail daté du 20 janvier 2012, intitulé "troublant" en écrivant en en-tête : « Voici Jean, une correspondance entre médecins sur la vaccination. Cela peut t'intéresser ». Effectivement et à tel point que nous présentons au lecteur le contenu :

Le Dr X. écrit ce mail à un ensemble de collègues :

« On pense généralement, et intuitivement, que la mortalité infantile est liée au taux de la couverture vaccinale (tous vaccins confondus). C'est effectivement le cas, sauf qu'une récente étude dans 33 pays développés montre que la MORTALITÉ des enfants (entre 0 et 1 an) est DIRECTEMENT PROPORTIONNELLE au nombre de vaccins obligatoires et/ou recommandés ! (Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical or synergistic toxicity? Neil Z Miller and Gary S Goldman DOI: 10.1177/0960327111407644, in Hum Exp Toxicol published online 4 May 2011). Une version en ligne de cet article est disponible actuellement sur : <http://het.sagepub.com/content/early/2011/05/04/0960327111407644>). Ces résultats sont évidemment très troublants et s'inscrivent en faux contre le consensus en matière de vaccination. Bien que cette étude ne porte « que » sur la mortalité des enfants de 0 à 1 an, cette mortalité suppose des causes, notamment morbides ou accidentelles. Il faudrait donc conclure que le bénéfice retiré des vaccinations est largement amputé, voire inversé par la morbidité liée aux conséquences des vaccinations elles-mêmes. Cette morbidité dépasserait donc probablement très largement les seuls cas admis telles les réactions fébriles, les BCGites etc. pour inclure de vastes pans de tous les désordres immunitaires recensés, notamment chez les jeunes enfants ».

Et le Dr Y. répond ainsi au Dr X, juste 3 heures plus tard, toujours en copie de l'ensemble de la mailing liste d'environ une cinquantaine de noms.

« Tu sais que je ne suis pas de ceux qui gobent le discours provaccinal type pensée unique ambient contrairement au Ivan L. qui par sa fonction est obligé de prendre pour vraies les études biaisées des firmes pharmaceutiques. Donc je m'exprime ici librement sans aucun lien avec l'industrie du vaccin ne fusse qu'un stylo à bille. Je dois à l'honnêteté scientifique et aux lectures assidues (BEH , livres de Stat , blog de contestataires éclairés) de corriger ton trouble par la simple vue de la courbe produite. Je conteste les p : 0,0001 qui trainent à deux reprises sur le titre de la courbe en effet et un simple coup d'œil te montre que cette relation entre ces deux données est loin d'être

significative. Le vrai chiffre à exprimer concernant une corrélation c'est le r : 0,7 qui veut dire que si c'est proche de 0,99 et c'est très corrélé et proche de 0,5 c'est très mal corrélé. Et ici tu vois bien que c'est mal corrélé sans l'aide d'un calcul en observant la dispersion des points (ça me fait penser à la publication initiale de Cockroft et Gault pour tenter de corréler la clearance à la créatinine combinée à l'âge et au poids..., très mauvais coefficient r de corrélation qui a échappé pendant des dizaines d'années à la sagacité des néphrologues! Les 0,0001 sont des calculs sur petit nombre slope et F wilcoxon tout ce que tu voudras construits poussivement par des américains sans éclats qui ont tenté des extrapolations qui feraient se retourner dans leur tombes les grands maître Cauchy Poisson, Gauss etc... Ce sont de petits statisticiens poussifs qui ont au passage réussi à faire avaler de belles couleuvres aux financiers qui nous gouvernent issus du domaine de la théorie des jeux (qui n'est qu'une théorie sans la moindre preuve d'intérêt décisionnel). Leurs modèles informatiques se plantent régulièrement et on en sait quelque chose au niveau mondial. Le propre de l'incertain, c'est de ne rien pouvoir prédire d'autre que le passé !

Pour preuve absolue d'incertitude : que les deux limites pointillées censées représenter l'IC (intervalle de confiance) soient divergentes, t'indiquent clairement le problème : la courbe du haut est concave vers le haut (en j) et la courbe du bas concave vers le bas (en dôme) au milieu on peut toujours tracer une ligne mais en excluant les gros écart-types la courbe de corrélation serait horizontale ou même descendante. Qui dit qu'on n'a pas omis d'inscrire des données ? Moi. En effet cherche les 30 points des 30 nations. Tu n'en trouveras qu'un peu plus de 20 et chose aberrante, il n'y en a pas plus que la moitié dans l'intervalle de confiance qui par définition devrait rassembler 95 % des données !!! Bidouillage donc d'une revue inconnue. Plus malhonnête que cette droite il y en a une autre, tracée entre un point en haut à gauche et un autre en bas à droite avec deux au milieu pour s'y accrocher et on démontre sur 4 grands pays l'inverse et de manière nette... Enfin si tant est qu'une telle relation inverse à ce qui était espéré eut existé, nous pouvions l'expliquer par le simple biais que les pays les plus riches sont ceux qui vaccinent le plus et ce sont également eux qui acceptent le plus de poursuivre des grossesses à risque ce qui aux niveaux très bas de mortalité infantile actuels sur la planète entraine un effet paradoxal en extrême de courbe en j qui fait que les deux pays qui consacrent le plus à la néonatalité de pointe (Etats unis d'Amérique et France) sont aussi ceux qui ont des mortalités infantiles les plus élevées des pays de l'OCDE. Le seul chiffre qui vaille est donc l'espérance de vie à la naissance et pas le taux brut de mortalité grands prématurés compris. Pour mieux comprendre, c'est à l'Hôpital Femme Mère Enfant à Lyon, en service de néonatalogie de pointe que la mortalité est plus forte qu'à la maternité de Rilleux ou de la Croix-Rousse. Et c'est le type de biais qui fait dire que moins on voit le docteur mieux on se porte. Bien amicalement, Dr Y. »

Il n'est pas de notre ressort de critiquer tel ou tel positionnement ou de juger de la pertinence des valeurs de tel "p" ou tel "r". Il est par contre impressionnant de voir dans cet échange entre médecins généralistes, qu'un simple article rencontré dans la littérature puisse aller jusqu'à provoquer une remise en cause complète et globale de la vaccination. Cela semble montrer en premier lieu combien le Dr X, et on peut l'imaginer bien d'autres, est en questionnement sans certitude, par rapport à la vaccination, pour être aussi réceptif à l'argumentaire de ce papier. Le Dr. Y, lui, est beaucoup plus assuré. Il démonte l'argumentaire exposé en critiquant la présentation des courbes et autres éléments statistiques. Et si son analyse sur l'article est juste, elle témoigne d'une connaissance cette fois peu

classique des outils épidémiologiques. Je n'aurais pas pu personnellement mener ce genre de dissection. La fiabilité d'une étude est ici questionnée, et nous voyons qu'il est techniquement bien difficile d'en mener la critique. Nous avons eu un échange dans le même sens avec le Dr Xavier K. généraliste et ostéopathe lors de notre entretien dans le bureau de l'hôpital où il travaille à Fourvière. Il se posait pour sa part la question de savoir si la méthodologie reine du double aveugle était elle-même bien valide ou bien utilisée dans les études. Il faisait le constat que, selon lui, bon nombre de médicaments étaient plébiscités un jour dans les études et retirés du marché le lendemain. Que se passe-t-il donc à ce moment-là, s'interroge-t-il ? Les études sont-elles truquées, ou montrent-elles qu'un effet isolé qui s'avère inefficace après, en général ? « Moi, je n'en sais rien » conclut Xavier.

Et au-delà de la question de la fiabilité des données scientifiques, c'est aussi leur disponibilité qui pose question. Les médecins constatent que dans beaucoup de domaines, il n'y a pas de données. Juliette U. en plaisante en évoquant le temps où elle pratiquait : « le problème en médecine générale, c'est que j'avais l'impression de preuves sur 20% de ce que l'on fait et que sur 80% il n'y en avait pas... ». Rebecca J., ma voisine généraliste, explique qu'au début de la polémique contre le vaccin du VHB, elle avait besoin d'y voir plus clair et de faire des recherches. Elle dit que le problème au sujet des vaccins, c'est de trouver de la documentation. Elle a l'impression d'avoir accès à des données prédigérées par les pouvoirs publics, offrant plus des recommandations que de réelles informations. Elle remarque que pour aller à la source, c'est compliqué. Il faut une vraie compétence en recherche bibliographique, et une capacité d'analyse des données. Pour Xavier K. aussi, il est difficile d'obtenir les informations scientifiques. Lorsque nous lui demandons comment il pense savoir ce qu'il sait sur le vaccin, il répond :

« Comment je pense savoir ? Ben par exemple, si je le sais c'est qu'il y a une étude bien construite, il faut savoir reconnaître une étude bien construite, qui va me dire qu'après le schéma vaccinal de tant d'unités je vais avoir un taux protecteur de tant de pour cent. Mais j'ai pas relu récemment de choses là-dessus. J'avais eu une discussion un peu étonnée quand je faisais mes études sur le ROR, et le gars ne savait pas me répondre. Il disait il faut vacciner pour protéger du risque de Pan Encéphalite Sclérosante. Je lui demandais s'il y avait moins de PES chez les gens vaccinés que chez les non vaccinés, et le gars ne savait pas me répondre. Je suis resté sur le fait qu'il faut vacciner, que mes enfants sont vaccinés parce que j'ai respecté ce que m'a dit le pédiatre (rires). Lâchement ! (rires). Je n'ai pas fouillé le truc. Non, c'est très compliqué d'avoir une info qui soit sûre » (XavierK., juillet 2012).

Cette difficulté des médecins généralistes à penser les données de la science comme accessibles, témoigne aussi de leur méconnaissance de ce qu'est le travail scientifique aujourd'hui en médecine, peut-être trop idéalisé, ou injustement dénigré. C'est dans ce sens que Hervé K., chercheur en infectiologie à l'hôpital de la Croix-Rousse, défend l'importance de bien encadrer et valoriser le travail des internes, médecins traitants en devenir, notamment à l'occasion de leur thèse. Ce travail est pour eux l'occasion d'une initiation au travail de recherche, de ce que représente la vérité en science, de prendre la mesure des données que l'on peut produire localement.

« Au sujet des mémoires de recherche pour les internes en médecine générale, je pense que c'est indispensable qu'un praticien puisse avoir conscience au moins de ce que cela représente, justement pour avoir conscience de la vérité en médecine et qu'il puisse faire la part des choses entre une étude observationnelle qui va chercher à te démontrer une vérité qui n'est pas présente, versus un essai thérapeutique contre placebo où tu vois que c'est extrêmement difficile de le faire mais que la vérité est plus là-dedans. Et pour percevoir la différence de vérité que tu peux avoir entre tous ces champs de recherche là, je pense que c'est important que tu puisses avoir touché du doigt au moins une fois dans ta vie... » (Hervé K, mars 2012)

Mise en lien avec le réel par un médiateur

Le rapport direct des médecins généralistes avec les données du travail scientifique est donc difficile. Il est compliqué de multiples interrogations sur les questions d'accessibilité, de disponibilité et de validité. Pour essayer de résoudre cet obstacle, les praticiens vont chercher des intermédiaires ou des facilitateurs, que nous nommerons "médiateur" tant leur rôle attendu vise à concilier justement pour le médecin, science et pratique. La science est en effet toujours présentée comme la façon incontournable d'accéder à la "vraie réalité" du vivant. A l'heure de l'omniprésence d'internet, seul le Dr. Quentin M., confrère généraliste, que nous avons rencontré à deux reprises dans son cabinet, *rue des tables claudiennes*, cite le web comme médiateur : « Si j'ai besoin d'une information rapide, je vais sur google, je tape les mots clefs et j'ai souvent la réponse, très vite et très bien. On tombe sur le bon tuyau... ». Pour les autres médecins, internet est évoqué avant tout comme source de confusion et de complication de la relation médecin-malade. C'est la presse médicale de formation continue qui est considérée comme le premier médiateur entre leur pratique et la réalité explorée par la science. Sont cités ensuite les formations, les experts et les professeurs.

La presse médicale

La presse médicale est citée donc en premier lieu et par quasiment la totalité des praticiens, pour accéder à des connaissances fiables sur la maladie et le soin. La presse de formation continue en médecine générale que nous évoquons ici est à distinguer des revues d'articles scientifiques et spécialisées dans une discipline de recherche. Le Dr Laure L., homéopathe *rue des fantasques*, sera la seule à évoquer également la presse non médicale en faisant référence aux « très bons articles médicaux » du journal *le Monde* : « je le lis très régulièrement et je me suis aperçue que c'était une bonne source d'information pour moi aussi. Ce sont des articles sérieux, qui citent leurs sources, qui ne sont pas partisans ».

La première chose rapportée sur le sujet de la presse médicale chez les deux tiers des personnes interrogées, est un sentiment culpabilisé de ne pas assez la lire. C'est un point qui semble très problématique et mal vécu par beaucoup.

« Je lis un peu la presse que je reçois que l'on nous envoie gratuitement, bon les « canards », de temps en temps il y a des articles là-dessus que je parcours... Ça, c'est peut-être l'information essentielle.... [...] Moi je lis pas grand-chose... je reçois le quotidien du médecin, panorama... Ça m'arrive de lire "la revue du prat" quand il m'envoie des numéros gratos, mais il faut dire que je n'ai pas bien de temps. Je lis en diagonale la chose qui me fait faire des révisions... ou qui m'apprend quelque chose de temps en temps... Je n'ai pas d'abonnement, mais je devrais. Le problème de "la revue du prat", c'est qu'il y en a trop... Le matin avant 9h, je pourrais lire, mais c'est là que je revois des vieux dossiers, que je reçois les analyses, que j'ouvre le courrier... » (Quentin M., juin 2012)

« En hospitalier, c'est vrai qu'on a la chance de pouvoir croiser pas mal d'infos directement et de discuter avec les collègues. Je n'ai pas une demi-journée à lire par semaine donc je lis très peu... Et ça c'est un vrai problème. Je le déplore en tant que profession malgré tout scientifique, on n'a pas le temps de s'informer correctement. Et quand on regarde sur un profil hospitalier, il n'est pas prévu d'avoir une demi-journée ou deux après-midi par semaine pour bouquiner, pour aller voir si on est "up to date"... » (Xavier K., juillet 2012)

« Je lis et je fais attention quand je lis, dans le sens que si je n'ai pas la preuve de quelque chose sur des publications dans lesquelles je fais confiance, je ne donne pas suite. C'est mon comportement vis-à-vis de la phytothérapie et de l'homéopathie. Je dis non, je ne m'y intéresse pas car je n'y ai jamais reconnu quelque chose de scientifiquement valable... Mais je n'ai pas le temps de tout lire. C'est vrai qu'ouvrir un journal chez moi le soir après le dîner, ça me gonfle... » (Olivier Z., juillet 2012)

Deux revues sont principalement citées : *la revue du praticien - médecine générale* (dite "revue du prat") et *la revue Prescrire*.

La revue du praticien existe depuis 1951. Elle est éditée par *Global Média Santé*, un groupe de communication spécialisé dans le domaine de la santé anciennement nommé *Huveaux France*, ex-filiale du groupe britannique HUVEAUX PLC, après l'opération de rachat menée par Alain TREBUCQ, devenu le 4 juin 2008 l'actionnaire majoritaire. Elle comprend aujourd'hui en fait trois revues : *la revue du praticien « monographie »* présentée comme revue de référence universitaire, *la revue du praticien - gynécologie-obstétrique* et *la revue du praticien - médecine générale*. Cette dernière offre 20 numéros par an pour un coût hors promotion de 165€ en 2013. Elle se présente comme « un espace d'expression pour la médecine générale, dans l'optique d'améliorer la qualité des soins et de rendre compte d'expériences de terrain »³. Elle se dédie aux médecins généralistes et aux internes en médecine générale et à tous ceux concernés par « la spécialité médecine générale ». Chaque revue se constitue d'« un entretien apportant un éclairage original sur la santé, des articles courts, pragmatiques et d'informations validées, des cas cliniques, de piqûres de rappel et de fiches pratiques, des tribunes libres et d'éditoriaux de médecins de terrain ». Les quatre "bonnes" raisons de s'abonner sont selon l'éditeur : « la rédaction par des auteurs de référence ; l'indépendance éditoriale sous l'autorité d'un comité de rédaction ; l'accès à toutes les archives de la revue sur [egora.fr](http://www.egora.fr) ; une newsletter d'informations professionnelles ».

La revue Prescrire existe depuis janvier 1981. Elle est éditée par l'Association *Mieux Prescrire (AMP)*, qui est une association de formation à but non lucratif (loi 1901). Sa raison d'être mise en avant par l'équipe d'édition est « d'apporter aux professionnels de santé, et à travers eux, aux patients, les informations claires, synthétiques et fiables dont ils ont besoin, en particulier sur les médicaments et les stratégies diagnostiques et thérapeutiques »⁴. Elle se définit comme un organisme indépendant de formation permanente des soignants, pour des soins de qualité. La revue est mensuelle, soit 12 numéros par an pour un coût de 265€ en 2013. Elle présente aussi une édition en anglais et un supplément annuel consacré aux interactions médicamenteuses. Organisme agréé pour la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, *Prescrire* propose des formations et des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles spécialement adaptés aux besoins des professionnels de santé. *Prescrire* est financé à 100 % par les abonnés, sans aucune ressource

³ <http://www.egora.fr/boutique/97-la-revue-du-praticien-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale>

⁴ <http://www.prescrire.org/Fr/12/32/0/0/About.aspx>

publicitaire ni subvention. La revue met ainsi en avant de « se donner les moyens rédactionnels et documentaires de garantir la solidité de ses synthèses ». Elle avance que ses rédacteurs sont des professionnels de santé, formés aux méthodes rédactionnelles *Prescrire*, et que des procédures explicites de contrôle de qualité sont appliquées à toute la production rédactionnelle. L'AMP dit s'être organisée ainsi pour s'affranchir des influences des firmes, comme de celles des institutions chargées de l'organisation des systèmes de soins. La mission de *Prescrire* est inscrite dans l'Article 1 des statuts de l'association : "Œuvrer, en toute indépendance, pour des soins de qualité, dans l'intérêt premier des patients. À cet effet, l'Association *Mieux Prescrire* pourra prendre toute initiative et entreprendre toute action à des fins de formation des professionnels de santé, de sensibilisation, d'information, et d'amélioration des pratiques."

Les avis des médecins généralistes sur la littérature de formation sont partagés finalement en deux groupes d'effectif égal, constitué des "pro" et des "anti" *prescrire*, qui sont souvent de façon assez schématique respectivement les "anti" et les "pro" *revue du prat*. Par exemple Laure L. dit avoir arrêté de lire "tout ça" en parlant de *la revue du praticien*. Elle dit ne plus supporter les publicités pharmaceutiques qui à son avis discréditent la revue. Elle parle d'une espèce d'« overdose ». Pour Mathilde Z., *la revue du prat* n'est pas indépendante : « elle fait de la pub et elle est "maquée" avec les laboratoires. Elle et les autres revues de médecine générale sont toutes truffées de publicité pour l'industrie pharmaceutique ». Marc F. fait comme elles le même constat. Il se concentre sur *Prescrire* qui va jouer pleinement son rôle de médiateur entre la pratique de prescription et la réalité biologique, considérée ainsi comme une autorité indépendante, jouant le rôle d'intermédiaire, de traducteur entre le généraliste-citoyen et les industriels gouvernant finalement la recherche scientifique. Elle offrirait à ce groupe de praticiens une véritable conciliation, rétablissant une bonne entente entre le médecin traitant et l'expert scientifique considéré ici comme bien éclairé.

« Mon lien à la réalité ? Clairement, c'est Prescrire. C'est ma bible... (rires). Ce n'est peut-être pas bien... (rire). J'ai participé à des FMC avec des grands pontes qui nous vantaient les mérites du C. et du V. comme des produits miracles... Mes deux parents quand ils lisaient leurs cours sur la polyarthrite rhumatoïde me disaient "ne prescrist pas de ça, jamais...", car sur Prescrire ils lisaient "faites attention, produits avec des effets secondaires probablement beaucoup plus importants qu'avec les autres AINS". [...] Pour moi ma bible c'est Prescrire car je me dis qu'ils sont assez objectifs, assez honnêtes, peut-être trop parfois. Voilà, je me dis qu'au moins je me fie à une source qui est indemne de toute pression commerciale, qui analyse bien leurs études ». [...] Ils ont une grille de lecture très claire. Tu te souviens de nos

analyses d'articles ? Il y a quand même des techniques assez simples et faciles pour pouvoir vérifier l'objectivité d'une étude. Ce n'est pas très compliqué... [...] Ils sont sûrement trop critiques... Moi j'y ai trouvé l'équilibre. Je trouve qu'ils sont assez honnêtes, de ne pas accepter de publicité, de ne pas être financés... Cela me séduit assez comme principe. [...] C'est ma bible sur laquelle je me repose et où j'ai l'impression de ne pas être toxique pour mes patients... et de ne pas coûter un fric monstrueux à la sécurité sociale. (Marc F., Février 2012)

« Je fais confiance à la revue Prescrire. Du coup par exemple, je revois mes certitudes sur la mammographie, sur le dépistage. Je me suis rendu compte récemment à partir des études qui ont été faites par Prescrire que en fait ... heu...enfin, plutôt l'étude bibliographique d'études réalisées. Eux ne réalisent pas eux-mêmes d'études. Mais les études qui ont été faites sur la prévention des cancers du sein, sont truffées de biais et inexploitable. Ils remettent en question le dépistage de masse...[...]. Pour moi, la revue Prescrire est la seule qui puisse parler d'indépendance intellectuelle. Car elle n'a pas d'intérêts avec les autres laboratoires. Quand tu vois ce que les autres peuvent nous servir, je ne fais pas confiance en fait... (Mathilde Z., janvier 2012).

Cependant, la parole évangélique de *Prescrire* est tout de même critiquée même par ses plus grands adeptes. Ainsi, le positionnement plutôt bienveillant de la revue envers le vaccin ne suffira pas pour autant à apaiser les questionnements de Marc F sur notamment la vaccination anti-HPV.

« Effectivement Jean, Prescrire est plutôt "pour" le vaccin anti-HPV (j'essaierai de te retrouver les articles), je n'ai rien lu de négatif à ce sujet, et pourtant pour ma part je reste un peu réticent à prescrire ce vaccin. Ça relance ton sujet sur les préjugés des médecins sur les vaccins ! Par mesure de précaution sur le peu de recul, d'aucun retour sur la véritable protection au long court, sur le coût pour la sécu versus un dépistage plus généralisé par le frottis, les problèmes de financements occultes des campagnes politiques par le laboratoire avant l'autorisation de mise sur le marché du vaccin aux Etats Unis. Bref plein d'incertitudes et de soupçons qui me font être prudent. (Marc F., mail de mars 2012)

Par deux fois, la revue est qualifiée d'*ayatollah*, pour peut-être ainsi souligner, en restant dans la métaphore du religieux, un côté chef de file et jusque-boutiste.

« La revue Prescrire est une de mes sources importante d'information, quand même en qui j'ai grande confiance, même s'ils sont un peu ayatollah de temps en temps ». (Laure L. juillet 2012).

« Il y a eu un des membres du CTV qui était rédacteur de la revue Prescrire. Je crois que Prescrire est sûrement un peu une revue ayatollesque, mais je pense quand même qu'elle pose de bonnes questions. Sur les vaccins, ils ne semblent pas avoir été trop sévères. Ils sont beaucoup plus sévères sur les médicaments. Sur les vaccins, je n'ai pas souvenir d'avoir vu d'attaques en règle de Prescrire vis-à-vis de la vaccination. Sur le HPV, ils ont eu une prise de position récente en disant que ce vaccin était tout à fait... enfin qu'il n'y avait rien à dire sur le plan de la pharmacovigilance et que bon, c'est un vaccin dont la balance bénéfice-risque reste favorable. Non, ils n'ont pas attaqué la vaccination HPV... Non c'est très bien Prescrire... J'y ai travaillé, j'y ai fait des papiers... Ils s'ouvrent assez largement et prennent des avis assez larges, des avis d'experts... Après, ils prennent leur position à eux... » (Ivan L, Février 2012)

D'autres médecins n'adhèrent, par contre, aucunement à la philosophie de la revue. Ils lui reprochent un discours qui serait trop orienté contre l'industrie pharmaceutique, de façon trop idéologique et qui perdrait du coup en crédibilité.

« J'ai longtemps été abonné à Prescrire, au début et j'ai vite arrêté. Enfin, j'ai arrêté au bout d'un moment. Quand tu lis la revue, très vite tu arrêtes la médecine. Si tu les écoutes, et c'est eux qui donnent la tonalité actuelle, il ne faut rien prescrire... Tout est dangereux, rien n'est certifié... Dans la médecine il y a une part de risque, on tâtonne un peu, il y a une part d'inconnue... Il y a des prises de risque, certes qu'il faut pouvoir raisonner et justifier... Si tu écoutes Prescrire, il ne faut surtout pas faire médecin. Prescrire c'est "tout est mauvais", tout n'est pas bon et l'industrie pharmaceutique, c'est le diable. C'est devenu beaucoup trop anti-industrie pharmaceutique et anti médicament aussi... » (Quentin M, juin 2012)

« Je me suis jamais abonné à Prescrire, la fameuse revue indépendante, pour ne pas être dans ce discours, de "on est meilleur que les autres, parce que l'on n'est pas inféodé". J'ai la prétention d'avoir suffisamment de sens critique. Au fur et à mesure de la lecture d'un journaliste, tu sens bien la tendance, quel labo est derrière... Cette revue a une espèce de position dogmatique qui me fait chier... les redresseurs de tort de la pharmacie. Ça ne me plait pas... » (Olivier Z., juillet 2012).

Les spécialistes, experts et professeurs

Pour le médecin généraliste, il est un autre médiateur que la revue de formation continue. Il s'agit du spécialiste. Pour plusieurs d'entre eux, il est entendu au sens de médecin de spécialité installé en libéral dans le quartier ou pratiquant à l'hôpital le plus proche, considéré comme un référent dans le travail quotidien. Laure L. par exemple nous explique qu'elle met à jour ses connaissances médicales au contact des spécialistes de son réseau. Elle envoie beaucoup de ses patients vers eux. Et au fil des années, elle s'est aperçu que c'était pour elle : « une source de formation continue magnifique », comme une très grande source de remise à niveau. Elle dit avoir constitué ainsi un très grand réseau à qui elle s'adresse facilement par téléphone. Elle est très attentive à la pratique de chacun. Quentin M. avance lui un positionnement similaire. Ses outils pour connaître la maladie et la thérapeutique sont les courriers que lui adressent les spécialistes. Il explique qu'il a reçu tout au long de sa carrière des lettres de ces personnes en qui il avait confiance et qui l'ont tenu informé des évolutions par exemple dans la cadre de l'hépatite B, des bilans à demander et autres choses un peu complexes. Il parle un peu nostalgique des réunions du passé organisées par l'industrie pharmaceutique avec ces mêmes spécialistes. Il se demande si ce genre de rencontre existe moins maintenant ou si c'est simplement lui qui n'y va plus. Il se souvient que c'était le lieu pour échanger avec les collègues, leur poser des questions. C'était pour lui une source d'information importante.

Le spécialiste des spécialistes est bien évidemment représenté par le professeur hospitalier. Il bénéficie quant à lui d'une image plus partagée. Il est pour certain une image de référence, voir d'une super-référence un peu comme un super-spécialiste au milieu des spécialistes que nous venons d'évoquer. Quand par exemple Mathilde Z. était très hésitante sur le fait de vacciner ou pas contre le HPV avec quelques craintes par rapport à l'innocuité de l'injection, elle s'est décidée à aller « aux réunions de professeurs hospitaliers » : « ils sont peu résistants alors maintenant je propose le vaccin sans être malgré tout complètement convaincue. » D'autres médecins à l'inverse disent n'avoir aucune confiance dans nos mandarins hospitaliers. C'est ce qu'avance Marc F.. Il dit ne plus avoir du tout confiance en eux. Il rapporte avoir suivi un diplôme universitaire en gynécologie où il a entendu dire par un professeur que le vaccin contre le HPV, premier vaccin contre le cancer, était miraculeux. La grandiloquence de ce professeur n'a eu à ses dires, « clairement aucune influence » sur son activité : « il est peut-être très intelligent mais il n'a pas forcément l'esprit critique ».

Marc F. et d'autres médecins qui partagent son avis vont chercher les experts ailleurs qu'au sein de l'université. Marc évoque *MG forme*, une formation qui se déroule quatre fois par an avec des experts à qui il accorde plus de crédit, notamment du fait qu'ils sont obligés de justifier de leurs liens éventuels avec des travaux industriels. Rébecca J. parle aussi d'un groupe de formation médicale continue auquel elle participe où les intervenants sont intéressants selon elle, car ils sont loin des firmes. Ils acceptent de remettre en cause leurs données, tentent de les argumenter avec ce qu'ils peuvent trouver dans la littérature, ou bien disent dans certains cas qu'ils ne peuvent pas statuer car il n'y a pas assez de données sur le sujet. Mais pour fermer cette boucle que nous venons de former autour de la médiation entre le généraliste et la réalité du vivant par les spécialistes, certains trouvent problématique cette volonté actuelle d'experts indépendants de l'industrie pharmaceutique. C'est ce qui questionne Quentin toujours un peu gouailleur :

« Le problème de dire : il faut prendre des experts indépendants, c'est qu'il y en a plus d'experts, puisque tous les professeurs sont des gens qui travaillent avec l'industrie pharmaceutique. Comment ils pourraient faire autrement ? Forcément, ils vont participer aux expériences pour tester les produits. Si ce n'est pas les hospitaliers qui font ça, qui va le faire ? Donc forcément, c'est gens-là sont impliqués dans l'industrie pharmaceutique. Et ces gens-là, ils n'ont plus le droit d'être experts... Alors, ça va être qui l'expert, le sombre médecin, je n'ai rien contre, qui ne fait que des statistiques et qui n'a jamais exercé de sa vie ? C'est celui-là qui va être expert ? Bonjour les décisions ! C'est un peu ce que l'on voit en ce moment, c'est un peu n'importe quoi... » (Quentin M. juin 2012)

Mise en lien avec le réel par l'expérience

L'expérience, faute de mieux

Ainsi, les médecins généralistes semblent penser avant tout leur rapport à la réalité du vivant par le biais de la science. Nous avons vu les difficultés rencontrées pour prendre en compte les données scientifiques, pas toujours disponibles, parfois mal accessibles, souvent porteuses d'interrogation sur leur validité. L'intervention de médiateurs entre le travail scientifique et les décisions de la pratique quotidienne est recherchée pour tenter de pallier à ces difficultés : spécialistes des réseaux personnels, professeurs universitaires, experts au profil apprécié. Aucun des médecins rencontrés n'a abordé spontanément l'expérience

comme recours possible à la connaissance du corps, de la maladie ou de l'efficacité thérapeutique. Lorsque nous leur posons la question, une fois l'entretien bien avancé, les réponses sont partagées. J'ai ainsi posé cette question un peu à l'envers à Marc F, lors de notre entretien rue de l'annonciade. Je lui demandais si son expérience au cabinet remettait parfois en cause ses connaissances. Sa réponse est claire :

« Non, pas du tout. Je suis clair là -dessus... J'ai compris que l'on ne faisait pas de la médecine sur un cas. Je crois que l'on est influencé... Mon expérience me fait être plus vigilante sur certaines choses, parce que j'en ai vues, mais ça ne fait pas changer ma conduite à tenir par rapport à un référentiel. Ce n'est pas ça qui me met en rapport avec la réalité. Là dessus j'arrive à être assez clair... Je me rappelle d'un enfant qui a fait une méningite à méningocoque, super grave avec arrêt cardiaque devant moi. Il avait fait avant une angine non traitée par antibiotique, mais sûrement d'origine virale. Bien sûr il aurait eu des antibiotiques, il n'aurait pas fait sa méningite. Mais ça n'a rien à voir. Mais c'était tellement impressionnant comme cas que ça m'a marqué. Mais j'arrive à ne pas me laisser biaiser parce que je vois. Ce sont notamment mes parents qui m'ont appris ça, que l'on ne fait pas de la médecine sur un cas... » (Marc F., février 2012).

D'autres sont aussi dubitatifs face à la question de l'expérience. Juliette U. va à sa façon dans le même sens : « Quand un médecin me dit : "mon expérience à moi", c'est la vérité, je ne suis pas d'accord ». Pour elle, certains praticiens « de la vieille école » font un peu trop confiance dans leur « capacité à voir », considérant la médecine comme un art, sans rien de scientifique, se considérant « un peu comme des dieux ». Elle rappelle de la même façon que l'avis de l'expert est le grade le plus bas de niveau de preuve. Pour Juliette, l'expérience est plus importante pour le diagnostic, mais pas pour la conduite à tenir où c'est la recherche qui apporte beaucoup. Au fil de notre entretien qui devenait plus informel, elle sentit mon positionnement et cela semble avoir changé un peu son propos d'orientation : « je suis d'accord avec toi, l'expérience aussi apporte beaucoup ». Elle dit être d'ailleurs très influencée par ce qu'elle voit sur le terrain, par exemple les femmes qui meurent en couche, les enfants : « là oui, ça peut changer ce que je veux faire. Là c'est mon expérience qui agit ». Cette hésitation finalement de Juliette à se positionner sur l'expérience peut aussi être interprétée comme une appréhension à identifier ses connaissances à l'expérience. C'est un peu finalement se mettre en danger, trahir les mots d'ordre de l'EBM, aller vers l'inconnu, un certain chaos. Mathilde Z., l'avait fort bien exprimé lors de notre échange chez elle autour d'un repas : confrontée à la réalité du contact des gens, le doute s'insinue.

« Ce qui est dur, c'est qu'au cabinet, il faut se positionner. Parfois j'exprime mes doutes. Et la discussion est aussi possible avec le patient. Je pense que plus je suis au contact des gens, plus le doute s'insinue. Malgré tout ce que j'avais pris pour vrai, tout ce que j'avais avalé pendant mes études sans le remettre en question, confrontée à la réalité, le doute s'insinue. Je ne peux pas dire que je sois aussi sûre de ma pratique et de ce que je peux proposer aux gens qu'avant... Cette discussion que j'ai eue avec le kiné, moi qui était très campée sur mes positions a insinué le doute en fait... une remise en question sur comment on négocie la proposition d'examens, les vaccins...comment on les vend quoi ! » (Mathilde Z, janvier 2012)

Et l'expérience, c'est la vraie vie...

D'autres médecins auront un discours plus en faveur de l'expérience comme donneuse d'accès à la réalité. Pour Quentin M., ses outils pour connaître la maladie et le soin sont vite décrits : c'est lorsqu'il lui arrive de voir la maladie. Il explique avoir connu plusieurs patients souffrant d'hépatite B dont quelques-uns sont sûrement déjà morts précise-t-il. Il pense que « l'on a une connaissance pratique de ce que l'on voit ». Il considère son savoir sur l'hépatite B comme un savoir concret, car il vient de ses malades, quand selon lui la presse médicale n'en parle pas tellement. Il considère les grands médias comme assez mauvais du fait qu'il est difficile pour un journaliste de faire un travail exhaustif. Et puis, il est un peu las des réunions d'information. Il pense savoir que le vaccin contre l'hépatite B n'a pas d'effet secondaire car il n'en a jamais eu dans sa pratique. Il reconnaît toute-fois qu'en médecine, l'avenir n'est pas écrit. Tous les patients qu'il a pris en charge pour une sclérose en plaque n'avaient jamais été vaccinés contre le VHB : « je n'ai jamais vu de lien entre le vaccin et la SEP, enfin... moi personnellement... Alors, est-ce qu'un bonhomme, c'est suffisant pour des statistiques ? ». La question illustre en tout cas joliment notre propos.

Oliver Z. lui, fait preuve d'une confiance assez similaire en son « système de radar critique à l'excès ». Il dit que c'est son tempérament la critique. Il avance que cela lui facilite les choses en médecine, se méfiant des banalités, des lieux communs. Il reconnaît un côté objectif de la médecine, avec l'héritage de Claude Bernard qui prévient selon lui la tendance ésotérique de certains. Il fait une vraie confiance à son expérience mais dans le champ de la psychologie, qui n'est donc pas selon lui celui de l'objectivité.

Si je fais confiance à mon expérience ? Si j'évolue avec mon expérience? Oui, certes ! Mais dans le domaine de la psychologie. J'ai bossé 5 ans en médecine générale à la campagne à Dreux avant de m'installer à

Lyon. Je ne faisais pas du tout, du tout, la même médecine que ce que je faisais avant ici. Et maintenant ici, je ne fais pas du tout la même médecine qu'il y a 10 ans dans le même cabinet. J'ai beaucoup écouté, beaucoup parlé. Certains me disent que ce que je leur ai dit leur rend beaucoup service. Je réussis en 3-4 consultations à calmer des situations, à faire comprendre plein de trucs. Maintenant je sais faire ça, je n'en aurais pas été capable il y a dix ans car je n'avais pas le même recul. J'ai eu 4 enfants, et je m'amusais assez régulièrement à voir les discours que je servais aux parents sur les adolescents. Je me l'appliquais ensuite à la maison à moi car je ne m'avais pas pensé à faire ça tout seul, pour moi. Donc tu évolues vachement avec ton expérience professionnelle. Alors oui je dis que je me fais confiance, je suis trop cartésien, trop critique, ce sont mes défauts, mais ça m'aide. Ça me permet d'être à l'aise dans certaines de mes certitudes. Et tant pis, ça me permet d'être à l'aise dans mes baskets ! » (Olivier Z., Juillet 2012)

Le pédiatre Laurence B., que nous avons rencontrée en juillet 2012 à son cabinet sur le boulevard de la Croix-Rousse n'a pas de radar, mais met en avant son bon sens. Elle avance que nous sommes capables de garder un esprit critique notamment face à un article de revue en médecine. Elle parle pour cela de mobiliser ses connaissances de base qui font que l'on peut décrypter les écrits. Il lui arrive ainsi de se sentir en désaccord avec ce qu'elle lit dans les revues spécialisées en pédiatrie. A ce moment-là, « je préfère me fier quand même à mon bon sens et à mes connaissances. Et mon bon sens se construit par rapport à mes connaissances et à mon expérience, de ce que je vis au quotidien... ». Laure L. avait eu une remarque un peu similaire en évoquant le gouffre entre la réalité et les experts qui construisent des recommandations : « ce sont des gens qui n'ont pas la moindre idée de ce qui se passe dans la vraie vie ». Le Professeur Ivan L. utilisera également cette expression de « la vraie vie » pour qualifier la pratique et l'expérience du quotidien. Juliette terminera elle aussi notre entretien sous la véranda du Chantecler par cette notion-là, comme pour clore le cercle de son propos.

« Le problème de la recherche en plus, c'est que souvent ce n'est pas dans la vraie vie. Du coup, ce qui est intéressant, c'est le quasi expérimental et où l'on fait de la recherche en quasi expérimental, par exemple en promotion de la santé. Et là du coup il y a plein de questions méthodologiques qui se posent car il y a de la contamination entre les groupes et tu ne peux pas tout maîtriser comme tu le fais dans les essais cliniques randomisés en double aveugle, mais c'est la vraie vie (rires...). Et du coup il y a beaucoup de questions (cela doit s'appeler de l'épistémologie), qui se posent dans ces milieux là... Car ce n'est pas plus valide finalement... Ce qui serait intéressant, ce serait justement d'avoir ces études qui ne sont pas vraiment dans la vraie vie, et ensuite de vraiment suivre sur une base de données l'application de ces choses-là dans la vraie vie. C'est un peu ce que l'on fait comme différence en Anglais entre Efficacy et Effectiveness. » (Juliette U., janvier 2012)

Devant l'incertitude : du doute à l'angoisse

Comment se mettre en lien avec la réalité biologique ? Je pense que c'est vraiment « toute, toute » ma difficulté. C'est une position qui m'est inconfortable complètement parce que je me dis que je suis dans un groupe de parole où l'on essaie de baser nos décisions sur des preuves. Où bien on dit alors, là on ne peut pas statuer car on n'a pas de donnée, ce qui est aussi une façon de statuer à un moment donné. Tu peux te dire je ne choisis pas de faire tel examen complémentaire ou de mettre tel thérapeutique en route car je n'ai pas de donnée qui me montre que c'est bénéfique pour la personne. [...] Mais la situation est inconfortable car cela nécessite toujours beaucoup de temps d'aller chercher les informations. Tu le fais pas quand tu es au cabinet mais le soir, sur ton temps libre... Et puis par exemple, lorsqu'émerge une idée alternative qui paraît intéressante comme par exemple que nous mangeons trop de calcium, le problème c'est qu'il n'y a pas d'études derrière. Et tu ne peux que confronter les données qui ont un même poids. Il y a des données scientifiques si tu arrives à trouver des études qui ont une certaine validité dans leur méthodologie, si tu es capable d'analyser ça. Et par contre, quand tu te questionnes sur la vaccination ou ce que l'on pourrait faire à la place, c'est des données où il n'y a pas d'étude, mais beaucoup d'émotionnel... [...] Donc c'est compliqué de se faire une idée, d'où mon malaise qui persiste : on trouve difficilement des données valides, et quand on les trouve elles sont un parti pris, car soit c'est les firmes qui les ont faites car elles ont les moyens, soit c'est une espèce de digestion faite par nos pouvoirs publics et là j'ai un peu du mal... [...] Tout ça reste un triptyque : Il y a les preuves que l'on peut trouver dans l'expérimentation. Il y a le médecin avec ses connaissances, ses représentations, son expérience. Et il y a le patient en face. Et si tu fais fi de ce que lui pense, de la représentation de la douleur qu'il a en ce moment, et bien t'as beaucoup de chances de passer à côté. C'est là qu'il y a toute la richesse. L'EBM ne se met pas à la place de la subjectivité du médecin, mais elle vient questionner cette subjectivité. Aujourd'hui, on est en devoir de se dire : qu'est ce que la science dit de ce petit sentiment que j'ai moi ? Si cela va à l'inverse de ce que je ressens, c'est un peu embêtant et c'est je trouve rarement le cas. Si cela arrivait, je ferais avant tout confiance à moi-même et au patient, à ce que j'ai pu tirer de son discours et moi de ce que je sens là-dedans... » (Rebecca J., février 2012)

« Moi je me sens perdu à vrai dire. Il faudrait pouvoir se documenter sur quasiment tout en fait, réfléchir sur tous les actes que l'on considère comme acquis. Moi la vaccination je pensais que c'était acquis, la mammographie de dépistage je pensais que c'était acquis. Et en fait, on se rend compte qu'à titre individuel ou collectif, ce n'est pas forcément une décision raisonnable et du coup tu te retrouves avec plein d'incertitudes et il faut faire avec. Il faut toujours peser le

bénéfice et le risque pour un patient : est-ce que tu n'en as pas trop fait, comme pour la mammographie qui diagnostique des cancers in situ qui n'auraient peut-être jamais évolué et des traitements eux-mêmes porteurs de complications mortelles... Certaines études semblent montrer qu'il n'y a pas de différence de mortalité par cancer du sein chez le groupe qui a effectué une surveillance mammographique et chez le groupe qui ne l'a pas fait. Alors que moi, je suis limite à engueuler mes patientes quand elles ne font pas leur mammo. Alors là je me dis, qu'est-ce que je fais... Revenir à la boule au sein et à la palpation, dans un cas sur deux tu as un ganglion qui est envahi et donc des traitements délabrants...Donc moi, je n'ai pas l'impression d'y voir très clair» (Mathilde Z., janvier 2012).

Nous concluons ainsi ces témoignages des médecins généralistes. En focalisant nos interrogations sur la question du rapport au réel, nous trouvons comme dans la partie précédente une vraie diversité de positionnement entre ceux qui ne pensent aborder la réalité du vivant que par la science et les autres seulement par l'expérience. Nous avons trouvé aussi, dans cet axe de vue, de la confusion, pour ce qui est par exemple de l'interprétation des données scientifiques. Nous percevons toujours ce que nous comprenons comme des discours en rupture de continuum, entre le plébiscite de la science et sa critique, entre la dénonciation de la subjectivité de l'expérience et la défense de ses vertus. Mais dans ces deux extraits, Rébecca et Mathilde mettent d'abord en avant combien c'est avant tout l'incertitude qui prédomine quand il faut penser son rapport à ce qu'est la maladie et le soin. Rébecca transcrit bien dans ses propos les deux formes d'incertitudes distinguées par Renée FOX (1988), la première résultant « d'une maîtrise incomplète ou imparfaite de la connaissance médicale à son stade actuel » et la seconde découlant « des limites propres à la science médicale actuelle ». Mathilde va dans le même sens d'une multiplicité des incertitudes qui imprègnent les pratiques des médecins traitants, notamment en raison du développement des connaissances et des technologies dont le renouvellement accéléré au cours des dernières décennies rend impossible la maîtrise complète par le clinicien individuel (BOURRET, 2008). Il est vrai que de tous les médecins, le généraliste est peut-être celui qui est confronté au champ des connaissances possiblement le plus étendu, « sa spécialité » n'étant pas bornée a priori. Quels que soient les efforts qu'il met en œuvre dans sa formation initiale ou aujourd'hui pour apprendre, « l'omnipraticien est devenu, et restera, celui qui sait un peu de tout » (BLOY, 2001) tout en étant « structurellement une sorte de mauvais élève » (ULFALINO, 2001). Mais il est fort intéressant d'entendre ces médecins évoquer ici et accepter en conscience leur zone d'incertitude alors que ces espaces-là pourraient être

indésirables quand la médecine moderne tend et prétend à une généralisation des procédures et à une hégémonie de *l'Evidence Based Medecine* (WEBER, 2008). A l'inverse, et dans le sillage de CANGUILHEM, nous pouvons trouver-là une autre dimension de la rationalité médicale qui trouverait son accomplissement dans la reconnaissance de sa limite (1994). Mais cette reconnaissance-là n'est pas sans douleur. Au delà des théories convenues de l'EBM, c'est l'angoisse qu'il faut affronter, comme un sens qui se perd de façon répétitive et parfois épuisante, quand les petites avancées en certitude sont sans attendre balayées par de nouvelles données ou de nouvelles expériences.

Les scientifiques

Intéressons-nous maintenant à ceux que nous nommons les « médecins spécialistes » que nous avons décidé de qualifier aussi de « médecins scientifiques », comme ceux que nous avons rencontrés sont tous plus ou moins directement investis dans la recherche en médecine. Tentons de comprendre comment ils pensent leur accès aux données sur la réalité du corps, de la maladie et des thérapeutiques qu'ils utilisent. Voyons si leur discours présente des spécificités.

Lorsque nous discutons avec Paul G., hépatologue au Centre Hospitalo-Universitaire de la Croix-Rousse, un soir de juillet 2012 autour d'un apéritif à la maison, je lui demande comment il pense se mettre en rapport avec la réalité de l'hépatite B. Il utilise pour répondre le vocable de « transfert de connaissance ». Pour lui, ce transfert s'effectue par le biais en premier lieu de la collaboration avec les laboratoires de recherche fondamentale comme l'unité INSERM rattachée à son laboratoire hospitalier. Il évoque ensuite les recommandations des sociétés savantes et de leur littérature. Il cite l'AFEF (Association Française pour l'Etude du Foie) et l'EASLD (European Association of Studies on Liver Disease). Il explique que cette dernière a « force de recommandations ». Les prises de décisions se font par des conférences de consensus à partir d'experts ou par des experts. Les recommandations sont classées toujours de la même manière en grade A (randomisées, valides), B (études moins bonnes) et C (avis d'experts). Il avance que les collaborations avec les autorités publiques de santé comme l'HAS et l'AFSAPS, sont en « stand-by » car elles refusent toute personne ayant déclaré des conflits d'intérêt suite aux récentes affaires autour du médicament. Et donc selon lui, il n'y a plus d'experts, rappelant les propos précédents de Quentin M. Il évoque comme troisième mode de transfert de connaissance la transmission entre collègues. Et le quatrième mode est selon lui, la recherche clinique et les essais thérapeutiques sur de nouvelles molécules financées par l'ANRS et l'industrie. Ainsi, Paul nous propose spontanément de suivre le même plan que celui utilisé précédemment pour les généralistes. Le rapport à la réalité est avant tout construit par les données de la science. L'intérêt est porté, tout de suite derrière, sur les médiateurs tels que les sociétés savantes. En queue de peloton sont timidement cités des outils plus proches de la pratique et de l'expérience.

Les données scientifiques

. Le professeur Ivan L. aborde la délicate question de la production des données scientifiques autour de la vaccination, qui est assurée en majeure partie par l'industrie. Il assure fermement le sérieux avec lequel le travail se fait.

« Oui, les études sont toujours faites par les firmes, mais qui d'autre peut les faire ? Pour le vaccin Rotavirus, chacune des deux firmes a inclus 60.000 enfants dans l'étude... Les vaccins HPV ont impliqué des dizaines de milliers de personnes versus placebo... personne d'autre ne peut faire ça... Il faut quand même savoir que les firmes ne font pas n'importe quoi... Lorsqu'elles montent une étude, elles demandent... enfin non, elles discutent le protocole avec les agences (l'EMA et l'AFSAPS). Donc le protocole n'est lancé qu'avec l'autorisation des agences. Aussi, les agences ont la possibilité et elles le font, de faire des contrôles de qualité, c'est-à-dire de faire des audits de l'étude. Un certain nombre d'études ont été éliminées car il n'y a pas eu le respect des bonnes pratiques... Ensuite, la firme fait son analyse mais l'analyse est passée au crible par l'agence. Ce sont des dossiers énormes. Quand un nouveau vaccin sort, il y a un pays rapporteur au niveau de l'Europe, par exemple l'Institut Robert Koch en Allemagne, qui est une grosse machine, avec une centaine d'experts internes, qui décortiquent le dossier. Et avant que le dossier sorte, la firme doit répondre à des questions de la part des agences. Donc c'est extrêmement sérieux et la firme ne fait pas ce qu'elle veut. L'AMM est une expertise longue et rigoureuse faite au niveau des agences. C'est la firme qui fait les études, et ce sont les agences qui tirent les conclusions... la firme propose les conclusions qui sont alors passées au peigne fin par les agences »[...] (Ivan L, fev 2012).

Un peu plus loin dans l'entretien, il évoque un autre volet des données scientifiques disponibles, au sujet de l'épidémiologie de l'hépatite B au moment du lancement de la vaccination, où il reconnaît-là un certain flottement méthodologique et un manque de rigueur.

« La prévalence de l'hépatite B est assez difficile à estimer. Cela ne peut être qu'une estimation puisque l'on sait qu'il y a à peu près 50% de sujets qui ont la maladie et qui l'ignorent. Mais on a fait de très gros progrès en épidémiologie. Et c'est tout à fait vrai qu'au moment où la vaccination a été lancée, on avait des données qui étaient vraiment mauvaises, en tout cas qui n'étaient pas correctes. C'était en effet une des faiblesses du dossier à l'époque. Mais depuis, on a tout de même des idées assez précises de l'incidence de l'hépatite B en France. Mais ce sont forcément des extrapolations puisque l'on sait que pour cinq hépatites B, il y en a une symptomatique » (Ivan L, fev 2012).

Cet extrait rappelle un passage du livre de Nicolas ADELL, *l'anthropologie des savoirs*, au sujet des apparitions de la Vierge à Lourdes (2001, p.45). Le parallèle nous le reconnaissons est un peu audacieux. Mais nous pouvons aussi ici nous demander comment

tout cela tient-il ? Comment le régime de la preuve et le régime de la foi cohabitent-ils de façon à convaincre d'un côté la foule de pèlerins qu'une enfant voit la vierge Marie et de l'autre tout un pays de se faire vacciner contre une maladie ? Il fallait en effet au moment de la campagne être davantage croyant que féru de preuves puisqu'elles étaient minces voir inexistantes. Il semble qu'il y a là un mécanisme commun de médiation. Pour la foule de pèlerins et ses lots de demandes, il est une personne qui intercède entre elle et le Dieu, le réel, par le biais de Bernadette Soubirous à Lourdes, en laquelle on croit. Pour la population française et ses lots de souhaits à vivre en bonne santé, les passeurs sont des personnes tels que le Pr. Ivan L., qui dans les médias, les conférences de consensus et les cours magistraux, qui vont être considérés comme au contact de la réalité du vivant et pouvant ainsi dire ce qui est bon pour vivre. En voyant Ivan, on a envie de dire comme disaient les premiers pèlerins de Lourdes au sujet de Bernadette : « on voyait bien qu'elle voyait quelque chose ». On voit bien quand on le rencontre le professeur Ivan L. qu'il sait des choses que nous ne savons pas, et il est sur le ton de l'enseignement. Nicolas ADELL avance qu'il faut rendre crédible les « voyants », et il assène : « voilà où agit la science » (*id*, p.45). Comparer Ivan L. à Bernadette Soubirous est sûrement trop hardi, mais le parallèle met en avant que le régime qui produit les données scientifiques ne repose pas toujours sur la preuve, mais sur d'autres dynamiques que certains pourraient rattacher au régime de la foi. En tout cas l'histoire se finit bien pour la population française, puisque une fois les données peut-être effectivement consolidées, chance, le vaccin contre l'hépatite B semble toujours être pertinent.

Mais dépassons l'anecdote. Il y a-t-il d'autres façons de produire des données en médecine que par le biais des firmes pharmaceutiques ou par le biais de spéculations hasardeuses ? Hervé K. le praticien et chercheur hospitalo-universitaire avec qui nous avons partagé un verre au *bar de l'avenir*, dans les petites ruelles proche de *la grande rue de la Croix-Rousse* non loin de l'hôpital, répond clairement à la question. Quand on lui demande s'il participe à des recherches prospectives, qui sont comme il le présente lui-même, sensées aller au-delà de la simple observation de sa pratique, il répond que non. Nous comprenons que son champ d'intervention est techniquement mal adapté à ce type de travail, mais il est juste surprenant pour un néophyte de constater qu'il existe des chercheurs en médecine qui ne font pas de recherche comme on l'entend dans le sens commun, à savoir à coup de supers enquêtes. Ces dernières semblent en tout cas dans cet exemple, impossibles à réaliser autant par des contraintes méthodologiques que financières.

« JF : Participes-tu à des recherches prospectives ?

HK : Non, mais c'est l'objectif final d'un clinicien qui fait de la recherche : développer des recherches prospectives interventionnelles. Dans l'infection osseuse le traitement est médico-chirurgical, et du coup, c'est très compliqué. Il n'y a qu'un essai randomisé sur les infections osseuses dans toute l'histoire qui date des années 1990. C'est très difficile du fait de la grande hétérogénéité de patients, des sites d'infection, des stratégies opératoires, des divers antibiotiques et des durées de traitements possibles. Il faudrait être homogène pour faire un essai et là ce n'est pas le cas et c'est très dur à monter. Aujourd'hui, il n'y a pas d'études en cours à part quelques essais industriels pour un médicament donné auxquels nous ne participons pas. Nous l'idée est d'avoir des financements non industriels. Car il y a toujours une image biaisée de travailler avec les industries. Mais c'est un débat sur les sources de financements de la recherche, c'est essentiellement les laboratoires qui peuvent financer cela, et ils ne vont financer que les molécules qui les intéressent. Et malheureusement, on a aujourd'hui trop une mauvaise étiquette du financement des essais industriels car on part du principe qu'ils sont potentiellement biaisés.

JF : Ivan L. dit qu'il n'y a pas d'autres moyens.

HK : On arrive à des gros problèmes où de plus en plus à l'AFSSAPS, on va te dire que pour les expertises, il ne faut pas de professionnels qui aient de liens avec l'industrie, mais le professionnel, pour être expert, il faut qu'il ait potentiellement eu des liens avec l'industrie pour connaître les molécules, pour connaître les vaccins, pour connaître les antibiotiques. Et si tu mets à l'AFSSAPS des gens qui n'ont jamais eu de lien avec les industriels, ils vont être incompetents. Ils ne connaîtront pas bien le sujet et au final, on ne va plus avoir d'experts. (Hervé K., mars 2012).

Les médiateurs

Dans le même sens que les médecins généralistes, les spécialistes organisent leur rapport à la réalité autour de médiateurs. Paul G. avait ainsi cité les sociétés savantes d'hépatologie. Yves U, infectiologue à l'hôpital de la Croix-Rousse cite aussi en premier lieu le comité technique des vaccinations (CTV) comme quelque chose d'essentiel du fait qu'il lui paraît « valide ». Il explique qu'il base notamment sa pratique de la vaccination sur son expérience et des convictions par rapport au quotidien. Cela lui suffit la plupart du temps, mais des problèmes peuvent malgré tout surgir : « quand j'ai une difficulté plus précise, j'utilise le CTV, et j'appelle Ivan L., son président pour discuter de cette situation-là ». Et nous retrouvons le rôle de médiateur du Pr. L évoqué plus haut. Yves évoque ce rôle important de l'expert comme repère. Il reconnaît un mélange pas forcément facile à délier entre les données d'expert et les données d'études.

« Pour avoir fait partie du comité de rédaction d'une conférence de consensus où j'étais expert biblio sur les infections osseuses pour la société d'infectieux. Il est évident que l'on est là dans un mélange de données publiées et de données d'experts. Après il est clair qu'en fonction du choix des experts, il est certain que l'expertise va être modulée. Les données publiées le sont dans des revues que l'on espère indépendantes, que les données ont été plusieurs fois vérifiées et republiées et il y a une graduation dans l'analyse scientifique de la pertinence de l'article et de la force de la recommandation qui est éditée. Et la « CIC » au Etats-Unis qui est le Comité sur l'immunisation, sort un consensus beaucoup plus conséquent que le BEH, mais qui reprend un gradient en fonction de la pertinence de la littérature. Donc il y a un fond de littérature et quand il y a des trous et des gaps par rapport à ça, et bien l'expert à ce moment-là amène son expérience clinique et comme elle est partagée, elle arrive à un consensus en gros. Ce n'est pas un seul individu qui va sortir son truc. Moi je connais un peu les gens qui vont faire ces expertises et je reste confiant sur ces trucs-là même si on aura sûrement des surprises... Je suis assez confiant et je prends souvent ces expertises, ces traités et consensus... Je les utilise. Je pense que c'est une bonne source de réflexion et de pratique. [...] Les recommandations, c'est confortant quand tu connais directement les gens. Les recommandations sur le voyage qui sont faites par le Dr X., qui fait l'introduction du BEH. Tu vois derrière le Dr Y.. Tu vois les gens, tu les côtoies, tu les connais, ben c'est bon. Moi quand je vois Ivan L., je me dis qu'il n'est pas parti de n'importe quoi. La cardio c'est le Dr. Z.. C'est des gens pour qui on a un respect. En pratique on voit ce qu'ils font. » (Yves U., janvier 2012)

La conférence de consensus est bien le lieu de médiation par excellence. Les spécialistes et les chercheurs en médecine y trouvent une base pour leur démarche clinique autant que théorique. Hervé K. évoque la conférence de consensus à laquelle Yves U. a participé. Elle s'appelait « recommandation d'experts sur les infections ostéo-articulaires sur matériel », parrainée par la société savante, la SPIF (Société de Pathologie Infectieuse de langue Française) en 2009. Elle a repris environ 300 références autour des infections osseuses. Il remarque que ce genre de conférence arrive à proposer des attitudes qui sont basées sur des données de la littérature assez faibles. Mais selon lui, leur validité vient du fait que les recommandations sont « basées sur habitudes des experts » : « ils disent que dans tels infections osseuses, il faut faire 15 jours de tel antibiotique par voie intraveineuse parce que l'on fait comme ça et qu'après il faut faire une bithérapie par voie orale ». Hervé reconnaît que ces recommandations d'experts pourraient faire l'objet de beaucoup de débats, mais elles restent considérées comme des références. Et il ajoute : « on essaie de les respecter car si un patient porte plainte, on va regarder si on a suivi les AMM et les recommandations d'experts ». Et il ajoute qu'il est indispensable de se baser sur ces recommandations pour monter un essai prospectif interventionnel, ce qui est compliqué par le fait que les recommandations françaises ne sont pas forcément les mêmes que les italiennes, suisses ou

anglaises. Et l'intérêt est pour lui et son équipe justement de faire valoir des projets au niveau international. Nous sentons poindre à ces endroits les questions de pouvoir évoquées au chapitre IX. Les conférences de consensus sont aussi des lieux de contrôle latéraux (CASTEL, 2008, p.21) : des chercheurs entre eux, des laboratoires entre eux, des pays entre eux. Elles sont pour ainsi dire des dispositifs de surveillance mutuelle. Il ressort de ce système d'expert et de recommandation une impression de machinerie bien rodée et qui semble produire pour reprendre l'expression d'Yves, « un broyat explicatif » pondéré d'expertise, de pratique clinique et de sens, de manière à l'appliquer au plus large.

La place de l'expérience.

Derrière les études scientifiques et les médiations des sociétés savantes, c'est bien l'expérience de la pratique qui est questionnée. Yves s'interroge de façon bien pertinente sur la différence entre l'enseignement de son expérience et ses éventuelles « croyances » :

« YU : Je ne suis pas très au fait des études sur le HPV, et c'est marrant... Ma conviction, c'est que je le mettrais dans le même sac des vaccins nécessaires, qui apportent une plus-value chez la femme notamment. La conviction de le mettre en systématique homme et femme se pose. D'accord ?... Il ya des études qui montrent que ce serait valable mais ce sont des modèles pharmacologiques et économiques que j'ai beaucoup de mal à suivre. Et là aussi, ma perception est biaisée par mon vécu. Le HPV j'en vois, beaucoup, notamment chez des personnes immunodéprimées et l'idée de vacciner les gens pour éviter qu'il y ai ça, je suis assez pour... Je pense que je vaccinerai très rapidement pour le HPV. Et la question se posera aussi pour ma famille. Le problème, c'est que très rapidement cela devient une croyance de mon côté. Il y a une sorte de comportement global dans ce que je dis... Je m'assume assez pro vaccin, sans faire du prosélytisme, mais je suis assez convaincu dans ma pratique où j'essaie de regarder le bénéfice.

JF : « La croyance » laisse à penser qu'il y a peut-être des choses fausses...

YU : Le terme croyance m'est sorti mais j'étais gêné qu'il sorte (rires). C'est analytique, c'est très bien. On va rebondir là dessus (rires). Non, ce n'est pas une croyance. J'associe au terme vaccin une connaissance globale adaptée d'autres vaccins. J'ai un a priori positif par rapport au mécanisme général de vaccination. Après pour chacun des vaccins, j'aimerais avoir un œil un peu ouvert et un peu appuyé de connaissances théoriques ou nourries d'une littérature pour justifier d'une pratique au quotidien. Chose que je n'ai pas ouvertement sur tous les vaccins, mais mon a priori est positif et basé sur un fait historique de progression globale de la connaissance et du contrôle des maladies à travers l'hygiène et la vaccination. » (Yves U. janvier 2012).

Mais l'expérience, au-delà d'expérimenter la réalité de la maladie ou d'un traitement, a aussi trait à l'identité du médecin. L'identité se construit au fil de l'expérience, et nous retrouvons à nouveau la question du politique, des frottements entre les uns et les autres, des conflits générationnels :

« Nous, on a une énorme difficulté entre les générations. Notre génération essaie de se poser sur des consensus, sur des articles. On essaie de partager une connaissance théorique et aussi d'expérience. Il y a 2-3 anciens dans le service à raconter l'histoire qui conduit à la pratique universelle : " parce que j'ai vu ça, j'ai fait ça". A mon sens il y a des fois où ça s'applique. Mais il y a des fois où cela ne s'applique pas et je pense qu'il faut accepter qu'il y ait un relais par l'académie, la littérature, le filtre de l'expertise un peu plus académique. Plutôt que se limiter à un "moi j'ai vu...". Ça manque d'humilité le "moi j'ai vu". "Comme moi j'ai vu, toi tu ne sais pas..." Tu ne peux pas savoir parce que tu n'as pas vu alors que la littérature elle est partagée. Moi j'ai tendance à aller plutôt contre cette expérience, la casuistique qui résout tout : "parce que j'ai vu, je fais ça..." Parce que j'ai vu, je pondère ce que l'on a écrit dans les bouquins, dans ce que l'on a publié, ce que l'on a raconté. Il faut un peu d'humilité... Ce n'est pas parce que je l'ai vu une fois que cela va se répéter aussi... » (Yves U. janvier 2012)

Mais si nous nous recentrons sur la question de l'accès à la réalité, il semble parfois dans les propos, que la distinction entre la science et l'expérience ne soit pas bien claire. Nous pourrions parfois avoir l'impression que la science sert de voile de pudeur à l'expérience. Comme s'il n'était pas bon de mettre cette dernière trop en avant. Ce point-là est illustré par ce que Hervé K. appelle la recherche observationnelle.

HK : « Il faut prendre la mesure de la qualité de la recherche que tu fais. Dans la recherche observationnelle, tu vas essayer de sonder un événement. Si tu trouves un effet de quelque chose, il ne faut pas tirer des conclusions trop hâtives car il y aura forcément des biais comme c'est de l'observationnel. Par contre cela peut amener à réfléchir à des projets de recherche plus prospectifs, randomisés, où tu maîtrises les biais et tu te rapproches plus de la vérité. Il y a un degré d'incertitude que tu te donnes dans la recherche que tu fais, qui est je pense indispensable à mesurer...

JF : Ce que tu appelles recherche observationnelle, c'est de la pratique de tous les jours ou c'est quand même cadré... »

HK : La recherche observationnelle est la pratique de tous les jours, centrée sur une certaine population. Dans les infections ostéo-articulaires, on utilise des traitements qui n'ont pas l'AMM sur des infections compliquées à germes multi-résistants. C'est en quelque sorte une dérive car on utilise des médicaments contre des bactéries dont on ne sait pas s'ils fonctionnent dans cette indication. On a beaucoup de précautions à prendre déjà médico-légales. On utilise ces traitements chez des patients chez qui on a peu de recours thérapeutiques mais on utilise ces traitements car on a l'impression au vu de la littérature que cela pourrait marcher. Donc on va prendre 15 cas

de nos patients qui ont été traités par cet antibiotique-là qui n'a pas l'AMM. Et on va regarder si après 3 mois de traitement, c'est plutôt bien toléré ou non. Si on a 75% de cas de succès, on se dit que ça semble marcher dans une population où l'on n'avait pas d'autre alternative.

JF : A ce moment là les données de la littérature sont aussi observationnelles.

HK : Les données peuvent être in vitro, des données de laboratoire. Elles peuvent dire que l'on a l'impression que cet antibiotique pénètre dans l'ostéoblaste, dans le biofilm, sur les bactéries qui sont résistantes aux autres antibiotiques. Mais il n'y a pas d'essais thérapeutiques qui te disent que ça marche dans des infections osseuses multi-résistantes. On joue un peu en quelques sortes avec des thérapeutiques hors AMM chez des patients particuliers. Mais il ne faut pas tirer de conclusions trop hâtives, notamment en généralisant le bénéfice pour tous les patients par rapport aux thérapeutiques validées. Il faudrait par la suite faire un essai prospectif randomisé pour justement approcher la vérité, savoir si ça marche ou pas, quel est le degré de tolérance. Et là, on marche toujours un peu sur des œufs, dans ce genre de pathologie bien particulière, ciblée, sans données dans la littérature, mais en même temps, il faut bien soigner les gens.

JF : Comment décidez-vous de focaliser votre regard sur tel ou tel problème, en équipe ?

HK : Non, ce n'est pas une étude, c'est pas du tout formalisé, c'est au cas par cas. Chez ce patient-là je suis coincé. Qu'est-ce qui pourrait être le plus adapté chez ce patient ? Et on arrive à cet antibiotique-là. Et au bout de 10 patients, on va étudier dans quelle situation on a fait ce choix, comment les patients l'ont supporté, quel est le taux de succès... Donc, ce n'est pas une volonté d'étude, mais une volonté de soigner au cas par cas...

JF : C'est des choses qui sont discutées en équipe ?

HK : C'est plutôt en équipe, en sachant que les décisions se prennent de manière individuelle. On essaie nous de communiquer un maximum sur ces décisions-là qui ne sont pas faciles à prendre à partir du moment où c'est hors AMM. De plus en plus on fait des colloques, on échange sur tout cela et on est tous à peu près au courant de ce que l'on fait. Après, les infections ostéo-articulaires sont ma thématique de recherche, donc c'est plus à moi de colliger ces cas pour essayer de faire le point en terme de tolérance et d'efficacité.

JF : Et à ce niveau-là, tu peux être amené à écrire un papier ?

HK : Oui, l'idée, c'est de colliger ces cas, de faire des abstracts pour des congrès, d'écrire les papiers, de montrer que l'on est actif. C'est là où c'est de la recherche qui est hyper intéressante, parce que la volonté initiale n'est pas de faire de la recherche, mais de rendre service au patient, et au final, de faire la synthèse observationnelle de ces cas. Mais ça reste de l'observationnel et tu ne peux pas non plus généraliser complètement ces pratiques-là. Avec le degré d'incertitude qui fait que ce n'est pas du tout une étude randomisée. On n'est pas du tout financé par les laboratoires. Et c'est important pour nous de valoriser ça, même si ce n'est pas l'objectif essentiel, notamment pour les prochains patients. Est-ce que l'on a bien fait, était-ce bien supporté ? Nous on ne peut colliger que les effets indésirables graves contrairement à une étude de laboratoire où ils vont pouvoir colliger le moindre effet. Mais la vérité n'est pas dans ces dix cas... Il faut prendre la mesure de tout ça. Ce n'est pas les 200 cas « effet contre placebo » de l'industrie qui coûtent très cher » (Hervé K. mars 2012).

Pour Yves U., il y a recherche et recherche. Il évoque ainsi d'un côté les essais thérapeutiques comparateurs et de l'autre, le fait de rapporter un cas, ce que Hervé appelle la recherche opérationnelle. Yves se demande si le vocable de recherche est adapté à cette situation-là : « nous, on raconte beaucoup les histoires que l'on voit pour les partager et pour voir si derrière, elles correspondent aux histoires racontées ailleurs ». Il explique qu'il va publier une de ces histoires dans une revue internationale d'infectiologie parce que lui et son équipe estiment qu'elle est importante, qu'elle va moduler les pratiques et que ça va apporter une plus-value parce que cette histoire n'a jamais été racontée. La différence entre le rendu d'expérience et la recherche scientifique semble dans ces propos bien tenue. Nous pourrions y voir de la confusion ou des mécanismes de valorisation identitaire, mais pour Hervé K. il est plutôt une interdépendance entre la démarche de recherche et l'expérience clinique. Il est impossible selon lui d'avoir l'idée d'un essai clinique sans être clinicien, au contact des malades à soigner. Et il met en garde contre le risque de se perdre dans des recherches bibliographiques trop vastes, des lectures d'articles sans arrêt, auquel lui-même est très exposé : « moi, j'ai moins de temps pour passer dans les services, je n'arrive plus à être praticien hospitalier, à revoir avec l'assistant les patients le soir, à revoir tous les problèmes. Parce que je ne peux pas. A partir du moment où je fais de la recherche, j'ai besoin d'être 48h sur SPSS, téléphone éteint pour me plonger dedans ». Il dit craindre ainsi de se perdre dans sa recherche, et de perdre du coup de la pertinence dans ses choix thérapeutiques et stratégiques : « c'est un équilibre super dur à trouver mais indispensable ».

Le Pr. Ivan L. fait une analyse identique. Il utilise la même formulation que Juliette U. : ce sont les cliniciens qui connaissent « la vraie vie ».

« L'expérience clinique est indispensable. Pourquoi il y a-t-il une expertise externe ? Finalement, on pourrait dire, pourquoi aller s'emmerder avec des experts externes qui sont confrontés avec le réel, qui ont été forcément amenés à travailler avec les firmes, qui créent des soi-disant conflits d'intérêt, etc... ? Il pourrait être plus simple d'avoir qu'une expertise interne. L'AFSAPS par exemple, a des experts internes et des évaluateurs internes qui sont salariés du ministère de la santé et qui ne font que ça... Mais ils ne peuvent se passer de l'expertise externe. Quand on parle d'un médicament, il faut quand même connaître l'avis des gens qui les utilisent, qui sont sur le terrain. Est-ce que c'est réaliste ? Et qui connaît les maladies dont on parle, alors que les évaluateurs internes qui sont des médecins de santé publique, ont une idée de la pathologie qui est quand même très limitée ? Voilà, le système nécessite les deux expertises. Il y a besoin de cliniciens car ils représentent la vraie vie... La vraie vie c'est les cliniciens qui la connaissent. Et d'ailleurs l'expertise en matière de vaccination représente toutes les catégories de médecins impliqués : il y a des généralistes, des infectiologues, des pédiatres, des médecins de santé

publique, des microbiologistes... Il y a un panel qui est suffisamment vaste pour couvrir tout le champ de l'expertise. Il y a un économiste de la santé, un sociologue... L'expertise est là mais on ne peut pas en médecine faire de l'expertise sans les cliniciens. C'est impossible si c'est purement théorique... Ce n'est pas réaliste... Les cliniciens ont leur mot à dire très fort et d'ailleurs, je suis président du comité technique des vaccinations et je suis pédiatre, j'étais même réanimateur pédiatre. » (Ivan. L.)

Pour Yves. U l'infectiologue, la vraie vie des gens qu'ils soignent est accessible avant tout par le regard, la perception, le signe, la sémiologie, mais aussi par le lien thérapeutique. Il appelle lien thérapeutique la confiance que lui alloue le patient dans ce qu'il lui propose. C'est selon Yves fondamental pour accéder à la réalité de ce que vit le patient, à « ses vrais difficultés », qui vont toujours au-delà du phénomène physique qui l'agresse. Il juge la médecine qui nous a été enseignée comme une médecine théorique et scientifique, mais il dit lui ajouter une pratique qui s'inscrit selon lui dans l'écoute, l'observation, le toucher du patient : « un mec qui a le Sida, qui est dans la difficulté du lien, dans l'émotion de son corps et de son intimité, il faut savoir l'examiner sans mettre quinze gants, le considérer comme il est... C'est peut-être un exemple un peu faible, un peu trivial... C'est très très important... ». Et c'est là qu'il faut trouver selon lui l'efficacité des médecines alternatives : « je pense que le naturopathe et l'ostéopathe, en apportant cette écoute-là libère ce truc-là, que certains vont appeler des énergies, d'autres de la psychothérapie... ». Pour lui, « l'expérience, c'est puissant ». Tout ce qui est vérifié d'un point de vue théorique découle de l'expérience, de la connaissance du terrain qui conduit à une hypothèse qui est vérifiée. Et c'est là qu'il situe la démarche scientifique de son service. Pour Yves, plus l'on voit des patients, des situations, plus on nourrit une connaissance académique d'événements cliniques qui la rendent beaucoup plus réelle, vivante, et adaptée aux autres situations. Et les deux sont pour lui indissociables : « celui qui n'a qu'une connaissance théorique ne sera d'aucune aide sur la pratique. Ceux qui soignent ne sont pas des théoriciens... ».

Paul G. rapporte également cette notion de complémentarité entre l'expérience et les données de la science. Mais il avance que pour l'hépatite B qui est une maladie encore mal connue ou mal comprise, la complexité qu'engendrent ces incertitudes ne peut être débrouillée par l'expérience personnelle. Une série de données sont selon lui inaccessibles par l'expérience.

« Tu as une connaissance historique, une connaissance fondamentale qui est véhiculée petit à petit. Et ça pour les hépatites, c'est vraiment très important. Notamment pour l'hépatite B qui est une maladie complexe en termes de physiopathologie, qui reste un peu mystérieuse... Et je pense que

c'est probablement une des difficultés. Ce sont des maladies qui sont difficiles à appréhender. Un cancer du sein, tu sais que si tu ne fais rien, ça grossit et ça donne des métastases. L'hépatite chronique B c'est compliqué parce que tu peux toute ta vie te promener avec une hépatite B et te porter comme un charme parce que tu as une forme inactive. Tu peux guérir spontanément. Et tu peux faire un cancer ou une cirrhose. Et tout ça sans avoir de facteur prédictif évident quand tu vas rencontrer le virus la première fois. Et c'est un des paramètres qui rend compliqué pour les médecins et pour les malades, la prévention de ces pathologies. Les certitudes sont moins claires. Pendant longtemps, on a dit : « Vous avez un ag HBs, vous avez du virus, c'est pas grave, comme vous n'avez pas de symptôme ». Et ça, ça peut être tout à fait sous-tendu par une expérience, par des médecins, qui ont suivi des gens avec des AgHbs toute leur vie et qui ont toujours été très bien. A quoi ça sert d'aller les emmerder avec un traitement alors que j'en ai 5 qui vont très bien. Pour ces maladies chroniques, on est un peu obligé d'avoir l'élément observationnel, les données de la littérature, des données statistiques, chiffrées qui t'informent sur une pathologie. Les données sont quasiment inaccessibles par l'expérience d'un seul praticien. Tu as beau voir 10 hépatites B, si tu n'as pas des connaissances de la littérature, des cohortes observationnelles et tout ça, tu as beaucoup de mal à te faire une idée précise et à définir ce que peut être cette maladie dans ta tête et surtout à pouvoir proposer quelque chose qui paraît cohérent par rapport à ça. [...] Ton expérience personnelle ne peut pas te donner une vision entre guillemets objective de ce qu'est la pathologie.» (Paul G., juillet 2012).

Face à l'incertitude : gérer sereinement...

Il semble que nous pouvons à ce stade faire une distinction un tant soit peu générale entre le groupe des médecins traitants et le groupe des spécialistes et scientifiques. Les médecins généralistes vivent l'incertitude dans l'angoisse. Ils mènent une sorte de combat éreintant pour mettre du sens dans la foule d'informations contradictoires qu'ils reçoivent et les positionnements très divers qui les entourent. Et cette obligation à se positionner dans de multiples champs et dans la solitude de leur cabinet, est accompagnée de la peur de nuire, de mal savoir, qui semble conduire assez fréquemment à une fatigue quand ce n'est pas un épuisement professionnel. La confrontation à l'incertitude chez les scientifiques semble vécue de façon très différente et beaucoup plus sereine. Elle est abordée contrairement aux généralistes de façon collective, et les capacités du travail scientifique et ses limites sont mieux connues.

Yves U. l'infectiologue, reconnaît sans problème qu'il y a un défaut de connaissance dans de nombreux secteurs : « il y a beaucoup de choses que l'on ne connaît pas ». Face à cela, il faut « essayer d'avoir une attitude de soignant », c'est-à-dire selon lui, trouver ce qui semble raisonnable, non iatrogène, non dangereux et qui implique l'accord du patient par

rapport à l'effort qu'il va fournir, et la situation qu'il espère au final améliorer. Tout cela est rapporté comme « très transparent dans l'acte de soin ». Pour lui, la vaccination est très en amont de cette problématique de l'incertitude. Il n'est pas inquiet du danger et assez convaincu du bénéfice. Il n'a aucune hésitation à vacciner au quotidien. Pour d'autres sujets qu'il juge plus incertains, comme le traitement de la tuberculose multi-résistante aux antibiotiques usuels, c'est le travail collectif qui procure la solution. Face au fait de ne pas savoir avec quelle molécule traiter ni combien de temps traiter, parce qu'il n'y a aucune donnée dans la littérature, il faut faire appel aux confrères : « Moi j'appelle un copain de la Pitié-Salpêtrière. Et il n'en sait rien non plus, donc à la fin, on tranche... et au sein des sept praticiens hospitaliers du service, on peut avoir des avis complètement différents. Il y en a un qui va dire qu'il va falloir faire 24 mois, l'autre qui dit que ça sert à rien, que c'est l'immunité qui va le faire. Après on trouve un consensus ou on le trouve pas, mais c'est celui qui est garant du lien avec le patient qui va prendre la décision ».

Paul G. l'hépatologue, explique aussi que pour lui, la certitude sur laquelle il se base pour expliquer les choses aux malades est assez « mouvante », du fait qu'elle se construit au grès des perceptions différentes les uns et des autres : « quand tu te retrouves en réunion d'hépatologues, ça ne change pas du tout au tout, mais il y a quelques divergences, sur l'interprétation de la charge virale. Ce n'est pas monobloc, car on est sur cette réalité qui bouge ». Nous retiendrons bien cette notion de "réalité qui bouge". Outre le travail collectif qui rassure et divise la responsabilité de la décision face au malade, la sérénité ressentie face à l'incertitude en médecine provient aussi d'une connaissance ressentie par le spécialiste comme plus proche et non fantasmée, car de l'intérieur du travail scientifique. Les limites de leurs savoirs semblent mieux connues, intégrées et acceptées plus facilement. Paul sait qu'à un moment, il est juste impossible de se mettre en lien direct avec la réalité biologique notamment par manque de moyens : « si tu voulais vraiment faire une étude complètement solide, il faudrait des milliers de personnes et t'inscrire dans le temps. Le laboratoire ne va pas financer ça et pour l'instant, compte-tenu des éléments à disposition, l'autorité de santé ne va pas financer des études pareilles ».

Les thérapeutes alternatifs

Entre l'angoisse des médecins généralistes et la sérénité des scientifiques de la médecine, comment se positionnent les médecins ayant fait le choix d'une pratique non académique et parfois non conventionnelle face à cette question de l'accès à la réalité. La dialectique entre la science et l'expérience est-elle tout aussi présente ? Comment ces thérapeutes pensent-ils être en lien avec la réalité biologique de la personne, de la maladie, des effets des thérapies qu'ils proposent ? Il semble que la démarche vers le réel se base avant tout sur un retour à la clinique, à l'observation méticuleuse du corps, à la recherche sans cesse de nouveaux schémas pour le penser.

Accéder au réel par le corps et la clinique.

L'ostéopathie : appréhender un méta système non encore résolu.

Le Dr Xavier K. qui pratique autant la médecine générale à l'hôpital de Fourvière que l'ostéopathie, parle de sa pratique d'ostéopathe à travers ce cas clinique de la guérison d'un enfant. Il évoque une manière différente d'aborder le corps que celle enseignée à la faculté et pratiquée classiquement en médecine conventionnelle :

« Il y a des choses intéressantes sur la régurgitation du nourrisson. Tu vois, un exemple intéressant : j'avais vu des confrères médecins qui m'avaient amené leur enfant pour des régurgitations abondantes sous tel médicament avec pas mal de choses au niveau du traitement. Et à l'examen, il y avait un truc assez spécifique entre la base du crâne et l'estomac, et sur l'axe de l'œsophage. En traitement ostéo il y a un truc à faire classique que j'ai fait. Voilà, je les ai vus des mois après, et ils m'ont dit : on a bien pensé à vous... Deux jours après le traitement, l'enfant a vomi, régurgité... Médicament ou pas cela ne changeait rien... et après, arrêt des symptômes complètement et arrêt des médicaments sans récurrence des symptômes... Cela me semble une expérience pratique intéressante. Je ne dis pas que cela marche toujours comme ça, mais...

JF : Comment tu expliques ton action dans ce cas là...

SF : En l'occurrence, on est sur des dysfonctions de la zone cardiaque et de l'œsophage, entre la base du crâne et l'hypochondre... Non, il n'y a pas de manipulation. On travaille sur les tensions que l'on détecte. On peut

expliquer après coup anatomiquement comment ça se passe, mais on travaille sur les tensions que l'on détecte. Et après il y a une façon de lire les tensions qui est : soi de se dire : j'ai une tension là et il faut aller à l'inverse de la tension, du genre quand j'essaie de faire ça je n'y arrive pas, il y a un élastique qui me retient. Ou alors, il y a une autre approche moins structurelle, moins dans la matière, qui dit que je mets les mains là et la tension elle est là. Et là c'est l'apprentissage ostéopathique. Dans un souci d'objectivité, j'essaie toujours d'inverser les paramètres. On pose les mains, on sent que ça va dans un sens, on inverse les paramètres pour voir que ça résiste bien dans l'autre sens... Pour être dans l'objectif entre guillemets, on pourrait mettre un dynamomètre dans l'autre sens, alors que là tu ne mets rien du tout et tu sens le moteur se mettre en route.

JF : Et la tension tu essaies de la lever à ce moment là ?

SF : Et après, il y a trois façons de lever une tension. Soit tu la lèves en faisant des inversions de paramètres, et une manip. C'est un mouvement de faible amplitude et haute vélocité. Donc le but c'est d'envoyer une info en fait. Ça abouti au niveau vertébral a du cracking et au niveau articulaire a du cracking. Bon après tu ne fais pas ça sur un crâne de nourrisson ou un tissu qui n'a pas d'articulation... Après, il y a d'autres méthodes. Donc, un, c'est le structurel finalement, avec l'inversion des paramètres. Deuxièmement, le myotensif : tu vas étier une structure et tu demandes de contracter et la structure va repartir dans l'autre sens, et au moment du relâchement, tu étires encore un peu plus... Cela se rapproche presque de la rééducation quand tu veux gagner en amplitude. Ce n'est pas un reparamétrage du système, mais ça permet de ré-étirer les tissus pour faire de la place. Et puis ce qui est plus typiquement ostéopathique, c'est que tu mets les mains de part et d'autre du système tensionnel que tu as détecté. Tu laisses partir et ça part... Là où il y a la tension, cela se replie et se ré-agence autour de la tension. Et a un moment donné, on retrouve un point neutre, on a vraiment cette sensation dans les mains, je suis désolé (rires)... Et voilà, une fois que tu as cette sensation là dans les mains de points neutres, d'équilibre, souvent ça lâche, cela revient en arrière et ça retrouve un équilibre. Et après tu peux vérifier en inversant les paramètres que tu n'as plus quelque chose de facile là et de difficile dans l'autre sens mais bien un mouvement qui est plus harmonieux de part et d'autre. » (Xavier K., juillet 2012)

Xavier ne cherche pas à prouver son efficacité ni à la justifier. Il a appris pendant ses études « la main ostéopathique » qu'il se contente de décliner en fonction des situations. Il pense travailler sur un métasystème non encore résolu. La pratique ostéopathique aurait pour objectif de tenter de l'appréhender de façon dynamique et tensionnelle.

« Comment ça fonctionne l'ostéo ?, je ne sais pas... Je suis très clair... Je me borne à constater que l'on a des choses qu'on détecte au niveau tensionnel (contrainte on va dire), que la contrainte tire dans un sens et que l'on ne peut pas ramener dans l'autre sens... Dans le sens commun, on dirait que c'est plus la résistance qu'on irait voir que le fait que le moteur se mette en route, et tire parce que ça tu l'as pas... C'est de l'apprentissage ostéopathique, voilà, c'est tout... Et en fait, en ostéo, ce que tu fais, c'est finalement apprendre la main ostéopathique et son ressenti, et après, c'est de la déclinaison... Sur quoi on travaille ? A mon sens sur un métasystème qui

n'est pas décrit, c'est-à-dire un ensemble de systèmes de régulation des tensions et du dynamisme. C'est un système de régulation de l'ensemble des tensions de l'organisme qui n'est pas décrit correctement par les ostéopathes. Tu as des choses sur les chaînes musculaires qui ont été faites mais c'est tout. Mais en anatomie, on a fait une anatomie analytique mais pas une anatomie globale. Donc il faudrait imaginer qu'il y a tout le temps des systèmes qui sont en équilibre ou en équilibration complète et qui jouent jusque sur les tissus eux-mêmes qui se modifient en structure. Les tissus se règlent en tension et aussi en forme, en longueur en fonction de ce qui fait, de ce qu'on lui fait faire, des contraintes, des positions, etc... Ce système-là, la seule chose que l'on fait en ostéo, c'est apprendre à prendre la main consciemment dessus, alors que chez tout être vivant il travaille continuellement en sous-cortical, inconsciemment. Ces régulations se font avec ou sans ostéopathe. L'ostéo ne fait que mettre la main dessus et les suivre. C'est tout. Si tu l'abordes sous cet angle là, c'est très simple. Il y a un système qui existe qui est partiellement décrit, pas globalement décrit on va dire... Et un apprentissage pour l'appréhender de façon dynamique et tensionnel, basta... Après, on peut le décliner, l'affiner, se dire sur telle pathologie, c'est plus telle physiopathologie qui s'est mise en route anatomiquement. » (Xavier K., juillet 2012)

L'homéopathie et les associations de pathologies.

Laure L. perchée au sommet de *la rue des fantasques* multicolore, évoque le principe et l'histoire de l'homéopathie. Elle explique que la finesse du travail de l'homéopathe est de réfléchir devant et avec le patient, à ses propres associations de pathologies. De la même façon que Xavier, Laure ne souhaite se lancer dans aucune explication biologique de l'efficacité de l'homéopathie dont elle dit en ignorer le mécanisme. Mais elle croit aux effets bénéfiques qu'elle voit :

« Bon, tu as une angine, le test est négatif. C'est une inflammation. Tu vas agir selon l'aspect de la gorge, selon le fait que le patient est soulagé en buvant froid ou pas, selon le fait que la douleur irradie vers les oreilles ou pas, selon qu'il y a une forte fièvre ou pas... On se sert de l'ensemble des symptômes de ce que l'on voit pour choisir un des trois médicaments que l'on peut donner dans l'angine. On va choisir l'un d'entre eux sur l'aspect des piliers, l'autre sur l'aspect de la luette et sur le fait que le froid fasse du bien, le troisième sur une gorge uniformément rouge. Le quatrième sur l'aspect de la langue. Et donc angine n'égal pas tel truc. Et ça tu l'apprends au départ. Ce que tu apprends quand tu apprends l'homéopathie, c'est ce que l'on appelle la matière médicale. C'est le Vidal des homéopathes en fait. Donc si tu veux, chaque souche dont nous disposons a été utilisée à dose pondérale sur des individus sains par Samuel Hahnemann qui est le type qui a inventé l'homéopathie. Et il a relevé les effets que provoquait chaque produit chez l'individu sain... Son idée était de traiter les patients qui présentaient les

mêmes symptômes avec des dilutions infinitésimales de la même souche. [...] On a tout un tas de souches pour les pathologies aiguës. Le grand grand intérêt de notre travail, c'est que l'on a aussi des souches qui vont déclencher non pas des trucs locaux mais des pathologies chroniques... C'est montré dans l'expérimentation Hahnemannienne. Il y a aussi des associations de pathologies. Tu vois, c'est ça qui nous intéresse... Si tu bouffes des feuilles de thuya pendant quelques mois, tu vas te développer des verrues, un écoulement nasal chronique, avec de la diarrhée. Donc ce thuya te provoque des symptômes dermato, orl, digestif. La finesse de notre travail, c'est que l'on va réfléchir devant notre patient à ses propres associations de pathologies. Qu'est-ce qu'il a lui qui ne colle pas. On n'a pas tous la même chose. Nous ça nous intéresse qu'il y ait quelqu'un qui a à la fois de l'eczéma, qui a fait des coliques néphrétiques et un adénome de la prostate. Pour nous, c'est une association de pathologies qui nous conduit à un traitement. C'est là l'intérêt sur les pathologies chroniques.

JF : Il y a une explication sur l'efficacité de la dilution ?

LL : Non, on ne sait pas... Ce sont juste des constatations expérimentales. Il y a quelques théories, notamment de la mémoire de l'eau... Quelques travaux montrent que l'action pourrait être plus physique que mécanique, ce qui pourrait être logique puisqu'à partir d'une dilution de 10 puissance 9, il n'y a plus de molécules dans le produit. On ne peut pas penser qu'il y a une action biochimique... [...] L'efficacité je la vois... Je crois ce que je vois. On est très attaché à l'examen clinique : l'odeur des gens, la couleur de leur langue... Notre démarche est très accès sur la clinique et de fait notre conviction aussi... d'une certaine façon... La médecine universitaire des années 70 était aussi très attachée à la clinique, mais pas celle d'aujourd'hui. Je viens de voir un petit gamin qui a une maladie périodique, pour te donner une idée de ce que l'on peut faire et c'est passionnant. Cela fait deux fois que je le revois. Il faisait deux épisodes fébriles sévères par mois sous colchicine avec 4, 5 ou 6 jours de fièvre à 40 avec des douleurs partout. Je l'ai traité et on est passé de deux épisodes par mois à deux épisodes en 6 mois. Tu vois, ça ne peut pas être un effet placebo. Tu vois, c'est des réussites thérapeutiques que je trouve extraordinaires. Ça change la vie de ce gamin qui ratait l'école la moitié du temps, il était au fond de son lit... Je suis toujours émerveillée... Bon, on ne fait pas ça tous les jours. Quand tu as des résultats comme ça, tu es contente... » (Laure L. juillet 2012)

Karl W., l'homme en blanc de la rue Puits Gaillot entre la place de la Comédie et la place des Terreaux, qui est aussi homéopathe, défend de la même manière l'homéopathie comme une approche beaucoup plus globale que la médecine classique, non seulement face au corps du patient mais aussi face au monde qui l'entoure. Il invite à la modestie de savoir que l'on ne comprendra jamais le sens et les mécanismes de la maladie chez une personne. Il faut selon lui, contrairement à la médecine moderne, penser chaque personne dans son individualité.

« L'homéopathie est une approche beaucoup plus globale non seulement dans le corps du patient mais aussi dans le monde : intégrer et prendre en compte le rythme des saisons, la nourriture, les émotions, toutes les influences, les climats, etc... Depuis toujours en médecine, j'ai gardé cette approche, cette tentative, car bien sûr ce serait orgueilleux de prétendre à une approche complète de la réalité, etc... J'ai toujours été méfiant des approches très sectorisées et partiales de la médecine. [...] Et puis au fur et à mesure que j'ai continué ma pratique, je suis resté de plus en plus modeste, et ça c'est surtout l'homéopathie qui m'a donné cette approche. Hahnemann le dit dans l'Organon assez rapidement (l'Organon, c'est notre bible à nous), d'avoir la modestie de savoir et d'accepter que l'on ne comprendra jamais vraiment le sens de la maladie de chacun et même les mécanismes qui sont en jeu. Et il faut donc se contenter de ce que l'on peut observer et de ce que le patient nous présente. L'approche en homéopathie n'est pas du tout nosologique. On s'en fiche un peu de l'approche nosologique occidentale. Par contre on va prendre en compte des émotions, des symptômes ou des rêves que nous apporte le malade, qui semblent ne rien avoir à voir avec la maladie que l'on nous a apprise avec la médecine classique, mais qui représente vraiment la personne comme elle souffre. Et cette modestie ou cette acceptation que l'on n'a pas accès au secret de la vie, ça m'a donné une façon d'aborder les gens différemment aussi. On s'en aperçoit tous les jours : vous mettez des personnes dans un courant d'air dans le métro, il y en a deux qui feront une angine, deux qui auront un torticolis, l'autre qui aura rien, enfin etc... C'est tellement personnel la manière de réagir ou d'exprimer une maladie. Et comme tout ce que l'on nous montre en médecine classique est basé sur des statistiques, ce qui voudrait dire que chaque individu est identique ou presque... Il y a quelque chose qui me dérange et je n'ai pas cette confiance là, c'est vrai. Eventuellement pour mesurer des effets secondaires à la limite, ou des choses comme ça, mais... Ce qui explique un peu mes réticences par rapport au discours officiel » (Karl W., août 2012).

Karl W. donne l'exemple de la méthode NAET qui guérirait les allergies dans environ 80% des cas. Il explique comment cela fonctionne. Il évoque son trouble, par le biais de cet exemple qui montre selon lui que l'on connaît aujourd'hui bien peu de choses en médecine.

« Je ne sais pas si vous connaissez la méthode NAET (Nambudiprad Allergie Elimination Technique), encore plus fou, mise au point par une acupunctrice qui vit en Californie, une femme indienne qui s'appelle Nambudiprad. C'est une technique pour traiter les allergies et les intolérances. Les patients me racontaient ça, qu'ils étaient guéris comme ça et je pensais qu'ils se foutaient de moi. J'ai été voir sur internet, j'ai acheté le bouquin, et puis j'ai été me former. Et c'est fascinant... C'est que de l'information. Le principe, c'est que l'on donne un témoin qui est de l'eau et qui a reçu l'information de l'allergène, soit un pollen, soit du gluten, ou n'importe quoi, un truc que l'on absorbe ou que l'on touche auquel les gens sont allergiques. Pendant qu'on lui fait ça, on fait quelques manips de points d'acupuncture. On lui dit de ne pas s'approcher de l'allergène pendant 25 heures, car le circuit de tous les méridiens est de 24 heures, et après, ils ne sont plus allergiques. Et c'est vrai. J'ai commencé dans ma famille, sur des gens qui avaient des rhumes des foins épouvantables qui prenaient avant des corticoïdes et après des antihistaminiques, enfin des trucs épouvantables... Et

en deux séances, plus rien... plus rien... Je n'en revenais pas et je n'en reviens toujours pas... et donc là c'est ce que l'on appelle la médecine quantique entre guillemets, car c'est toujours pareil, on ne sait pas ce que c'est... C'est le cerveau qui capte une information et en même temps, on le reprogramme j'allais dire... La théorie, ce que j'en ai compris ou ce que j'en devine, c'est que l'on devient allergique quand le cerveau se trompe d'interprétation sur une information parce que le jour où l'on était en contact avec cet allergène, il a subi un stress, par exemple manger une pomme et avoir une frayeur... Il peut y avoir un switch à ce moment là et après chaque fois que vous avez le contact avec ce produit, il réagit en stress, comme ça. Donc l'idée est de le remettre en contact en développant tous les circuits pour réharmoniser ça. Un peu comme quand on fait reset sur notre ordi... Ce n'est qu'une hypothèse en théorie mais en pratique c'est incroyable. Moi j'ai vu guérir des gens qui ne mangeaient pas de gluten. Alors ce n'était pas forcément une maladie cœliaque car c'est toujours pareil, s'il n'y a pas tel ou tel critère, la médecine classique vous dit ce n'est pas une maladie cœliaque, mais il y a un paquet de gens qui arrêtent le gluten d'eux-mêmes parce que leur voisine ou un ami leur a dit, et qui sont transformés au niveau colopathie, douleur articulaire, etc... Donc il y a bien quelque chose qui se passe même si ce n'est pas reconnu par la médecine classique. Des gens comme ça, en deux séances, ils peuvent manger normalement, c'est incroyable... Ça ne marche pas à 100%, mais nettement au dessus de 50%, peut être 80%. Toutes ces approches là me troublent beaucoup, car je pense que vraiment il y a beaucoup de choses que l'on ne sait pas et que l'on ne connaît pas en médecine, c'est vraiment troublant... »

Accéder à la réalité par-delà la culture et la nature ?

Accéder au réel par-delà la culture médicale classique.

Le docteur Franck F. et sa pratique plurielle accentue encore davantage la nouvelle tonalité que revêt notre enquête. Il se définit comme un artisan et un artiste. Il décentre le débat de la seule science pour le recentrer encore davantage sur l'individu. Pour lui, la médecine est une science humaine. Et c'est par l'homme qu'il pense son rapport à la réalité du vivant et de la maladie. Il pose-là une autre épistémologie.

« Le problème de la médecine est un problème très particulier. A mon sens, c'est très important. Normalement, la santé, c'est quelque chose d'individuel. Et la maladie est quelque chose qui arrive dans la vie de quelqu'un à un moment donné de sa vie et qui porte sens ou qui est censé porter sens. Et à mon avis, il faut prendre la chance qui se présente sur une malchance. Et donc, selon, moi, c'est une opportunité qu'a la personne en

tant qu'individu, de mener une vie plus juste par rapport à ce qu'elle doit être. Et donc la relation duelle ou même plurielle du patient avec un ou des thérapeutes le met face à son propre destin et ce qu'il veut vivre de sa vie. Et donc les thérapeutes doivent lui apporter loyalement, toutes les possibilités face à la maladie qu'il a. Si tu as une hépatite, ben il y a la prévention, les soins, les si et les ça. Tu as des lieux et tout ça. Et après, comment changer sa maladie en fonction de la vie que l'on a ? Et pareil, dans la maladie, on a l'impression que les instances supérieures, collectives, en terme d'économie de santé, se substituent à la relation individuelle. Pour une hépatite, faut faire comme ça, pour un cancer du colon faut faire comme ça, etc... selon des statistiques et des normes scientifiques. On s'éloigne un petit peu du mystère de l'être humain dans son individualité, au profit d'une norme statistique officielle, scientifique et rationnelle. Or la médecine est une science qui n'est pas rationnelle. La médecine est une science humaine qui est faite d'un côté de choses scientifiques et de choses non scientifiques, de choses rationnelles et de choses irrationnelles. La psychologie, on essaie d'en faire quelque chose de rationnel mais cela ne l'est pas vraiment. A mon sens pour faire un bon médecin, c'est comme un artisan, on se sert d'outils rationnels sur un terrain qui ne l'est pas. Et donc, il faut connaître un peu les deux pour que quelque part la maladie soit profitable. Si on peut dire une chose pareille. [...] Oui bien sûr, je suis en contact avec le côté rationnel de la médecine. C'est un devoir. Je suis un artisan et un artiste. J'ai des outils qui évoluent avec les connaissances et tout ça... Et artiste car il y a mon intuition, ma bienveillance, ma compassion, mon expérience, ma charité, mon amour, qui rentrent en ligne de compte... tout ça, ce ne sont pas des notions scientifiques. Mon instinct aussi... Dans la maladie pour rejoindre l'anthropologie, il y a le symbolique, l'imaginaire et le réel. Alors là, il faut être un peu au courant de ce qui se passe dans la tête des gens, et des thérapeutes et d'une relation de soin qui s'institue par rapport à un problème X ou Y. Qu'est ce que cela signifie pour la personne avec son histoire, son vécu et ce qu'elle veut en faire. Et donc on est là par rapport à une rencontre qui peut se renouveler pour voir ce qu'il en est. Donc par rapport aux outils scientifiques, il est bien évident que pour une hépatite, il faut être au courant des tests que l'on fait pour le diagnostic, des évaluations de la personne pour voir comment elle réagit par rapport au virus. Comment est son foie... » (Franck F., juillet 2012).

Franck nous donne un exemple précis autour du cas d'une personne présentant une augmentation des gamma-GT dosés dans le sang, considérés comme les marqueurs d'une maladie du foie en cours. Il présente ce qu'il pense être la réalité du foie. Il n'éprouve pas le besoin de justifier ses connaissances autrement que par le fait qu'il sélectionne celles « qui lui parlent » dans toutes celles qu'il croise. Et il constate son efficacité, comme un « effet médecin » (MOREAU, 2006), qui n'aurait lui, pas besoin de se définir.

« Je fais le suivi d'un homme qui a des gamma GT au plafond à 900. On a fait tout le bilan avec le spécialiste, IRM, scanner, Biopsie. Il y a rien, aucune explication. Il ne boit pas, ne fume pas. Lui, c'est intéressant, je lui ai filé un traitement naturel, il a prit 8 kilos en 6 mois et il va mieux. Je l'ai revu il n'y a pas longtemps. Il était avec sa chérie depuis 8 ans et il a arrêté. Il est

depuis quelques mois avec une nana, une orthophoniste, et elle est enceinte de lui... (rires). C'est chouette. Quelle corrélation il y a dans tout ça, je n'en sais rien. J'ai décidé avec lui de le voir tous les 6 mois et je lui ai donné des plantes amères : un mélange de 5 plantes : le desmomarie car il y a dedans du desmodium, du charbon marie et 3 autres qui agissent aussi sur le foie en stimulant la production des hépatocytes. Je donne des produits d'homéopathie : du phosphorus pour le foie en haute dilution, une dose par mois. J'aurai ses résultats bientôt de contrôle... En médecine énergétique, on dit que le foie, c'est la force du moi. C'est une espèce d'individualité qui s'oppose et qui se pose, qui fait que les gens sont déterminés dans ce qu'ils font. Il n'y a plus la mélancolie, le doute, des choses comme ça. Ils se positionnent différemment dans leur vie. C'est des façons de dire un peu bizarre mais ça se passe comme ça. [...] Où j'ai appris ça ? Je ne sais pas comment je l'ai appris, je l'ai appris avec différentes choses, puis je retiens ce qui me parle... [...] C'est quand même une centrale chimique étonnante le foie. Par exemple la mélancolie, ça vient du grec mélanos colos, ce qui veut dire bile noire. Tu verras que souvent les gens qui ont une tristesse, une mélancolie permanente en quelque sorte, souvent ça abîme le foie ou c'est que le foie est abîmé. Bon l'hépatite B c'est une invasion virale sur un organisme par forcément débilité au préalable. Mais des expériences notamment menées chez l'animal montrent que quand tu déprimes émotionnellement un être vivant, un homme, un animal voir une plante, il devient moins résistant aux infections. C'est connu. Pour moi c'est une évidence de ce que j'ai lu, notamment les expériences sur les rats qui soumis à des stress sont beaucoup moins résistants aux infections... Ensuite le bon sens clinique, c'est-à-dire que l'on s'aperçoit souvent que les gens sont malades quand ils ne sont pas dans leur juste. Parfois, c'est curieux, les gens tombent malades après que le stress soit passé, comme une dépression ou un coup de mou après... » (Franck F., juillet 2012)

Accéder au réel au-delà de la nature visible de l'individu et de la médecine.

Franck aborde ensuite le chamanisme qu'il pratique parfois à son cabinet. Il donne son explication de ce que les chamanes appellent le monde invisible. Il préfère là encore « rester poète » que de s'enfermer dans des explications qu'il ne possède lui-même pas forcément. Il parle de son expérience chamanique, de cette certitude que nous, la terre, les pierres, les végétaux, les animaux, sommes inclus ensemble dans une espèce de force, d'énergie vitale. Il nous permet de rejoindre là les travaux de Philippe DESCOLA, regroupés dans son ouvrage de 2005, *par delà nature et culture*, auxquels nous nous référerons largement pour poursuivre et conclure ce travail.

« FF : Les chamanes, on les comprend pas. Les anthropologues sont extrêmement méfiants avec les chamanes et avec tout le monde invisible. Cela voudrait dire qu'elle y a des entités extérieures à nous qui nous influencent. C'est-à-dire qu'un mauvais esprit va te faire avoir un diabète et ou une hépatite ou je ne sais pas quoi et un bon esprit va te permettre de guérir ça. Les anthropologues disent que c'est une formulation qui n'est pas bonne parce qu'il fait référence à une entité spirituelle qui n'est pas inhérente à l'être humain qui va le posséder... Très peu d'anthropologues ont fait des expériences chamaniques. Sur le coup de la manipulation psychologique des organes, c'est le défaut de LEVI-STRAUSS, il interprète et il a tort. [...]

Donc, j'aurais tendance à penser que ce que les chamanes appellent un mauvais esprit, c'est quelque chose de particulier encore, mais que l'on pourrait nommer orgueil, colère, jalousie, tout ces trucs-là qui génèrent du mal-être chez la personne et après, ça fait le lit de pathologies plus importantes, insomnies, ulcères... [...] A partir du moment où je dois expliquer les choses, je les expliquerai de cette façon-là, mais sinon, je préférerai rester un poète. Si il y a un bon effet, tant mieux, je ne vais pas trop chercher à expliquer pourquoi, comment il va y avoir un bon effet... Pour la réponse à ta question, je ne travaille pas comme chamane, mais comme médecin. En général, le rituel chamanique, je le fais de la façon suivante : d'abord une entrevue classique, et ensuite de ça, selon un problème déterminé... J'ai eu surtout des femmes qui veulent un enfant, ou d'autre chose pour nettoyer, des deuils, des avortements. Un avortement ou un avortement répété peut générer des blocages extrêmement importants chez les gens. Et se traduire par une maladie et ils viennent chez moi en tant que médecin, soit par d'autres choses et là je n'ai pas de recrutement. Je propose un soin chamanique que j'ai appris au Pérou, avec trois plantes différentes en trois sessions différentes. Je n'en fais pas plus que trois. J'ai un rituel. Je fais un nettoyage sur trois séances, enfin plus qu'un nettoyage. La première, j'utilise une plante, c'est la lavande, c'est celle qui lave. La deuxième, c'est celle qui sauve, la sauge, salvia. Et la troisième, c'est celle qui pardonne, c'est l'hysope. Je suis de culture chrétienne et donc j'utilise des prières que je ne dis pas par voie orale, que je dis silencieusement car je ne veux pas imposer ma culture. Mais je suis plus voyant que croyant.

J'ai rencontré les chamanes il y a 15 ans. J'ai une sorte de certitude sur l'énergie vitale, une espèce de force qui fait ce qu'on est parmi le monde des vivants, la terre, les pierres, les végétaux, les animaux et nous... Tout ça est inclus, ça va tout ensemble, il y a des forces comme ça. Et donc j'ai vu des choses qui sont pas forcément en lien avec mon éducation religieuse, mais parfois oui. J'ai été initié par les chamanes d'Amazonie : j'ai été transformé en serpent, avalé par des serpents, visité par des serpents. Ça fait parti de l'initiation. Qu'est ce que l'on reçoit en pratique, c'est ça, c'est aussi différentes visions, un monde particulier si tu veux, un monde très particulier... Les mots sont toujours difficiles parce que c'est une expérience à vivre. Ce que je vais te raconter sur l'expérience, c'est la mienne et ce ne sera pas forcément la tienne.

JF : c'est un monde commun au Dieu des catholiques ?

FF : Ouais. Ben c'est-à-dire... Les plantes qui sont utilisées, on les appelle improprement hallucinogènes, plus proprement des plantes visionnaires, proches des rêves. On appelle aussi ces plantes-là des plantes enthéogènes, c'est-à-dire qui génère l'idée divine. C'est un fait que la plupart des gens, qu'ils soient croyants ou pas croyants, ont des visions spirituelles extrêmement fortes, évidentes, rassurantes, qui montrent un ordre de choses particulier. Malheureusement, il n'y a pas assez d'études effectuées

sur ces plantes, mais ça montre un ordre des choses. J'ai une vision qui m'a beaucoup beaucoup marqué car j'ai été comme mort dans cette vision, et l'acceptation de la mort que je vivais dans le cadre de cette vision, s'est soldée par une... j'ai reçu une lumière indescriptible si tu veux. En tout cas les choses sont différentes de ce point de vue là. Il n'empêche que c'est ce type d'idée qui vient. C'est assez curieux. D'où ça vient ? Les anthropologues disent que la plante ne fait que révéler sa culture. Mais moi dans ma culture, je n'ai jamais été pris dans des serpents... Qu'est ce que c'est tout ça, je n'en sais rien... Je continue d'étudier. » (Franck F., juillet 2012)

L'incertitude comme un moteur qui ouvre le champ des possibles en médecine.

Les médecins alternatifs reconnaissent comme les autres l'incertitude en médecine. Mais l'incertitude n'a pas ici l'effet d'une panique ou d'une dépression. Elle n'est pas non plus neutralisée, broyée par l'explication, cadrée par des décisions collectives. L'incertitude semble non seulement acceptée, mais surtout stimulante. Elle donne le sens, donne l'envie de chercher, de comprendre. Elle est moteur. Elle invite à ouvrir grand les yeux pour mieux voir. Elle est une volonté unanime de s'ouvrir à des opportunités de découvrir d'autres modes de soins possibles, comme par exemple la méthode NAET. Xavier K. aimerait que les médecins et les thérapeutes se sentent plus libres d'émettre des hypothèses y compris « complètement folles » pour avoir l'opportunité de chercher, de dire oui ou non. Il critique la pratique de la science actuelle, où l'on émet des hypothèses uniquement dans un cadre restreint, où toute hypothèse qui semblerait folle, si elle est folle au-delà d'un certain delta par rapport au courant de pensée dominant, est complètement rejetée. Et à un moment, le courant de pensée dominant a bougé un peu et on recroise l'idée folle parce qu'elle n'était pas si folle que ça et que le courant de pensée dominant était allé un delta trop loin.

De la même façon, Franck K. évoque un de ses maîtres qui lui disait que l'on ne fait de diagnostic que de ce que l'on connaît :

Si tu ne connais pas, tu passes à travers, tu passes à côté. Par contre, plus tu connais de choses, plus ton ordinateur d'examen va fonctionner. Plus tu bonifies tes connaissances, plus tu peux accueillir les personnes et comprendre ce qui se passe en eux... A l'hôpital, les médecins ont de moins en moins de temps et les choses sont sérieuses. Et la personne va devoir traverser ses épreuves-là et les surmonter. L'autre jour j'ai vu un homme qui était diabétique depuis l'âge de 9 ans, date à laquelle ses parents se sont séparés. Il y a sûrement un lien entre les deux. C'est intéressant de se préoccuper de ça pour se demander dans quelle mesure on va être préventif. Quand quelqu'un subit un stress important, est-ce que l'on ne peut pas

développer une stratégie pour l'aider à ne pas somatiser... Quelque chose d'ordre émotionnel, ce serait intéressant... Ça me rappelle cet homosexuel que je voyais pour lui remettre le dos en place. Il n'avait jamais parlé à ses parents de son homosexualité. Alors j'ai fait en sorte qu'il puisse parler à ses parents de son homosexualité. Du jour où c'était fait, je ne l'ai plus revu, guéri, plus de douleur de dos. Donc il y a des choses... tout à l'heure je disais le juste, comme on joue juste un accord, la sincérité, le pardon peut-être, des choses comme ça, sont extrêmement incidentes dans la pathologie comme dans la guérison. Toutes les énergies négatives sont pathogènes : le mensonge est pathogène, comme la dissimulation, la culpabilité... Les chamanes parlent de mauvais esprits et de bons esprits... » (Franck F, juillet 2012)

L'invitation est lancée à ouvrir le champ de la connaissance. Ces témoignages sont une remise en question importante de l'organisation politique des savoirs. Dans *la pensée sauvage*, LEVI-STAUSS (1962) parle de la magie comme d'une archéologie de la science. Bon nombre de médecins scientifiques et "conventionnels" peuvent tenir ce genre de propos au sujet des médecines alternatives. Mais nous ne retrouvons ici nulle trace ni de magie ni d'archéologie. Il ne s'agit pas, nous semble-t-il pour ces soignants d'inventer plus ou moins un déterminisme et de tenter de le justifier par telle ou telle explication hasardeuse, ou en tout cas pas plus que les autres médecins que nous avons rencontrés. Mais nous rejoignons LEVI-STRAUSS dans le fait qu'il est bien un acte de foi en une science en cours d'élaboration, comme le métasystème de Xavier K.. La nature de ces anticipations peut, non pas mimer la science, mais être simplement une démarche de recherche à part entière dont il est difficile de lui refuser toute scientificité. Où se trouve la différence entre la recherche observationnelle du Dr Hervé K. chercheur en infectiologie à l'hôpital de la Croix-Rousse, tout en haut *des pentes* et la quête attentive du Dr Franc F. chamane à ses heures *rue d'Algérie*, tout en bas *des pentes*. La métaphore d'une médecine d'en haut et d'une médecine d'en bas est un peu facile, mais elle tombe à point nommé pour nous interroger sur la nature de ce qui distingue ces pratiques.

CHAPITRE XI : la réalité par la science, les médiateurs et l'expérience.

Le rapport à la réalité par la science

Un lien humain d'humaines sciences.

Au vu des différentes rencontres et échanges avec les médecins *des pentes de la Croix-Rousse*, chacun finalement à sa manière, relativise les données de la science tout en la reconnaissant comme la voie royale vers la réalité du vivant. Mais cette fameuse voie scientifique sensée relier le local au global reste pour beaucoup une voie en cours de construction. La production de données universelles sur la maladie et le soin n'est finalement revendiquée que par bien peu, et presque tous sentent ou pressentent les limites de la science. Nous retrouvons dans les propos des médecins les deux sortes de relativisme que reconnaît Bruno LATOUR. Il est un relativisme « absolu » qui fait définitivement basculer la science, la "prostituée écarlate", dans le local, en l'enfermant dans le contexte et les circonstances de ses productions. Il est un autre relativisme « relatif », heureusement le plus fréquent, et qui nous intéresse davantage où le local n'est pas plus assignable que le global, où les modes de productions ne limitent pas durablement la nature locale des produits (LATOUR, 2006, p.162). Et ce relativisme là s'oppose avant tout à l'absolutisme et n'empêche pas lui de l'aimer, la science. Pour LATOUR, le véritable amateur de sciences et nous en sommes, reconnaît simplement que « c'est dans les sciences et les techniques que l'on peut observer le plus grand degré de confusion entre les objets et les sujets » (*id*, p.8). Il comprend que l'on ne peut opposer les activités de la nature à celles de la culture. Imaginer la science comme objective et froide est une idée saugrenue :

« Protéger les sciences et les techniques contre la pollution des sujets et des passions humaines ? Mais elles disparaîtraient ! Garantir les sujets de droit contre l'invasion par les sciences et les techniques ? Mais ils s'évanouiraient ! Etrange rationalisme, curieux humanisme, qui veulent tuer ce à quoi ils disent tenir comme à la prune de leurs yeux ». (LATOUR, 2006, p.8)

Dans les *petites leçons de sociologie des sciences*, la mise en scène de LATOUR de quelques disciplines savantes montre que le trajet vers les faits objectifs que l'on attribue souvent à la science qui protègerait ainsi des passions subjectives, est en fait exactement inverse. L'amateur de sciences en voulant « se former le goût, ne cherche pas à fonder quelque nouvelle science humaine, mais seulement, par le recours à l'enquête, la fiction, le style, l'image, à faire comme s'il pouvait exister d'humaines sciences » (*id*, p.10-11). Les sciences sont ainsi pensées par LATOUR comme la délégation de notre morale : le lien entre la science et la réalité est réel mais il est pollué des vérités humaines, celles des scientifiques considérés par Mathilde Z., comme "maqués" avec les laboratoires ; celles des universitaires qui nous l'avons vu, se disputent le leadership ; celles du grand patron hospitalier qui fait son show pour rassasier son public.

Et la science nous met en lien avec la réalité avant tout par le biais de l'Institution qu'elle représente, avec ses valeurs auxquelles le scientifique est censé devoir se conforter. Elle n'est ni un ensemble de connaissances, ni un ensemble de méthodes (MERTON, 1973, p.267). Elle est avant tout un ensemble de normes qui vont régir le comportement des savants, en tant que structure normative. C'est ainsi que nous lisons le fonctionnement des conférences de consensus, de telle ou telle société savante, du principe de *Evidence Based Medicine*. Analyser le lien que nous offre la science au réel nous oblige à « porter attention sur les normes de comportement, les habitudes sociales et professionnelles, les valeurs et les idées qui guident les comportements des scientifiques » (VINCK, 2007, p.39). Le progrès de la connaissance en vaccinologie dépend de la mise en œuvre d'impératifs techniques sur le plan de l'immunologie comme sur le plan industriel. Mais il dépend aussi, nous l'avons vu lors de l'affaire de l'hépatite B des années 1980, d'impératifs éthiques qui vont confirmer validité et caution morale. Ces normes éthiques découlent de la finalité et des valeurs de l'Institution "sociale" de la science : éradiquer la maladie, protéger telle population, réduire les risques des adolescents. Elles sont selon Dominique VINCK, souvent teintées d'universalisme dans le régime de la population plutôt que du particulier (*Id*, p. 41). Elles témoignent de communalismes où les observations et les découvertes doivent devenir des biens collectifs par le biais des articles et publications, pour le progrès de tous. Elles doivent faire preuve d'originalité et produire des connaissances inédites, s'engager dans les champs peu explorés, comme les infections osseuses du Dr Hervé K. Alors l'Institution est reconnue.

La référence et le fait scientifique.

La référence, celle qui résiste aux transformations ?

Se pose alors la question de la référence en science. Lorsque l'on écoute Yves, Paul, Hervé, Ivan, on se demande où est le référent ? Qui guide vers le réel ? Qui autorise ? Tous semblent remettre chacun en question. Les professeurs sont critiqués. Les équipes de recherche critiquent les autres équipes de recherche. Il semble que tous parlent du malade et du soin, mais que chacun paraît en construire des représentations différentes. La science semble parfois sans référence à un modèle à suivre ou imiter. Mais selon Bruno LATOUR, la référence, plus que dans des dynamiques de ressemblances, repose d'avantage sur une série réglée de transformations, de transmutations, de traductions.

« Quelque chose se maintient durablement et se transporte d'autant plus loin et rapidement qu'elle [la référence] se transforme davantage à chaque étape de cette longue cascade. Il semble que la référence ne soit pas ce que l'on désigne du doigt ou ce qui, de l'extérieur, garantirait la vérité d'un énoncé, mais plutôt ce qui demeure constant à travers une série de transformations. La connaissance ne parlerait pas d'un monde réel extérieur auquel elle ressemblerait mimétiquement, mais d'un monde réel intérieur dont elle assurerait la cohérence et la continuité. Acrobatie à vous couper le souffle qui semble tout sacrifier à chaque étape et retrouve la même forme intacte par la rapidité même de la transformation ».
(LATOUR, 2006, p.204).

On pense à ce moment là au professeur Ivan. L.. C'est lui qui s'approche le plus de l'image du référent. Il est considéré comme tel par la plupart des scientifiques que nous avons rencontrés, très contesté aussi par d'autres praticiens. Et c'est bien cette image de constance qui le caractérise. J'avais assisté à ses cours au moment de mes études de médecine où il imposait déjà l'admiration et le respect. Vingt ans plus tard, il s'exprime encore de la même manière et avec la même autorité, comme figé dans ce statut-là. Et c'est bien cette constance qui fait que Yves U. l'infectiologue, l'appelle dès qu'il a un problème important autour d'une question de vaccination. On est bien tenté de penser quand on le rencontre, que Ivan L. nous propose un tableau réaliste de la vaccination en s'imaginant qu'il sait retranscrire exactement la réalité du vivant. En fait lui et la science font probablement autre chose : ils nous relient, par étapes successives au monde lui-même aligné, transformé, construit. Comme dit Bruno LATOUR (*id*, p. 224), nous y perdons la ressemblance, mais nous devinons ici la "vrai réalité", non pas figée et extérieure, mais qui sans cesse évolue et se transforme, à l'image de la réalité qui bouge évoquée par Paul G..

Le fait scientifique, version collective de la description du monde ?

Dans le prolongement de la question de la référence, nous pouvons chercher où se situe l'évidence des faits scientifiques souvent mise en avant au sujet de la vaccination. Dans l'histoire de la polémique autour du vaccin des années 1980 et des études qui successivement construisaient des faits scientifiques, ces derniers n'étaient jugés valides ou significatifs qu'à l'issue de tout un processus de mesures, d'interprétations, d'évaluations, de quantifications, de mise en relation avec les connaissances préalables (VINCK, 2007, p.173). Et du coup, l'observation clinique perd de son rôle au profit d'un cadre interprétatif beaucoup plus vaste qui, lui, va qualifier les faits et les données. Le fait scientifique est donc lié avant tout à une forme d'expression qui porte une interprétation, qui elle-même suppose un concept. Ce sont donc avant tout les catégories de la pensée du scientifique qui marquent les objets avant même qu'ils soient observés. Et les données brutes sont ainsi déjà des interprétations. Et Dominique VINCK d'affirmer : « l'interprétation, loin de suivre l'observation, la précède » (*id*, p.173). Il était frappant de voir combien les études sur le vaccin de l'hépatite B étaient discordantes dans leurs résultats et donc ambiguës. L'étude de HERNAN, du neurologue américain qui semblait monter un lien entre la SEP et le vaccin était en désaccord avec la théorie d'ensemble, jugée donc non valide, mais personne ne semblait vraiment en capacité de dire pourquoi. Les détracteurs de l'étude, à l'image des scientifiques et spécialistes en infectiologie que nous avons rencontrés, faisaient d'abord confiance aux conventions d'interprétation des résultats et des théories au préalablement acceptées : le vaccin protège et n'entraîne pas de sclérose en plaque. Nous retrouvons la circularité de la dimension cohérentiste de la justification évoquée dans le chapitre VII de notre auto-analyse :

« La mise à l'épreuve des théories suppose la confrontation à des faits, mais l'établissement et l'observation de ces faits supposent leur interprétation. Il y aurait dès lors une impossibilité quasi logique à sortir du cadre d'interprétation, composé de théories et conventions acceptées, ainsi que des croyances relatives au réel. Les procédures scientifiques ont un caractère circulaire (circularité expérimentale) » (VINCK, 2007, p.174).

Ainsi donc pour Dominique VINCK, le « fait » scientifique s'impose rarement. Les spécialistes en médecine et les chercheurs que nous avons rencontrés apprennent à le produire, à montrer qu'il se distingue d'une mauvaise hypothèse, en usant de procédures codifiées par le groupe. Le fait en construction est discuté et négocié. Sa fiabilité est accordée

par les uns et les autres qui interagissent et non par une évidence que la nature imposerait. Et c'est de cette interaction qu'est décrétée l'objectivité du fait. Et les découvertes en médecine et en sciences sont ainsi façonnées par les interactions sociales. Tant qu'il n'y a pas d'accord, le travail continue. Quand l'accord survient, le travail s'arrête. L'objet est considéré comme évident, comme il a été décrété évident au début des années 2000 que la vaccination contre l'hépatite B n'entraînait pas le risque de maladies neuro-dégénératives. Une version collective de la description du monde était ainsi proposée. La validation d'une théorie s'intègre alors dans un ensemble de conventions sociales préalablement acceptées par le groupe :

« Ces conventions forment un cadre, une structure socio-cognitive qui permet de donner du sens et de la cohérence aux faits et concepts scientifiques. Le cadre (constitué de relations entre des connaissances d'arrière-plan, des conventions et des croyances) permet de différencier et de classer ce qui est perçu et de relier à d'autres éléments. Il est un schéma interprétatif sans lequel les observations n'auraient aucun sens. [...] Observer ne consiste pas seulement à laisser venir à soi la perception ; le chercheur, au contraire, cherche ce qu'il y a à voir. Il construit l'objet à partir de ses habitudes de travail, des connaissances acquises et de son projet. Il doit savoir ce qu'il cherche à voir pour le voir. Les données d'objectivation sont liées à l'objet anticipé. L'objectivité de ce qui est observé est aussi le produit de l'intersubjectivité au sein d'une communauté scientifique. Elle résulte de l'accord au sein du groupe et du faisceau d'attentes du chercheur, du programme de recherche auquel il participe et de la société à l'égard de la science » (VINCK, 2007, p.176).

Le fait scientifique : un construit social comme une nécessité ?

Pourrions-nous donc dire que certains croient en des dieux et ou des mythologies de la même façon que les scientifiques en médecine croient aux faits bruts issus de leur activité ? Cela fait écho au lapsus de Yves U., quand il qualifiait de « croyances » certains de ses positionnements, avant de se reprendre en riant, disant qu'il s'était aperçu en prononçant ce mot que ce n'était pas celui-là qu'il voulait utiliser. En rencontrant le groupe de médecins spécialistes, nous voyons des acteurs certes soucieux de la procédure pour découvrir le réel comme de la place à accorder à leurs incertitudes mais ils sont aussi et tout autant des auteurs soucieux de l'écriture, de leurs livres et de leur dynamique de publication. Bruno LATOUR avait fort bien analysé ce point dans le laboratoire de neuroendocrinologie qu'il observait dans les années 1970 : « il s'agit bien pour les acteurs de convaincre les lecteurs d'articles d'accepter leurs énoncés comme des faits. [...] Telle est la raison d'être du

laboratoire. » (LATOURE, 1988, p.88). Le fait scientifique est aussi un construit "littéraire" ou plus généralement social. Nous avons dit que l'observation découle ainsi d'une théorie, de savoirs préalables et non l'inverse. C'est ce que BACHELARD (1938) appelle lui les « obstacles épistémologiques ». Le fait scientifique est, nous l'avons vu, issu d'une interaction sociale, d'un réseau étendu socio-technique et socio-sémantique collectivement construit (VINCK, 2007, p.224) et de l'histoire de son contexte de production. Et il est toujours frappant de voir combien ce contexte-là n'est quasiment jamais analysé dans la rédaction d'articles. Nous avons d'ailleurs fait un constat assez similaire pour l'anthropologie et ses écrits dans la partie sur la méthode.

Le vaccin contre l'hépatite B est aujourd'hui considéré comme non à risque de SEP et la période des études des années 1990 avec ses controverses est presque oubliée. A la lecture de cet épisode, rien ne semble amener clairement à ces conclusions qui sont pourtant acceptées par une bonne moitié des médecins des *penthes de la Croix-Rousse*. Oui nous voyons à notre tour que le fait scientifique est d'abord socialement construit. Il y a fort à parier que cette proposition ne rapportera pas l'adhésion de beaucoup. Encore une fois, il ne s'agit pas ici de dénigrer la démarche scientifique, d'aller trop loin dans le relativisme, de nier en bloc une certaine évidence pour certains faits de science. Mais il s'agit ici de faire notre boulot d'anthropologue, en invitant le lecteur à changer son regard sur la science et la médecine. Et c'est là que l'anthropologie amène effectivement à des questions intéressantes. Il nous faut à la fin de ce travail, comprendre en fait pourquoi, pour beaucoup de médecins et pour la population en générale, il semble nécessaire de penser que le fait scientifique n'est pas en grande partie un construit social ? Pourquoi ai-je moi-même tant de mal à penser que le vaccin que j'inocule puisse déclencher une sclérose en plaque à mes patients ? Et je résiste encore aujourd'hui, malgré une possible évidence historique. Et encore, pourquoi la société savante d'infectiologie peut (ou doit) prononcer des recommandations dites scientifiques sur les infections osseuses, quand dans le même temps il n'y a pas d'études scientifiques selon les critères reconnus par la même communauté pour produire des données à fortes validités ? Pourquoi est-il nécessaire à la société savante de jouer une sorte de stabilisation, de stabiliser les énoncés émis, en faits, comme nous l'explique Hervé K. par la recherche observationnelle. Et par cette action de stabilisation, pourquoi se doit-elle de fabriquer la distinction entre réalité et conditions locales ?

« Comme les scientifiques, nous n'utilisons pas la notion de réalité pour rendre compte de la stabilisation d'un énoncé parce que cette réalité est une conséquence de cette stabilisation. Que l'on ne se méprenne pas : loin de nous l'idée que les faits –ou la réalité- n'existent pas. Cela suffit à nous démarquer du relativisme. Nous affirmons seulement que cette « extériorité » est la conséquence du travail scientifique et non sa cause » [...]. « Il ne s'agit pas de nier l'existence de la somatostatine, ni le fait qu'elle est opératoire, mais de dire qu'elle ne peut sortir du réseau des pratiques sociales qui rendent son existence possible » (LATOURE, 1988, p.186-188).

Ainsi pour l'auteur, l'activité scientifique ne porterait pas sur la nature mais sur une lutte acharnée pour construire la réalité. Une fois cette réalité construite et le fait stabilisé, il est impossible de la remettre en cause. La réalité, comme finalement la référence, serait ce qui résiste à la pression d'une force. LATOUR se prononce d'ailleurs ainsi sur sa définition du réel comme ce qui ne peut être changé à volonté (*Idib*, p.262). Il semble peut-être ici que l'auteur nomme réalité ce que nous nommons vérité, mais gardons de tout cela cette idée que le réel pourrait être issu du travail scientifique, et du travail des hommes entre eux de façon plus générale. Et dans ce sens, alors oui, la science donnerait par ce biais-là aussi accès à la réalité du vivant.

Aller par la science, aller vers l'ordre

Penser pouvoir accéder au réel par la science revient ainsi à mettre un certain ordre dans nos rapports sociaux et nos représentations du monde. Etre face à plusieurs possibles autour de l'efficacité et de la dangerosité du vaccin contre l'hépatite B et décider qu'un seul sera retenu au final crée avant tout un ordre commun. Le désordre serait alors au vu des gardiens de la science, le bruit de fond que nous avons évoqué en auto-analyse et ces savoirs hétéroclites que nous enseignent le bain social dans lequel nous évoluons.

Le rapport à la réalité par un médiateur.

Finalement, peu de soignants peuvent prétendre accéder à la réalité du vivant par un contact direct à la science. Les médecins qui pratiquent une activité scientifique peuvent le faire. Certains médecins généralistes semblent en capacité comme nous l'avons vu dans les échanges entre les Dr X et Y, d'analyser directement les données d'articles bruts. Souvent, le rapport au réel est plutôt pensé par la sollicitation ou la recherche d'un médiateur. Il est en quelque sorte un instrument médium par lequel est transmis le savoir sur la réalité. Il peut être une personne, un groupe, une institution, un objet ou une revue.

L'homme qui sait

Le médiateur peut être une personne qui fait autorité par un savoir spécialisé. Nous avons évoqué la personnalité du Professeur Ivan L. dont le nom sera cité pratiquement par tous les médecins interrogés. Ivan L. sait les choses de la vaccination et voit la réalité immunologique comme Bernadette voyait la Vierge à Lourdes. Il est un peu à sa façon le *bigman* qui assoit son autorité sur la sagesse des conseils prodigués notamment par le biais du comité technique des vaccinations (CTV). Ivan L. n'aura pas été épargné par nos comparaisons audacieuses, mais la façon dont certains médecins, comme Yves U. ou Hervé K., le consultent en cas de problèmes particulièrement épineux, ou comme Rebecca J. pour organiser des formations continues, n'est pas sans évoquer une royauté presque sacrée. Il assure par sa stature, incontestablement, une médiation entre les praticiens et la réalité immunologique. Il est un savoir refuge qui à lui seul permet aussi de mettre en ordre les choses. Ivan L. est un professeur, tout comme Bertrand P. Les professeurs dans notre société sont des figures qui attestent de l'association entre le savoir et le pouvoir. C'est leur savoir qui fonde le pouvoir, ce que Pierre BOURDIEU et Jean-Claude PASSERON (1970) ont appelé « l'autorité pédagogique ». Comme en témoignait Rebecca J. sur son enseignant de travaux dirigés ou Yves U. sur ses "anciens" collègues et professeurs, cette autorité trouve parfois à se manifester dans « une violence pédagogique » dont l'instrument principal est le savoir, reconnu comme vrai et légitime, « rendant la relation hiérarchique entre le puissant et le soumis, "naturelle" et nécessaire : il faut bien que celui qui ne sait pas, apprenne de celui qui sait » (ADELL, 2011, p.245). L'apprentissage par l'homme qui sait, transmet tout ensemble, savoirs, sens et identité. Il inscrit la personne qui s'y soumet dans un métier, dans

un groupe avec son système de valeur, ses codes sociaux, ses modes de représentations. Mais ce métier qui se transmet ainsi par le professeur ne se réduit pas à une somme de connaissances objectives et de modes opératoires stéréotypés. Il se transmet aussi un rapport spécifique de l'homme à la maladie, qui se caractérise par une familiarité et une intimité avec celle-ci. C'est ce que Rebecca J. a fait remarquer lors de sa soirée de formation qu'elle organisa avec le Professeur Ivan L. : « dans quel monde vivez-vous à côtoyer tout le temps les maladies les plus graves ? ».

Il est un autre genre d'homme qui sait et qui est pensé aussi comme un médiateur vers le réel. Celui-ci n'est pas professeur mais spécialiste ou expert. Son expertise ne se satisfait plus uniquement de l'autorité naturelle de sa science. La légitimité de l'expert ne se situe plus dans le fait de dire le « vrai ». Sa pertinence provient d'énoncés qui sont autant de clefs pour nos raisonnements et les difficultés que nous rencontrons. Le discours expert devient là indiscutable par le biais des solutions qu'il propose. « Il s'agit d'une expertise réflexive qui, en même temps qu'elle fournit certains repères sur les savoirs disponibles, suggère les limites de son propre jugement et fournit des repères pour une réflexion sur la meilleure façon d'enrôler les savoirs dans l'action publique » (GRANJOU, 2010, p. 265). La mise en lien de l'expert et de ses énoncés avec la réalité tient à la maîtrise qui lui est reconnue par ceux qui le sollicitent, d'un corpus de connaissances spécialisées. C'est exactement sur ce point, que l'expert en rhumatologie lors d'une FMC hospitalière s'est complètement discrédité aux yeux de Marc F., n'ayant pas pris en compte les dernières données de la spécialité sur le médicament présenté. La légitimité de l'expert tient aussi par son institution de rattachement, comme par exemple un service hospitalier de référence. Mais ces deux garants que sont le savoir spécialisé et l'institution sont-ils suffisants pour parler d'« expertise fiable » ? Pour COLLINS et EVANS (2002), la spécificité de la parole experte n'est pas liée directement à la détention d'un savoir, mais à la possibilité de mobiliser une expérience particulière, qui n'est ni disponible pour tous, ni partagée par tous. Les deux auteurs conservent ainsi la définition de l'expertise comme capacité préexistante au processus dans lequel elle est engagée, et non comme résultat de ce processus. Ils proposent de fonder la notion d'expertise sur celle d'expérience spécialisée, ayant permis l'apprentissage de compétences et de savoir-faire spécifiques, non partagés (GRANJOU, 2010, p. 267). Et c'est par ce mécanisme-là que les médecins généralistes organisent leur accès à la réalité de telle ou telle pathologie par le biais de spécialistes, de ce qu'ils appellent leur référent. Mathilde est réceptive au discours de l'hépatologue qui lui « voit » des hépatites. Quentin M. apprend la médecine par les courriers

des spécialistes qui eux « font ça tous les jours ». Karl W. comprend comment soigner l'allergie grâce « aux observations régulières » d'une acupuncteur américaine.

L'Institution qui sait

Les médecins rencontrés accordent une grande importance aux institutions savantes, centres de recherches, associations de spécialistes, et les réunions d'experts et conférences de consensus qu'elles abritent. Ces groupes sont mis en place par les professionnels du champ précisément pour discuter des problèmes rencontrés dans les consultations, délimiter l'état de l'art et ce afin de définir et fixer les modes de jugements cliniques que les praticiens individuels pourront mobiliser (BOURRET, 2008, p.55). Nous l'avons entrevu en discutant avec Yves et Hervé, infectiologues à l'hôpital de la Croix-Rousse. Les ressources et les raisonnements de ces groupes savants ne sont pas seulement dictés par la démarche scientifique. La littérature et les travaux de science sont en effet souvent insuffisants sur les sujets qu'ils doivent traiter quand ils ne sont pas inexistantes. Les communautés d'experts font alors appel à leur expérience et aux extrapolations qui en découlent, à leur bon sens et à leur intuition. Céline GRANJOU dans son ouvrage sur *les métamorphoses de l'expertise*, évoque le travail des groupes d'experts :

Le travail de l'expertise témoigne ainsi d'un paradoxe entre une logique de purification de l'expertise et un passage obligé par des étapes de fabrication d'un jugement et d'un argumentaire qui relèvent de ressources et de démarches diversifiées, souvent bien loin de l'image selon laquelle un groupe de pairs se livre à une simple sélection et à une reformulation de faits scientifiques déjà disponibles. Le travail d'expertise apparaît ainsi à l'articulation entre deux types d'exigences dont la satisfaction est également importante : une contrainte forte de purification, essentielle à sa légitimation en tant que discours spécifique sur la réalité, et une contrainte non moins forte de fabrication de nouvelles ressources Ad hoc, de construction de repères tant cognitifs que normatifs (GRANJOU, 2010, p. 258).

Ainsi les sociétés savantes comme celles d'infectiologie, d'hépatologie ou de vaccinologie tel le CTV, doivent s'accommoder d'impureté, de compromis, de mélanges pour produire leurs consensus. Mais elles doivent par une curieuse contorsion, mettre en avant leur pureté, l'absence de compromis ou de subordination à l'industrie, leurs impératifs éthiques,

pour paraître légitimes aux yeux des médecins et notamment des médecins traitants non spécialistes. Elles doivent ainsi contribuer à leur tour à « une mise en ordre » (BARTHE et GILBERT, 2005). Il est pour ces comités une autre contrainte : celle de devoir instruire les questions posées, d'argumenter et de formuler les avis en réponse. Ils ne peuvent esquiver la sollicitation. Il faut donner un avis. Si le jugement final résultant de ce travail constitue un authentique « jugement d'expert », c'est précisément grâce à l'alliance entre l'intention collective de légitimité, déclinée dans une procéduralisation plus ou moins informelle des pratiques, et l'ensemble composite de démarches, de choix, de compromis et de ressources mobilisés (GRANJOU, 2010, p. 260). Nous pouvons ici nous rapprocher des travaux de Stephen HILGARTNER (2000) qui part du même constat selon lequel les énoncés des conférences de consensus des sociétés savantes ne doivent pas seulement être considérés au niveau sémantique, comme transmettant simplement de l'information, de la recommandation, mais aussi au niveau pragmatique pour leurs effets performatifs, comme construisant de façon active une certaine histoire et structurant les relations entre les auteurs et les destinataires. Finalement, la scientificité des comités d'experts du ministère de la santé au moment de la tempête autour du vaccin contre l'hépatite B ne se justifie plus uniquement par la référence à la science faite, comme un exposé de savoir mis à disposition des profanes, mais également par la référence à la science en train de se faire, en mettant en évidence la récalcitrance des situations et des objets concrets à se laisser modéliser par les connaissances théoriques et disponibles (GRANJOU, 2010, p.230). Et l'énoncé des recommandations relève en général d'une forme littéraire spécifique reposant sur le travail de modélisation en vue de produire « un effet de vérité » (LATOUR et FABRI, 1977). Les énoncés des publications scientifiques sont en ce sens caractérisés, d'après plusieurs auteurs (GILBERT et MULKAY, 1984), par un effacement des circonstances conjoncturelles ayant marqué la production des « faits » pour insister sur leur préexistence. Nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises ce point-là. Il se crée ainsi une forme standard de jugements précautionneux autour d'un bien commun, fortement souligné par Yves dans son idéal du soin : celui de la santé publique. Et l'on revient encore à la force politique de ce travail d'écriture de recommandations qui trouve son aboutissement dans la production d'« un standard de jugement en situation d'incertitude » (GRANJOU, 2010, p.245). Et c'est ici aussi que nous situons une autre *institution qui sait*, la revue *Prescrire* qui montre de façon significative que c'est autant le contenu de la revue que la revue elle-même qui a du pouvoir. En voulant se détacher du pouvoir des firmes pharmaceutique, *Prescrire* gagne un pouvoir par l'écriture.

« Le scribe est rarement un fonctionnaire ou un employé du groupe : sa science s'accompagne de puissance, tant et si bien que le même individu réunit souvent les fonctions de scribe et d'usurier, non point seulement qu'il ait besoin de lire et d'écrire pour exercer son industrie ; mais parce qu'il se trouve aussi, à double titre, être celui qui a prise sur les autres » (LEVI-STRAUSS, [1955]2008, p.296).

Le rapport à la réalité par l'expérience.

La majorité des médecins généralistes et des médecins spécialistes pensent leur rapport au réel avant tout par la science et par ses médiateurs, des individualités ou des institutions savantes identifiées comme telles. Mais la réalité du corps qui souffre, du traitement qui agit est aussi au contact de la pratique du médecin, de son expérience professionnelle et personnelle. Dans quelle mesure le soignant pense-t-il son rapport à la réalité du vivant par l'expérience ?

Relativiser la théorie au profit de la pratique.

L'expérience du praticien semble toujours aujourd'hui rester dans l'ombre des théories scientifiques. Encore marqué par les avertissements de Claude BERNARD, le médecin s'en méfie. La distinction entre savoir théorique et savoir pratique semble toujours très présente dans la pensée la plus générale en médecine. Il est une bipolarisation encore forte entre la théorie et la pratique. Nous avons-nous même contribué à ce paradigme en dissociant tout au long de ce travail les praticiens généralistes et alternatifs des "scientifiques". Nous y contribuons encore jusqu'ici en clivant les positions entre science, médiation et expérience. Il est vrai que ces oppositions et ces contrastes apparaissent aujourd'hui comme « une grille intellectuelle obligée » par rapport à laquelle les médecins sont « invités à situer leurs actes et même leur identité », comme nous l'avons approché dans la partie précédente (BARBIER, 2011, p.6). Ainsi, la théorie rassemblerait tout ce qui appartient à l'universel, à l'abstrait, au déductif, à l'applicable, au transposable dans la pratique. La pratique finalement irait, dans l'autre sens, rassembler ce qui a trait au local, à l'éphémère, à l'incertain, au désordonné, à l'inductif, à ce qui se nourrit de la théorie. Nous avons largement abordé ces notions

d'historicité, de fonctions sociales, de quête d'identité en écho aux équilibres de pouvoir et aux stratégies des acteurs.

Alain BERNARDOU, chef de service de l'Hôtel-Dieu à Paris en cancérologie illustre dans un chapitre du livre de Jean-Marie BARBIER, ce dilemme entre apprendre du savoir théorique ou apprendre de l'expérience, au cours de l'histoire de la médecine (BERNARDOU in BARBIER, 2011, p.29). Il explique que le but de la médecine est l'efficacité opérationnelle. Pendant un long moment, le savoir médical théorique et le savoir pratique étaient dichotomisés et « dans une superbe ignorance » l'un par rapport à l'autre, avec déjà un certain mépris des théoriciens sur les praticiens. A la fin du XIIème siècle le savoir théorique trouve domicile dans les universités. Il était avant tout un discours sur la médecine et une étude des textes anciens, sacrés, grecs, latins, byzantins et arabes. Les professeurs de l'époque se préoccupaient peu de la pratique au lit du malade. Dans la médecine de terrain, les savoirs d'expérience étaient entre les mains de « charlatans » mais aussi de barbiers, au statut social incertain, en tout cas plutôt bas, transformant leurs rasoirs en bistouris pour s'occuper des besoins subalternes (saignées, lavements...). Mais les étudiants en médecine fréquentaient selon BERNARDOU davantage les salles de malades où sévissaient les barbiers à l'Hôtel-Dieu que les bancs de l'université de la Sorbonne et leur savoir théorique, notamment aux XIV et XVème siècles, au grand dam des professeurs de la « docte université ». Les professeurs en appelèrent à l'autorité du roi pour mettre fin à cette tendance, mais en vain. Cette opposition entre le savoir de la Sorbonne et le savoir de l'Hôtel-Dieu persistera longtemps, entre les professeurs « doctes et verbeux », les barbiers « incultes mais efficaces » et les étudiants au milieu tiraillés entre les deux, dans un combat selon l'auteur, « plus physique que dialectique, arbitrés par la maréchaussée et le pouvoir politique » (*Id*, p.30). Lors de la révolution scientifique du XIXème siècle et la première moitié du XXème siècle, la médecine en France devient essentiellement hospitalière, « basée sur l'observation tirée du savoir d'action qu'est le soin aux malades ». Le savoir théorique jouissait toujours d'un grand respect, mais c'est de la pratique hospitalière que partaient autant l'enseignement que la recherche. Les grands médecins n'étaient plus les professeurs universitaires mais ce que l'on appelle encore aujourd'hui les "grands patrons" des services hospitaliers, auprès des malades et « fructifiant un savoir en action ». Une réforme hospitalière eut lieu à la fin des années cinquante et mit sur les mêmes personnes le savoir médical théorique et le savoir pratique, par la création de centres hospitalo-universitaires. Les grands patrons hospitaliers deviennent aussi professeurs d'universités et un « même homme représente les deux aspects conflictuels du savoir médical ». Il a pour mission les soins (la pratique), la recherche (le savoir théorique)

et l'enseignement (la transmission des savoirs). Alain BERNADOU explique que le confit ne va pas cesser pour autant mais devient plus interne : « les professeurs de médecine deviennent schizophrènes, glosant le matin, à l'hôpital sur l'insuffisance de savoir pratique de leurs jeunes collaborateurs, déplorant l'après-midi à la faculté la raréfaction des étudiants à leurs cours. Tout ceci n'empêche pas, selon l'auteur, aux étudiants d'acquérir au final et le savoir théorique et le savoir en action qui feront leur métier (*Idib*, p.31).

Cette bipolarisation entre l'expérience d'un côté et la théorie de l'autre doit être aujourd'hui relativisée. Jean-Marie BARBIER explique que les savoirs pratiques sont traditionnellement assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs informels, aux habilités acquises dans l'action et par l'action. Ces savoirs pratiques ou savoirs relatifs aux transformations du réel donnent lieu selon l'auteur de plus en plus souvent à des tentatives de formalisation, ce qui tend à les affermir dans leur statut de savoir et de les rapprocher des savoirs théoriques. La médecine générale devient une spécialité et développe un pôle recherche à l'université, et Xavier Z. est devenu professeur de médecine générale. Le Dr Xavier K., aussi ostéopathe milite pour le développement de la recherche en ostéopathie et serait volontiers candidat pour faire une thèse sur le métasystème qu'il évoque sous-jacent à sa pratique. C'est bien là l'expérience que mettent en avant ces soignants pour accéder à la réalité de la personne malade. Et parallèlement, les savoirs théoriques, « traditionnellement assimilés à des savoirs disciplinaires, qu'il s'agisse de disciplines professionnelles, tendent à s'élargir à de nouveaux objets et à de nouveaux champs qui les rapprochent de l'action et de son intelligibilité, comme on le voit avec le développement de champs de recherche ou de milieux scientifiques correspondant à des champs de pratique » (BARBIER, 2011, p.4). Paul G., l'hépatologue, évoque une méta-analyse sur la durée de vie des incertitudes en médecine. Yves U, l'infectiologue, dit qu'au final, c'est le lien entre le médecin et le malade qui fait la décision thérapeutique. C'est bien là encore l'expérience qui est mise en avant pour comprendre la réalité.

Savoir, agir, voir.

Voir pour savoir

Ainsi donc la distinction entre le savoir par l'expérience et le savoir par la théorie devient moins évidente qu'il peut paraître. Nous sommes ici invités à d'autres schémas de pensée et c'est bien la question du "voir" qui s'invite à ce moment. Cette confrontation entre l'intelligence discursive (expliquer, savoir) et l'intelligence pratique (montrer, voir) est retrouvée dans les échanges entre le très controversé ethnologue CASTANEDA et DON JUAN, le « sorcier » Yaqui qui soi-disant l'initie à devenir un homme de connaissance (CORNU in CHEVALLIER, 1991, p.83). Au second cycle de cet apprentissage, DON JUAN se serait surtout engagé à lui enseigner comment « voir » et « regarder » expriment deux façons différentes de percevoir. « Regarder » concernait selon lui la manière ordinaire par laquelle nous sommes habitués à percevoir le monde, alors que « voir » supposait un processus extrêmement complexe grâce auquel « l'homme de connaissance » pouvait voir « l'essence des choses de ce monde », même si elle est invisible au regard (CASTANEDA, 1985, p. 18). Dans un ouvrage plus consensuel, Michel PERRIN évoque aussi dans *les praticiens du rêve*, cette capacité de la chamanisa Katakina chez les guajiro du Venezuela, à « épier » d'abord, à observer aussi bien le malade que son environnement familial (2001, p.156). Cette façon d'observer est telle qu'elle « n'a plus besoin de ses yeux pour voir » (*Id*, p.134). Elle devient capable à la fois de voir ce monde-ci mais aussi le monde-autre, notamment en rêvant sur commande (*Idib*, p.122) et par la consommation de tabac. Et non seulement elle voit, mais elle prévoit dans cette oniromancie. Et les deux mondes deviennent un miroir l'un pour l'autre, et permettent ainsi au chamane de savoir au-delà du savoir des non chamanes. Le chamane voit les relations possibles entre le corporel, le social et le mental. Il peut proposer une réorganisation des choses. Pour lui, tout comme pour Franck. F., "notre médecin pluriel", la tentative d'expliquer le visible par l'invisible est loin d'être une absurdité qui nous détournerait du réel, qui irait dans un sens inverse des efforts des sciences expérimentales, qui préférerait le surnaturel à la nature. Expliquer le visible par l'invisible est une condition indispensable de tout effort intellectuel, si son but est de dépasser les données de l'expérience simplement vécue et découvrir derrière, les effets auxquels nous mène notre activité propre. Ainsi, regarder et voir renvoient au couple visible et invisible, le réel étant

l'invisible face au monde des apparences (CORNU in CHEVALLIER, 1991, p. 85). C'est aussi l'enseignement que décidait de donner avant sa mort, OGOTEMMÊLI le vieux chasseur aveugle, sur la cosmogonie dogon, à Marcel GRIAULE pendant les trente-trois entretiens de *Dieu d'eau*. Et l'ethnologue aimait à observer la façon du vieil homme à manipuler l'invisible, comme si l'aveugle brassait l'univers que lui voyait et qu'il connaissait ainsi complètement (GRIAULE, 1966, p.126).

« Sur la façade des sanctuaires de Binou, dit Ogotemmêli, vous voyez les peintures blanches du soleil et de la lune, des étoiles, des hommes, des animaux, du matériel. Ces peintures demeurent. Elles aident constamment le monde à continuer. Car ces peintures représentent, elles aussi, le cadre de vie des hommes. Elles sont, au repos, et en blanc, la réplique des mouvements et des couleurs qui animent la grand'place et la terrasse du mort ». (Id, p.192).

Cette capacité à voir rappelle aussi celle de l'ethnologue sur le terrain. Au début, il a l'impression de ne rien voir, ou plutôt il voit ce qui l'entoure, mais comme tout un chacun. Et au fil du temps, au fil des notes sur son journal de terrain, les choses commencent à avoir un autre éclairage. La réalité semble se complexifier, et la vérité se renforcer. Il quitte l'a priori des choses par l'accumulation des jours de travail. Nous retrouvons là encore, il nous semble la démarche de bon nombre de médecins et peut-être davantage des médecins alternatifs, comme Laure avec l'homéopathie, Karl avec l'acupuncture, Xavier avec l'ostéopathie et bien sûr Franck F. avec le chamanisme. Pour ceux-là aussi, voir, c'est repérer les signes dans les choses, les corps, les situations, les histoires de vie, signes qui renseignent sur le non visible, le non présent. Et c'est l'expérience accumulée au fil des années de pratique qui permet de lire les signes. C'est aussi ce que disait Olivier Z, médecin généraliste "classique" en évoquant le fait qu'il sait mieux en fin de carrière appréhender et comprendre les difficultés psychologiques de ses patients. Regarder, observer, remarquer, prévoir, sont autant d'étapes dans le processus de voir. Le regard ne suffit pas, les autres sens s'en mêlent (CORNU in CHEVALLIER, 1991, p. 95). Et nous avons constaté combien chaque pratique quelle qu'elle soit, amenait une analyse du système dans lequel elle s'inscrit : critique des pouvoirs publics, des pratiques différentes, de l'organisation locale des soins. C'est ainsi le travail effectué qui renseigne sur l'activité des autres. Dans son travail, le forgeron « lit » le village selon CORNU (*Id*, p. 91). Le voir devient savoir quand il manifeste une capacité à décrypter des signes du monde, de la chose, à entrer dans l'invisible. Et relève de cet invisible, tout ce qui est en rapport avec l'art de la mise en ordre qu'est le récit. La mise en ordre, nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, est la fonction essentielle du savoir. Pour Roger CORNU,

plus cette capacité d'attention et de concentration est développée, plus l'homme distingue de détails dans un même objet et plus il est capable de voir loin dans le domaine de l'idée. Pour l'auteur, le "voyant" voit pour ainsi dire à travers des choses, qui pour d'autres, demeurent opaques. Certains médecins voient les strictions des tissus quand cette notion amène d'autres à la moquerie. Certains médecins voient des tuberculoses toto-résistantes quand d'autres ne voient en la tuberculose que la conséquence d'une hygiène précaire. CORNU explique que c'est ainsi qu'en observant un fait qui peut entraîner des conséquences lointaines, mais encore invisibles pour le commun des personnes, il est des hommes qui sont capables de suivre l'enchaînement logique et inévitable des causes et des effets. « Cette attention concentrée permet alors de voir loin, c'est-à-dire de pré-voir, en découvrant le fait futur au-dessous des apparences d'aujourd'hui, de remonter de cause en cause pour discerner, avant tout le monde, le déroulement des conséquences d'un acte... » (*Idib*, p. 100).

« C'est que voir et savoir ne se superposent pas exactement. Le « voir » (et c'est la différence avec simplement « regarder ») permet d'accéder à un savoir supérieur, un savoir caché, de devenir véritablement un « homme de connaissance » [...]. Mais ce « voir » qui donne accès à un savoir dissimulé est aussi celui de l'artisan qui a l'expérience de l'atelier (c'est le savoir du charpentier notamment), et qui sait, au coup d'œil, si l'objet est convenable ou pas, celui du médecin qui, en voyant les symptômes sait la maladie. Sous ce rapport, le lien entre « savoir » et « voir » rejoint cette catégorie de l'intelligence pratique que les Grecs anciens appelaient la mêtis... » (ADELL, 2011, p.119).

Savoir sans voir ?

Et à l'inverse qu'en est-il donc quand le praticien ne voit pas la maladie ? Comment le médecin peut-il connaître "la chose" sans l'expérimenter ? Par exemple, l'hépatite B reste une maladie rare dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Nous pouvons facilement estimer que bon nombre de médecins n'ont pas de patient souffrant d'une hépatite B chronique active, les autres en suivent peut-être un, deux, voir trois sur une clientèle d'en moyenne mille patients. Je n'en ai aucun actuellement dans ma patientèle. Et aucun de la dizaine de patients que je suis pour une infection par le VIH ne souffre du SIDA. Et pourtant chaque médecin a des choses à dire sur ces affections. Dans quelle mesure pouvons-nous être sachant face à une maladie que l'on ne voit pas ? Pour Raymond MASSE, la maladie se manifeste toujours par des symptômes, de la douleur ou de l'inconfort. Donc selon lui, « pas de symptôme, pas de maladie ... ». C'est aussi pour cela que la pertinence de soumettre des

personnes non malades en apparence à des campagnes de vaccination préventives n'est jamais une évidence, aussi pour les médecins (MASSE, 2002). L'hépatite B invite là à évoquer ces questions du risque et de la contagion. La gestion du risque est aussi affaire de perception, de voir. Le risque est ramené dans la pratique courante du soignant comme de chaque individu, à ce qu'il considère comme une menace propre à son groupe de patients, et aussi à sa famille, ses enfants, ses réseaux d'amis et de relations. Le processus de prise de conscience dépend moins de la bonne volonté individuelle, moins des données ingurgitées lors des formations continues, que de la confrontation à la maladie. On réalise d'autant plus vite le danger que les patients dont on a la charge, l'ont éprouvé, qu'ils l'ont donné à voir. Yves U. le décrit très bien quand il parle de son regard biaisé par son contact quotidien fait de patients infectés par des maladies graves. Ce sont probablement les médecins dont les patients sont les moins exposés aux microbes qui résistent le plus aux comportements de prévention prônés par la médecine universitaire (FABRE, 1998). Et les maladies infectieuses restent des maladies que l'on voit peu et qui sont de fait parfois considérées comme bénignes. Les désaccords et les débats sur les attributions du risque par les médecins que nous avons rencontrés sont intéressants à examiner, non seulement dans ce qu'ils disent du risque, mais surtout dans les conceptions d'aires sociales préservées de la maladie qu'ils véhiculent de façon implicite (CALVES in DOZON et FASSIN 2001). Et c'est de ces aires-là que l'on peut demander, à la façon de Rebecca J., au professeur Ivan L. : « mais dans quel monde [dans quelle aire] vivez vous donc à côtoyer tout le temps ces maladies les plus graves ?! ». Et, cette absence de contact avec la maladie, cette absence d'expérimentation est aussi une absence de signe au sens où l'entend LEVI-STRAUSS, ce qui rend les gens indisponibles aux concepts statistiques avancés par la santé publique. Cette absence de vécu expérientiel, cette absence du voir est certainement centrale dans le processus de création de sens autour de la maladie, et donc par delà dans la diversité des contenus des savoirs médicaux, faute d'un contact efficace au réel.

Les savoirs sur l'épidémie de l'hépatite B et les épidémies en générale sont donc une très bonne illustration de ce que veut dire savoir sans voir. Nous pourrions élargir le champ au débat sur les OGM, sur le nucléaire, sur la pollution. Tous ces phénomènes, en dépit d'un apparent éclatement des champs, participent selon Frederick LEMARCHAND, d'un imaginaire commun au centre duquel une même logique est à l'œuvre : celle de l'épidémie (LEMARCHAND, 2003). L'épidémie est finalement la diffusion prétendue à grande échelle, aussi médiatique, de maladie que l'on ne voit pas ou peu. Le principe de l'épidémie résulte en effet de la logique de contagion en tant que mode de propagation par contact. Nous pouvons

attraper la grippe ou la gastro-entérite par le voyageur d'en face dans le métro. Nous pouvons selon le Pr. Bertrand P. attraper l'hépatite B en faisant une course à pied au contact des taillis. Nous pouvons attraper les virus informatiques en échangeant de simples mails avec notre entourage, en lisant la clef de sauvegarde USB d'un ami, en lisant un DVD.... Nous pouvons ingérer les gènes artificiels et modifiés en achetant un paquet de céréales dans une grande surface ou en grignotant nous ne savons quelle friandise sans vigilance... Nous pouvons attraper le cancer en roulant fenêtres ouvertes en été sur le périphérique saturé d'une grande ville, ou même en se promenant le dimanche au détour d'un grand site industriel en inhalant les rejets atmosphériques... L'épidémie désigne aussi étymologiquement le mal qui circule sur un pays (au sens du territoire habité). Mais aujourd'hui, les maladies épidémiques en vigueur ne semblent plus faire peur comme par le passé. L'hépatite B peine à se faire connaître. Le vaccin contre la grippe continue à susciter plus de railleries que d'intérêt. L'épidémie du VIH semble dans notre pays maîtrisée par les thérapies. Et il est un risque que l'on voit davantage : celui de la technologie. C'est bien le contenu des propos de Lilian S et d'autres moins explicites : le corps même, ultime rempart du sujet, devient à son tour perméable et fragile, non au microbe, mais à la vaccination. La biotechnologie se développe ainsi par la maîtrise du vivant (ANDRIEU, 2011b, p23). Et le corps perd de son intégrité, se déconstruit symboliquement du fait notamment de la recherche médicale qui le réduit à un ensemble d'éléments primaires identifiables (LEMARCHAND, 2002). Le vaccin devient l'agent contagieux et c'est pour certains contre ce dernier qu'il faut développer toutes les modalités de préservation, de prophylaxie, de prévention. A la façon de ce que dit Axel GUÏOUX au sujet du Cyborg, il se crée là un décrochage entre le corps objectif (celui délimité par notre peau) et le corps propre (celui que nous nous sommes appropriés et qui est habité) (2004, p.201). Il y a en effet une actualisation du modèle épidémique qui se réalise non plus autour des maladies contagieuses classiques qui envahissaient le corps objectif, mais autour entre autres des technosciences contemporaines, comme relevant de la mobilisation d'une mémoire collective ancienne de l'épidémie. Par ce retournement, les défenseurs d'une nouvelle époque « alternative » relèguent les catégories de la pensée moderne (la science, le marché, l'idée de progrès) au rang de l'obsolescence (LEMARCHAND, 2003). Toute la question tient dans la possibilité de dialectiser la réalité de notre époque avec la contradiction non contemporaine portée par les médecins rencontrés et liée au développement et à l'usage des technosciences et à l'industrialisation de la production. L'industrie pharmaceutique est presque systématiquement accusée. Les pouvoirs publics sont suspectés de connivence. Et l'on peut se demander jusque dans quelle mesure de cette contradiction, peut se développer

une culture ou un contre-courant culturel qui dise à notre génération comment appréhender ces enjeux autour d'un autre principe de responsabilité, celui mis en avant par le mouvement alternatif.

Le savoir du praticien

Cette relation entre voir et savoir permet de qualifier l'expérience du praticien comme un savoir d'action. Ce savoir pratique est souvent ignoré des acteurs eux-mêmes, car c'est un savoir qui n'est pas donné comme tel, qui se ferme en même temps que le vécu, à force de répétitions et de réactivations d'expériences passées, qui s'abolit dans le « naturel ». Enfin, c'est un savoir que l'on ne peut présenter qu'en actes et en situations (ADELL, 2011, p.128). Et ces savoirs ignorés ne sont pas accessibles par le discours mais par l'efficacité. Philippe DESCOLA dans son ouvrage *par delà nature et culture*, raconte que seuls les chasseurs Achuar de 30 ans ramènent à chaque fois du gibier quand ce n'est pas le cas des plus jeunes qui maîtrisent pourtant tout autant la technique et l'agilité. L'auteur se demande ce qu'apprend donc le chasseur trentenaire dans ce laps de temps. DESCOLA émet l'hypothèse qu'il complète sans doute pendant ces années son savoir éthologique et sa connaissance des interdépendances écosystémiques. Mais l'essentiel de son acquis consiste probablement en une aptitude de mieux en mieux maîtrisée à interconnecter une foule d'informations hétérogènes qui se structurent de telle façon qu'elles permettent une réponse efficace et immédiate à n'importe quel type de situation rencontrée (DESCOLA, 2005, p.148). Ces variations ici intraculturelles mais aussi possiblement interculturelles découlent de ce que DESCOLA appelle « les schèmes de la pratique ». Et c'est effectivement bien souvent, le contact avec l'activité professionnelle qui interroge les connaissances primitivement acquises pour les réapprendre autrement. « En ce sens, le savoir pratique devient le principe même de l'alchimie des compétences, transformant des connaissances qui resteraient « livresques » à l'issue d'une formation purement scolaire en connaissances « opératoires » parce que devenues outils pour l'action » (DECOMPS in BARBIER, 2011, p. 63). Le médecin se souvient de la première fois qu'il se retrouve en responsabilité, à sa toute première garde en tant qu'interne, quand il se retrouve bloqué pour rédiger la première ordonnance, sachant très bien que théoriquement il doit mettre un anti-inflammatoire pour une entorse de cheville très douloureuse, mais sans avoir en tête ni le nom commercial du médicament, ni le rythme précis des prises de comprimés, ni la durée du traitement. C'est cet engagement dans l'action

qui va donner accès au réel et en plus le transformer, en agissant sur le corps du malade. Il induit aussi une transformation identitaire. Et l'acte de travail devient acte de formation lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même. Le tâtonnement décrit par Yves U. dans la prescription d'antibiotiques dans la tuberculose multi-résistante est bien de cet ordre : on appelle un collègue, il ne sait pas non plus. Alors on se décide, on essaie une association d'antibiotiques ou une vieille molécule et on voit, puis on collige les cas, et on apprend ainsi à gérer les situations. C'est bien aussi dans le même sens la démarche vers la réalité de Franck F., qui essaie différentes techniques de soins, qui constate des améliorations sans pouvoir vraiment en expliquer les mécanismes, mais qui avance malgré tout dans la connaissance du soin, et qui dit chercher encore à comprendre. « La production de savoirs par l'apprenant est alors utilisée comme un outil direct de production de compétence, alors que traditionnellement dans les systèmes d'enseignement et de formation, les formations identitaires souhaitées sont considérées comme devant être obtenues pour l'essentiel soit par mise en disposition – appropriation de savoirs extérieurs, soit par mise en exercice des savoirs appropriés » (BARBIER, 2011, p.3). Faut-il aller jusqu'à un retournement qui prétendrait que l'expérience est d'un enseignement plus fiable, d'une capacité supérieure à amener au réel que celui de la théorie ? Il est sûr en tout cas que les connaissances d'aujourd'hui en médecine se fondent sûrement bien davantage que nous le pensons dans une histoire ancienne. Ecouter la science sans entendre l'enseignement de son histoire apporte peu. Dès lors pourrions-nous considérer que l'expérience et les savoirs en action se différencient des savoirs théoriques par une durée plus longue, plus stable, moins sensible à l'obsolescence ? Selon Alain BERNADOU, les savoirs pratiques directement liés à l'homme, à l'acteur, au praticien seraient des systèmes d'experts s'enrichissant effectivement de façon linéaire tout au long des vies professionnelles, se nourrissant finalement peu des savoirs théoriques, mais davantage de systèmes d'informations aux schémas simples et opérationnels. Mais ces schémas ont d'abord nous l'avons dit pour mot d'ordre d'être efficaces avant ceux d'être proches de la réalité. Et c'est là que doit se tempérer notre enthousiasme pour l'expérience et notre tentation à fabriquer des hiérarchies vertueuses. « Savoir théorique et savoir pratique ne s'opposent pas, ils sont situés sur des plans différents et ce qui modifie l'un ne modifie pas ipso facto l'autre » (BERNADOU in BARBIER, 2011, p.39-40).

Vers une nouvelle épistémologie de la pratique ?

« Knowing in action » ?

A ce stade de ce parcours, et même si nous refusions les hiérarchies entre pratique et théorie, il nous faut malgré tout avancer et explorer le dilemme. Donald SCHÖN le désigne par la métaphore des hautes terres, celles que nous rapprocherons des praticiens tentant de coller aux consignes de *Evidence Based Medecine*, et des basses terres, celles que nous rapprocherons des praticiens qui décident de prendre quelques libertés face aux recommandations des scientifiques.

« Dans le paysage varié de la pratique professionnelle, on trouve les hautes terres au sous-sol, où les praticiens peuvent faire un usage efficace des théories et des techniques issues de la recherche ; mais on rencontre aussi des basses terres marécageuses, où les situations sont des « chaos » techniquement insolubles. Ce qui complique tout, c'est que les problèmes situés en hautes terres, bien que présentant un grand intérêt sur le plan technique, sont d'une importance toute relative dans le monde en général alors que ceux qui préoccupent le plus le genre humain poussent en terrains marécageux. Et le praticien, lui, que doit-il faire ? Rester en hautes terres où il pourra pratiquer tranquillement en donnant au mot rigueur tout le poids qu'il lui plaira, mais en traitant uniquement des problèmes sans grande portée sociale ? Ou bien descendre jusqu'au marécage où il traitera de problèmes épineux de grande importance, mais où il devra accepter de sacrifier la rigueur technique ? Certains praticiens choisissent les basses terres. Ils s'engagent délibérément dans les problèmes complexes mais cruciaux et, si on demande de décrire leurs méthodes d'investigation, ils parlent d'expérimentation, d'essais et d'erreurs, d'intuition et de débrouillardise. D'autres praticiens optent pour les hautes terres. Avides de rigueur technique, dédiés à une image de compétence professionnelle solide ou craignant d'entrer dans un monde où ils ont peur de ne savoir que faire, ils se confinent volontairement à une pratique professionnelle étroitement technique » (SCHÖN, in BARBIER, 2011, p.202).

Quel choix est-il donc fait par les médecins entre ces deux endroits pour se rapprocher au mieux de la réalité du vivant ? Nous pouvons effectivement lire cette répartition à la façon de SCHÖN comme une volonté de rigueur pour les uns et une volonté de pertinence pour les autres. De façon caricaturale, nous pourrions positionner nos médecins alternatifs et leur prétendue pertinence vers le bas et les scientifiques et leur prétendue rigueur vers le haut, les généralistes oscillants entre les deux, Marc F. plutôt vers le haut, Rebecca J. un peu vers le bas et plein d'autres et moi-même peut-être au milieu. Plusieurs des médecins interrogés se trouvent tiraillés entre les deux, à l'image de Mathilde, Rebecca ou encore Juliette. Franck F.,

Karl W. et Xavier K. accomplissent eux et sans complexe, ce travail dans le terrain marécageux des basses terres. Ils arrivent à identifier par leur positionnement singulier des situations problématiques différentes, et donc des problèmes différents. Ils savent dégager du sens dans une situation qui au départ n'en a probablement aucun pour les autres praticiens. Et lorsqu'ils trouvent des solutions à ces difficultés, ils le font par une recherche qui sort du modèle de la science appliquée. C'est en sachant nommer et reconstruire le problème que le praticien crée les conditions adéquates pour exercer sa compétence technique. Mais il ne faut pas avoir peur de l'incertitude, de la singularité, de l'instabilité et des conflits des valeurs et accepter d'être pris dans le dilemme. Karl W. voulait déjà traiter il y a quelques années les angines sans antibiotique mais il était mis dans une vraie insécurité par son entourage qui le traitait de fou. La définition du savoir professionnel "rigoureux" inculqué à ces thérapeutes lors de leur formation initiale universitaire excluait les phénomènes qu'ils finissent justement au fil de l'expérience, à considérer comme au cœur de leur pratique. « Et l'art qu'ils déploient parfois pour en venir à bout, l'art de construire un problème mal formé, par exemple, ou d'inventer une nouvelle façon de percevoir un cas singulier, ou de trouver une façon sage et ingénieuse pour résoudre un conflit de buts à atteindre, cet art n'a, selon eux, rien à voir avec la rigueur d'un savoir professionnel » (*Id* p.205). Donald SCHÖN évoque ici une épistémologie à construire, de « l'agir professionnel ». Le savoir du praticien est caché, aussi de lui-même, dans l'agir professionnel. « Une fois qu'on a mis de côté le modèle de la science appliquée qui nous amène à penser que la pratique intelligente est une application du savoir théorique destinée à résoudre des problèmes pratiques, il n'y a alors rien d'étrange à se dire qu'une certaine sorte de savoir est inhérente à un agir intelligent » (*Id* p.205). Il parle de savoir en cours d'action (knowing in action) qui va caractériser le savoir issu de la pratique ordinaire. C'est pendant le travail routinier du cabinet, au fil des consultations et des examens cliniques, sur le trajet du retour chez soi après la journée de travail que le praticien réfléchit sur son action. Il pense aux situations rencontrées. Il construit du coup des projets. Il s'interroge sur comment il a fait pour comprendre et prendre en charge. C'est parfois un raisonnement automatique. C'est d'autre fois une volonté de mieux se préparer à affronter une situation prochaine. Il est alors chercheur dans son contexte à lui. Et il édifie sa théorie nouvelle plus ou moins consciemment sur le cas qu'il vient de vivre, loin des cadres institutionnels de la théorie et des recommandations techniques et généralistes.

La recherche [de l'acteur] ne se limite pas à une délibération sur des moyens qui dépendent d'un accord préalable sur les fins. Il ne maintient aucune séparation entre la fin et les moyens, mais il définit plutôt ceux-ci, de façon interactive, à mesure qu'il structure une situation problématique. Il ne sépare pas la réflexion de l'action, il ne ratiocine pas pour prendre une décision qu'il lui faudra plus tard convertir en action. Puisque son expérimentation est une forme d'action, sa mise en pratique est inhérente à sa recherche. Ainsi, la réflexion en cours d'action et sur l'action peut continuer de se faire même dans des situations d'incertitude ou de singularité, parce que cette réflexion n'obéit pas aux contraintes des dichotomies de la « rationalité technique ». (SCHÖN, in BARBIER, 2011, p.210).

Sommes-nous tous des scientifiques ?

Les praticiens seraient-ils des chercheurs ? Oui dans un sens, et nous venons de le montrer. Nous interrogeons ici les représentations traditionnelles entre les chercheurs et les praticiens. La hiérarchie entre les deux professions est toujours nous l'avons dit bien d'actualité, notamment en médecine où les généralistes suivent comme nous l'avons vu l'avis des spécialistes, où les spécialistes suivent les avis scientifiques, à savoir des praticiens hospitalo-universitaires, et où les hospitalo-universitaires suivent eux-mêmes les avis des chercheurs en biologie. Par ce mode de cheminement, le praticien a tendance à entrer dans les situations qu'il rencontre par ce *prêt à penser* dominé par la recherche classique. Mais quelle différence y a-t-il finalement entre la recherche réflexive du praticien sur sa pratique, et la recherche observationnelle présentée par Hervé K., que nous considérons depuis le départ comme scientifique ? Vue sous notre angle, la recherche fait partie de l'activité du praticien, hospitalier, généraliste ou alternatif. Alors, serions-nous tous des scientifiques autant que Hervé K. ? En tout cas, l'échange entre recherche et pratique pour le praticien est immédiat, dans la réflexivité et la réflexivité en cours d'action, dans l'action qui en tient lieu. Nous bouclons au passage la boucle amorcée au chapitre méthodologie où nous mettions en avant que la production du savoir sur la réalité notamment en ethnologie ne peut se dissocier d'un travail de réflexivité. Le praticien construit une description de sa réflexion-en-action qui lui permet d'atteindre l'issue qu'il considère comme désirable. Il teste ses hypothèses par l'observation du réel. Nous pourrions croire qu'il fait tout cela en relation avec « l'univers d'un seul », d'une situation particulière tirée de sa propre expérience pratique. Mais il existe aussi comme nous l'avons dit des lieux plus ou moins formels d'échanges de pratique et de confrontation des hypothèses, par les rencontres de pairs, les rencontres de formations

continues, les déjeuners entre confrères entre midi et deux comme j'aime à le faire avec Mathilde et Hippolyte. Par ce biais-là, le praticien peut formuler une description susceptible d'être appliquée à d'autres cas. Cette description peut aussi prendre la forme d'une généralisation thématique. Le praticien apprend ainsi par le transfert réflexif, dégage de vraies réflexions de l'expérience. Il tend vers le réel par l'expérience. Il se met à son tour en position de diffuser une pratique novatrice et de dispenser des formations à des collègues. Nous pouvons seulement situer la différence entre la recherche classique et la recherche du praticien dans le fait que ce dernier est moins disposé à réfléchir sur le caractère "recherche" de sa pratique. Les praticiens éprouvent une curiosité sur ce qu'ils font réellement, aux mécanismes qu'ils mettent en œuvre pour résoudre un problème ou un blocage. Mais peut-être leur manque-t-il par rapport aux scientifiques "officiels" de mettre en mots l'investigation réflexive de leur propre activité ? Peut-être faut-il ici ne pas aller plus loin et juste évoquer une complémentarité intéressante entre les chercheurs et les praticiens pour s'approcher de la réalité, pour faire ensemble le travail de la science ? Une collaboration sur des bases à même niveau paraît à Michel BERRY très fructueuse :

La communication entre les chercheurs et les acteurs extérieurs à la recherche est souvent guidée par une conception dissymétrique : on irait du savoir vers l'ignorance. Ainsi, lorsqu'un chercheur s'adresse aux praticiens, on appelle cette activité « formation », « expertise » ou « vulgarisation ». Et même si ces activités sont aujourd'hui encouragées, elles ne sont pas considérées comme faisant partie du « noyau dur » de la recherche. A ce schéma, il est proposé ici d'en substituer un autre, dans lequel chercheurs et praticiens apportent leurs idées et leur spécificité ; dans lequel ils peuvent être impliqués ensemble dans une action et mener une réflexion en commun. Cela ne veut pas dire qu'ils doivent raisonner de la même manière, avoir une identité de vues. Au contraire, c'est parce qu'ils ont des points de vue des enjeux décalés qu'ils s'enrichissent mutuellement. En mettant en évidence les dimensions occultées par les praticiens dans leur action quotidienne, les chercheurs les amènent à voir plus clairement les insuffisances de leurs analyses ou les conséquences imprévues de leurs choix. Par une recherche constante de rigueur et de cohérence dans les schémas explicatifs, ils poussent les praticiens à mieux formuler leurs propres problèmes. Réciproquement, la réaction des praticiens aux analyses des chercheurs est une invitation pour ceux-ci à s'interroger sur la portée de leurs concepts. En outre, la gestion des organisations recèle encore bien des mystères et ce genre de travaux amène sans cesse à faire des découvertes insolites. Or l'insolite, l'inexpliqué sont de puissantes incitations à la création conceptuelle si on ne se contente pas de faire entrer à toute force le réel dans un cadre préétabli (BERRY in BARBIER, 2011, p.54-55).



Photo 25 : salle de soins

"La vraie vie", science de la complexité.

Et si finalement toutes ces tentatives de théorisation étaient vaines ? Ne venons-nous pas juste de donner illustration à notre partie méthodologie en montrant comme l'avance WITTGENSTEIN dans son œuvre, que plus nous allons dans le sens d'une généralisation explicative, plus ce que nous croyons éclairer en fait s'obscurcit ([1969],1987) ? Peut-être n'est-il pas judicieux de tenter de comprendre le rapport qu'entretiennent les médecins avec la réalité du vivant au-delà justement de ce que Juliette U et le professeur Ivan L. ont appelé *la vraie vie*. Le savoir théorique auquel appelle l'Université et auquel notre société se plait à se référer, se veut l'acquisition d'un ensemble de connaissances établies par les disciplines traditionnelles et la maîtrise de raisonnements logiques permettant la résolution de problèmes. Mais, ces problèmes sont eux-mêmes construits pour justement correspondre aux raisonnements théoriques qui sont sensés les résoudre. Peut-être faut-il descendre de la jeep comme l'avait fait un des Dupondt de Hergé se croyant à l'arrêt, pour s'apercevoir en se

cassant la figure, que les choses sont en fait autrement, et recoller ainsi à la réalité. La réalité, *la vraie vie*, sur laquelle devrait se fonder les décisions de la pratique quotidienne de chacun de ceux que nous avons rencontrés, est simplement d'une grande complexité : les problèmes sont mal définis et mal circonscrits ; la solution envisagée est souvent plurielle, imparfaite et insatisfaisante, objet de compromis et au résultat incertain. Les facteurs humains du patient, de l'entourage, du réseau de soins s'entremêlent et interfèrent avec le raisonnement du médecin. Les décisions prises ne sont jamais arrêtées, mais en permanence réinterrogées dans des schémas d'interaction qui se répètent, dans une situation qui évolue sans cesse. Le médecin est ainsi avant tout un acteur qui tend à comprendre cette réalité auquel il est confronté, dans sa complexité totale. Jean-Claude LEHMANN voit là l'opportunité d'une approche nouvelle de la connaissance.

« En effet, si on a longtemps pensé que les frontières naturelles de la connaissance se situaient vers l'infiniment grand (l'astro-physique) et l'infiniment petit (la physique des particules élémentaires), on prend conscience depuis quelques années qu'une troisième frontière existe, celle de la complexité. Plutôt qu'une frontière, une différence d'approche : un système simple tel un atome d'hydrogène ou un cristal peuvent se modéliser de façon extrêmement précise et la prédiction de leur comportement est chose relativement aisée. A l'opposé, au-delà d'un certain nombre de degrés de liberté, la complexité d'un système apparaît comme intrinsèquement impossible à modéliser exactement » (LEHMANN in BARBIER, 2011, p.151-152).

Nous sommes ainsi appelés, juste au moment de clore ce travail, à aller peut-être vers d'autres approches que les approches traditionnelles avec lesquelles nous venons de nous débattre de façon un peu fastidieuse (science versus expérience, théorie versus pratique, spécialiste versus généraliste) pour tenter de théoriser tout autrement notre lien au réel. Il faut peut-être ne pas craindre, pour conclure, la tentative d'aller voir autrement, pour emprunter au final un trajet plus chaotique, qui ne craint pas la chute, plus global autant que plus approximatif. Et ce chemin-là nous aiderait peut-être davantage à comprendre le comportement du médecin et de l'humain dans toute sa complexité face à la réalité de son existence. Il s'agit finalement ici de nous lancer en toute fin dans une *anthropologie déstructurale*, clin d'œil au maître, et modestement ne pas avoir peur de complexifier, d'ébouriffer le sens commun du lecteur, de crisper nos professeurs. Nous recollerons ainsi avec cette obligation quasi éthique de la discipline, de rendre compte de la complexité du réel autrement qu'en distribuant les personnes, les façons de penser, le fonctionnement des corps, dans un tableau à deux, trois ou quatre colonnes.



Photo 26 : les yeux écarquillés ... Tintin au pays de l'or noir. Hergé. Casterman. 1971

Conclusion

Et nous voilà donc au moment de conclure ce travail un peu comme un des deux Dupontd, le nez dans le sable du pays de l'or noir, quelque peu étourdi, les yeux écarquillés, les cheveux et tout ce qui nous habille autant que les sens, ébouriffés. Mais dans notre cas, ce n'est pas le bolide de Tintin et du capitaine Hadock qui nous a fait descendre de la jeep, croyant qu'elle était à l'arrêt. Mais nous nous sommes de la même façon dirigés pendant quelques années non pas dans le désert du Moyen-Orient, mais dans le milieu de la médecine un temps plus ou moins tranquille. Puis nous avons été rattrapés par l'anthropologie et sa façon différente de conduire et de voir le monde. Nous avons pu un temps être dépassés par cette tendance d'un certain groupe d'anthropologues, à relativiser de façon un peu trop radicale le savoir de ceux qui font la médecine. Et nous avons cru à ce moment que nous étions à l'arrêt, prêt à succomber aux sirènes du nihilisme. Si nous savons, nous les médecins *des pentes de la Croix-Rousse*, dans des sens si différents les uns des autres, alors que connaissons-nous finalement ? A quoi bon vouloir savoir la réalité si tout ce que l'on sait est socialement construit ? Et si en fait nous ne connaissons rien ? Heureusement, dans cette parésie-là, quelques lectures bien amenées par quelques conseils bien avisés, quelques rencontres riches de leurs vérités, nous ont effectivement, comme une petite pichenette, invités à nous décaler encore un peu, à descendre de ce qui nous véhiculait jusqu'alors et nous semblait à l'arrêt. Et le résultat est effectivement étourdissant.

Entre l'arrêt et la bousculade, ce travail de recherche aura été en premier lieu une navigation dans un terrain, au contact des personnes, nos informateurs, de leurs savoirs et de leurs pratiques. A posteriori, ce terrain-là s'est bien passé. Nous avons mainte fois sillonné le quartier de haut en bas et d'est en ouest. Nous nous y sommes installé avec plaisir, trouvant à notre tour une petite place d'histoire dans ce théâtre lyonnais magnifique où Jules César lui-même était venu jeter son manteau rouge sur la Saône si calme pour voir dans quel sens elle coulait. Nous avons savouré de pouvoir guetter les rappels historiques du quartier au coin de chaque rue : les escaliers des anciens couvents, les lieux de bataille des canuts en révolte, les traces du fantôme de la ficelle. Et tout le long, c'est avant tout nos propres savoirs et nos propres pratiques qui étaient questionnés. Notre recherche de terrain s'est constituée d'une première étape construite autour du projet sur l'hépatite B qui lui, ne sera pas allé au-delà des deux réunions introductives. Mais cette étape-là aura été pour nous une vraie opportunité pour rencontrer les médecins du quartier, autour d'un objet décentré de celui un peu abrupt de la

vérité et de la réalité en médecine. Nous avons par ce biais pu réaliser bon nombre d'entretiens informels autour de la question de l'hépatite B et du vaccin. Le fait que la dimension de recherche soit présentée en second plan lors de ces contacts, nous a donné l'impression que la parole pouvait être plus libre. Les entretiens étaient cordiaux et détendus. Plus de la moitié des médecins ont accepté l'échange. C'est dans ce temps-là que nous avons pu constater la diversité des opinions sur la vaccination et notamment sur celle contre le VHB. La deuxième moitié de notre recherche de terrain était plus classique. Nous avons proposé aux médecins rencontrés initialement, des entretiens à la méthodologie plus traditionnelle. Notre identité de chercheur en sciences humaines était cette fois mise en avant. La négociation de ces rencontres a été plus rude et les stratégies d'évitement plus marquées, entre les non-réponses aux courriers, les indisponibilités chroniques, les rendez-vous annulés à répétition. Certains m'ont accueilli bien volontiers et parfois même avec enthousiasme. Et le réseau d'interconnaissance a fonctionné dans un petit jeu d'alliances tissées ou déliées, de confiance accordée ou refusée. Le soupçon a bien sûr existé et il m'a été rapporté indirectement. Certains m'ont ainsi reconnu dans la position du faux-frère. Et le don a fait son travail d'échange. Les informateurs m'ont donné leur temps, leur parole, les morceaux pour construire ce travail. J'ai donné à certains de la reconnaissance, des perspectives de collaboration confraternelle et aussi économique, un retour réflexif sur le sens donné à leur pratique. Ce colloque entre celui qui se raconte et le chercheur était d'autant plus singulier que les deux ici étaient en fait confrères. Nous avons vu comment les discours se construisaient au contact l'un de l'autre. Je voyais ma capacité à défendre la science devant le thérapeute alternatif vu comme féru d'expérience, et comment je défendais l'expérience devant les scientifiques que je considérais comme plein de théorie. J'ai vu les discours de certains évoluer au fil de l'entretien. Le projet initial de promotion de la vaccination contre l'hépatite B m'aura sûrement fait passer auprès de mes collègues du quartier, pour un fervent défenseur du vaccin et donc de la médecine académique. Ce petit objet de vaccin, ce « non-humain » pour reprendre le titre de l'ouvrage *humains, non humains* coordonné par Sophie HOUDART et Oliver THIERY remplit donc ici sa fonction, à la fois de contribuer à repeupler ici les sciences sociales, et aussi à dévoiler un peu plus ce que nous sommes nous les humains (2011, p.7). Et j'ai régulièrement dévoilé au fil des entretiens, par l'intermédiaire du vaccin, mon attrait particulier pour l'expérience. Et les discours s'adaptaient. Les positions bougeaient, comme un match incessant entre l'autre et moi.

Les autres et moi

La singularité de notre recherche, nous l'avons dit largement, est ce double positionnement de chercheur et de praticien. Nous avons défendu avec vigueur que ce statut-là doit être un plaidoyer pour la réflexivité dans la recherche en général. Nous nous sommes soumis à l'exercice, comme une espèce d'expérience, de faire notre « auto-analyse », qui consistait en fait à se prononcer à titre personnel sur le sujet de notre recherche, et tenter de livrer nos réponses en début de travail, avant d'interroger les autres. Nous pensions ainsi offrir au lecteur la description de notre point de vue, avec lequel nous allions voir le petit monde des collègues *des pentes*. L'enjeu sous-jacent était bien sûr de nous prononcer sur notre capacité à savoir ce que les autres savent, et dans quelle mesure nous pouvons aborder l'autre autrement qu'en enfermant simplement sa pensée dans nos seules façons d'élaborer la nôtre. Alors, si je devais comparer mon discours sur la vérité en médecine, à celui entendu de mes collègues, je dirais que je suis le seul à évoquer la question de la quête de sens pour élaborer nos savoirs sur la maladie et le soin. Aucun autre médecin ne l'a abordée comme telle. Xavier K. lui, a parlé de la quête de sens par ses patients, mais pas de la sienne propre. Comment interpréter ce silence sur le sens ? Peut-être cette question-là est-elle trop intime ? Peut-être est-il trop délicat pour un médecin non anthropologue de dire à quelqu'un qu'il choisit tel ou tel savoir juste pour donner de la cohérence à sa vie, alors que pour le médecin anthropologue, ce genre de confession pourra être considéré comme une démonstration de probité scientifique ? Je suis encore le seul à évoquer ce que nous avons nommé la connaissance par accoutumance. Il s'agissait de reconnaître une connaissance qui ne relève ni de l'expérience, ni de la science, mais d'autre chose, d'un a priori tissé de sons, d'images, de sensations, de mélodies et d'histoires passées. Là aussi, le côté aléatoire de ce savoir-là peut davantage être abordé dans un exercice de recherche réflexif quand le praticien en train de pratiquer, sera dans l'incapacité de le formaliser ainsi, sous peine de donner une place dangereusement trop importante au chaos. Il est un troisième point qui fait différence entre mon discours et leurs discours : on ne voit pas les ruptures de continuum que nous évoquions plus haut lorsque l'on s'étudie soi-même. Il est dans mon propos une cohérence qui doit poindre, de toute façon décidée au départ, même si l'on prétend le contraire. Elle sied à la forme de l'écrit, quand le discours des autres étaient un discours spontané, enregistré sur le vif. Voilà peut-être là un regret méthodologique. Aurait-il été plus pertinent que mon exercice

d'auto-analyse se soit déroulé à l'oral, moi-même en situation d'interview par un collègue, autrement que dans le seul exercice trop construit d'un récit de soi par soi ?

Cet exercice d'« auto-analyse » a eu comme intérêt de poser un jalon en début de thèse, comme un point de repère sur le travail parcouru. Nous avons au tout départ décidé de considérer le savoir sur la réalité comme une croyance vraie et justifiée, inspiré de la reformulation influente de Roderick CHISHOLM (1981) de la définition classique du Théétète de la connaissance de PLATON. Mais rapidement, nous n'avons plus cru en la croyance, qui tend selon nous à imposer une hiérarchie dans les savoirs, avec d'un côté, tout en bas, les croyances irrationnelles et de l'autre tout en haut, celle de la science objective. Cette façon de voir le monde valorise, nous le pensons, avant tout nos propres schèmes intellectuels. Le concept de croyance s'adapte mal lorsque l'on est face à l'autre, différent et étrange, dans l'ambition de tenter de le comprendre, en contenant autant que nous le pouvons nos interprétations pour qu'elles ne s'en emparent pas trop vite. C'est en rédigeant notre troisième partie intitulée « Je de vérité », que nous nous sommes décidés à remplacer la notion de croyance par celle de la vérité. Mais nous avons conservé le concept de justification de la connaissance et de nos vérités comme un bon témoin de notre volonté de nous connecter à la réalité. Nous avons alors rapidement rejeté la justification externaliste de la connaissance qui prétendrait qu'un positionnement au dehors du monde soit possible pour le décrire, pour lui préférer les justifications plus internes, en dedans du monde. Nous étions assez séduits au moment de ce travail d'« auto-analyse », par les mécanismes dits de fondationnalisme et la pyramide d'Ernest SOSA (1980), où le savoir repose sur des jugements de base. Mais l'observation du monde de la science que nous avons parcouru tout le long de notre chemin universitaire, nous a mis le doute. Les données de base semblent en effet parfois bien difficiles à retrouver. Nous avons alors été tentés par le cohérentisme et l'image du radeau d'Otto NEURATH (1993) qui pense la vérité de façon circulaire, où les savoirs se fondent en quelques sortes les uns avec les autres. Nous avons résisté à nous reconnaître dans cette conception-là en l'attribuant au départ, un peu lâchement, davantage aux thérapeutes alternatifs et leurs systèmes symboliques imbriqués. Et nous avons pris une moitié de décision, à l'image de la moitié du chemin alors parcouru, en choisissant dans un soulagement le terme biscornu du fondhérentisme de Susan HAACK (1993). Nous reconnaissons à la fois aux données de la science en tant que données de base, leur scientificité, tout en acceptant dans le même temps leurs limites, et une certaine incapacité à emmener définitivement vers le réel. Nous acceptons l'impossibilité à définir les critères de ce qui fait science.

Que reste-t-il en fin de ce cycle de recherche, de cette approche conceptuelle par la justification ? Nous constatons en tout cas que nous avons choisi par la suite de ne pas utiliser cette grille de lecture pour interpréter les discours des autres médecins. Cette approche avant tout par la philosophie convient peut-être davantage effectivement, à l'analyse de soi qu'à l'analyse anthropologique des autres. Mais elle reste ici un éclairage intéressant. Si à une époque le cohérentisme nous a seulement intrigués, il faut bien reconnaître qu'il nous séduit aujourd'hui en cette fin de thèse. Il séduit dans son refus d'admettre les tentatives des uns et des autres que nous avons observées sur le terrain, à fonder la connaissance. La théorie cohérentiste de la vérité présume que nos vérités ne se construisent qu'en vertu d'une cohérence, au sein d'un système de vérité, de nos vérités entre elles. Il est ici une nouvelle forme de réalisme, comme l'avance Donald DAVIDSON (in AMBROISE et LAUGIER, 2009, p.305), qui sans s'appuyer sur l'existence supposée d'un monde extérieur, refuse aussi une objectivité interne sur laquelle nous pourrions nous reposer. Finalement, rien d'autre ne peut justifier une vérité qu'une autre vérité. Donc, vouloir fonder la connaissance sur quelque chose d'extérieur à elle ou sur des énoncés primitifs qui seraient plus proches du monde, n'a plus lieu d'être puisque la coupure entre le monde et nos vérités s'évanouit. Il n'y a alors aucune raison de douter que nos vérités soient vraies. Identifier les vérités des autres et la signification de leurs mots ne peut se faire, nous l'avons vu en discutant de la méthode, sans recourir à ce qui nous est observable lorsque nous sommes en position d'interprète de ces mots. La cohérence de nos énoncés sur les pensées de nos informateurs dépend de l'interprétation que nous en donnons, et c'est cette interprétation qui fournit les accords. Il se crée un cercle de cohérence des vérités, un « espace de raison » (*id*, p.308), duquel nous ne pouvons de toute façon pas sortir. Le faux n'a une fois de plus, plus de raison d'être, puisqu'il n'y a que des vérités qui se reçoivent sans cesse au contact les unes des autres. Les contours d'un monde qui serait sans fondement se dessinent déjà.

Une vérité contagieuse.

Franck F. nous a dit en entretien que la médecine est une science humaine et nous voyons là qu'il avait bien raison. Le comprendre expose le médecin à la dépression, c'est à dire à s'extirper de la pression qu'il subit depuis ses études par *l'Evidence Based Medicine*, qui veut lui faire croire qu'il ne peut bien pratiquer que dans le suivi scrupuleux des consignes de la recherche et de l'expérimentation scientifique. Mais ce qui fait la pratique du médecin, ce qui le pousse vers telle ou telle décision, telle ou telle position, telle ou telle formation, va bien au-delà de l'exécution de consignes. Il est une série de mécanismes que l'on a envie de qualifier de sociaux, ou d'humains, ou peut-être encore de non-scientifiques, sans être complètement à l'aise dans aucun de ces termes. Nous avons vu en effet combien construire nos discours sur la réalité façonne notre identité. Le savoir est un levier puissant de différenciation. Il nous permet d'exprimer notre ressemblance à certains ou notre différence avec d'autres. Il façonne ce que nous sommes et nos rapports sociaux. C'est le bon mot de Geneviève DELBOS (1993) quand elle avance qu'il y a ceux qui savent, c'est « nous », et ceux qui croient, c'est « eux ». Et cette partition-là se construit aussi par la langue professionnelle, par l'utilisation de termes spécialisés, d'expressions, par les mêmes mots auxquels on va attribuer des sens différents. Le « tissu humain » n'a pas la même signification chez Yves U. l'infectiologue que chez Xavier K. l'ostéopathe. Ils mettent en évidence par leur sémantique réciproque ce qu'ils sont l'un par rapport à l'autre. Et la vérité se construit alors aussi dans un jeu de pouvoir. Nous avons vu la question du politique chez les médecins. Elle est abordée pour certains généralistes et alternatifs comme une contrainte extérieure d'organes supérieurs (ministère de la santé, sécurité sociale, société savante, etc.). Un modèle contractuel de santé publique s'imposerait, énonçant les droits et les devoirs de chacun, et la norme qui devrait être celle de tous. De ce bio-pouvoir comme le nomme Michel FOUCAULT, vont naître en réaction des résistants qui vont revendiquer une liberté d'agir, dans une logique de responsabilité qui leur est propre. Mais toujours selon FOUCAULT (1976), ce qui semble façonner bien davantage le savoir et la vérité en médecine est le pouvoir de l'intérieur, celui qui passe dans les corps de chaque médecin. Ce pouvoir-là est partout, et il fait ce que sont ces rapports interpersonnels que l'on appelle confraternels. Il établit l'ordre et la place de chacun dans un quartier. Il met les distances nécessaires, les silences, les lieux de rencontres ou les communications régulières. Il instaure les règles de discipline entre le professeur de l'hôpital et le praticien dans son cabinet, entre le PH et le

PUPH, entre celui qui lit *Prescrire* et celui qui ne le lit pas, entre le membre d'une communauté savante et celui qui ne l'est pas, entre celui qui collabore avec un alternatif ou celui qui s'y refuse ou le dénigre. La vérité qui se construit en chaque médecin sur la maladie et sur le soin est ainsi une mise en ordre du monde qui nous entoure. Elle énonce les étiologies. Elle désigne la place accordée au corps et à la nature. Elle définit comment doit être pensée l'immunité et la réaction vaccinale, comme *un dernier langage de la médecine* pour reprendre encore l'expression d'Anne-Marie MOULIN (1991). Ainsi, la vérité qui se construit, ce savoir sur le monde, ce discours sur la réalité du vivant, offre à chacun une lecture des choses, nécessité pour se prémunir du chaos et de la paralysie. Dans des objectifs parfois complètement extérieurs au soin et à la guérison, la vérité en médecine doit se construire avant tout pour donner du sens à ceux qui soignent.

Cette imbrication des savoirs et des vérités les uns par rapport aux autres nous amène aux notions d'échange, de flux, de réseau. Dans le système de santé local *des pentes de la Croix-Rousse*, nous avons vu cet état de circulation des connaissances. Le généraliste attend les courriers des spécialistes. Les spécialistes s'appellent entre eux, communiquent envers les généralistes, dont ils forment les internes. Les médecins alternatifs délèguent une partie de leur travail aux spécialistes par un courrier, curieux de la réponse qui sera ou non formulée. Les spécialistes parfois collaborent avec les alternatifs par l'ostéopathie ou l'homéopathie, quand ils sont notamment en manque de solution. Il est des réunions de pairs, des formations continues, où les différents types de médecins se croisent et se recroisent. Les savoirs ne sont donc pas figés dans un individu, mais ils sont sans cesse hérités et sans cesse transmis. C'est la *contagion des idées* de Dan SPERBER (1996). A nos savoirs réflexifs issus d'une transmission consciente, s'ajoutent des savoirs plus intuitifs, ce que nous appelions par accoutumance, appris sans être enseignés, évoluant par contact, par contagion. Ils circulent à la manière du virus, aussi à l'insu des individus qui en sont porteurs. Ainsi les discours de vérité ne sont jamais figés, exceptés quelques reliquats pour la postérité dans les tables de l'empereur Claude. Nous avons en fin du chapitre IX mis en évidence le rapport entre le savoir et le langage, et plus généralement entre la pensée et le langage. Nous avons vu comment la vérité des médecins semble se construire par les discours des colloques et conférence de consensus, et aussi par l'écrit, les rédactions d'articles, d'ouvrages. L'anthropologie cognitive s'est appliquée à interroger cette idée de *pensée-langage* qui serait linéaire et par séquences successives. Elle se demande s'il ne serait pas meilleur de parler d'une *pensée-réseau* (ADELL, 2011, p.279), qui serait, elle, non linéaire, faisant appel de façons simultanées à des éléments hétéroclites et contagieux. A la façon dont Maurice

BLOCH (1998) l'a montré dans son ethnographie des Zalimaniry de Madagascar, quand le savoir des médecins est activé, transmis, et mis en avant, seule une partie en fait est linguistique, et le reste non moins important, est composé d'éléments non linguistiques, constitués par notre contexte de vie, notre relation aux autres, mais aussi par des sensations, des images, des odeurs. Ainsi, la vérité en médecine n'a pas seulement l'allure d'une langue médicale, orale ou écrite. Le savoir a aussi une part « agie ». C'est aussi l'action qui permet l'activation et la transmission de nos vérités. Penser ou construire la vérité dépendrait selon BLOCH plutôt de *réseaux de significations* qui sont nécessairement organisés d'une manière qui n'est pas linéaire mais tout à fait entremêlée dans les aléas de l'action. Nous rejoignons là encore les mécanismes de justification de nos vérités par la cohérence. Et le fait que ce contexte en réseau soit véritablement constitutif du savoir du médecin est une première explication à la diversité des vérités rapportées par nos informateurs sur le vaccin contre l'hépatite B en particulier. Et il semble logique sous cet angle de vue, que la multiplicité des contextes d'émergence des savoirs concernant une thématique donnée ait pour conséquence une multiplicité des savoirs eux-mêmes sur cette thématique. Nous pourrions trouver là aussi une explication aux ruptures de continuum que nous avons observées chez une même personne. Il faut pour les comprendre raisonner ainsi en flux plutôt qu'en frontière. Nous n'enfermerons pas les personnes dans des catégories, mais nous les comprendrons comme des vecteurs de savoir. Ces vecteurs vont, en fonction du contexte de conduction, se stopper, s'accroître, s'estomper, se remodeler, se condenser, s'orienter différemment. Pendant la rencontre d'un entretien, l'atmosphère va se tendre ou se détendre, être monotone ou rebondissante, aller vers l'informel ou rester dans le formel, inviter les alliances ou les repousser. Et de ce contexte qui se module, naît une vérité sur le thème abordé, qui elle-même se module au fil des minutes. Ainsi donc la construction de la vérité en médecine est caractérisée avant tout par cette complexité un peu chaotique. Peut-être le lecteur entend, comme nous à nouveau, le chant des sirènes nihilistes qui voudraient stopper notre marche ?
Pouvons-nous donc savoir quelque chose de valide sur la réalité ? Il faut pour tenter une réponse, aller au-delà dans la compréhension de la diversité des savoirs et la complexité de leur genèse. Il s'agit à notre tour de jouer le jeu de la vérité, et de se risquer à proposer un ordre qui organise un tant soit peu ces imbroglios de réseaux.

La réalité, mythique ou sensible ?

La vérité en médecine ne peut être réduite aux seuls jeux de construction identitaire, de pouvoir, de quête de sens ou de mécanismes de langage et de contagion. Le médecin a aussi l'ambition sincère d'accéder à la réalité du vivant pour la comprendre et mieux faire son métier. C'était d'ailleurs une des motivations à mener ce travail. La perception de la façon dont il faut s'y prendre pour accéder au réel, peut être tout à fait distincte d'un médecin à l'autre. Franz BOAS (1889) avait déjà souligné cette dimension, en posant ainsi un premier acte décisif de l'anthropologie cognitive. Il soulignait à propos de la perception des sons et des couleurs chez les Eskimos de la Terre de Baffin, la relativité des conceptions du monde qui nous entoure mais aussi la relativité des perceptions de la réalité. Nous avons nettement observé sur notre terrain des perceptions très différentes d'une probable réalité du vivant, comme celle d'un vaccin et d'une maladie, l'hépatite B. Et les perceptions de la science elle-même, souvent considérée comme la voie royale vers le réel, sont aussi très diverses. Pour nos informateurs, la science est magnifiée ou rejetée, presque toujours questionnée. Nous avons nous-mêmes durant ce travail, noirci bon nombre de pages à relativiser la validité des données scientifiques, en trouvant nous l'espérons, la bonne position, ni trop absolue, ni trop relative. Cette position-là trouve aussi explication dans la question du point de vue du chercheur. Il est clair que, le sujet et auteur de la thèse, a au départ, un a priori positif sur le travail scientifique, sans grande peine à en reconnaître les directives et à les appliquer dans sa propre pratique. Et l'anthropologie invite le chercheur à décaler son regard et son point de vue historique. C'est de là aussi que vient ce mouvement observé par le lecteur, vers un effort de remise en question des discours de science. En s'interrogeant sur le fonctionnement normatif des institutions scientifiques, sur les mécanismes de création et de reconnaissance de la référence et du fait scientifique, il est important méthodologiquement pour se diriger vers l'essence même des choses, de pouvoir aller jusqu'à douter que la science constitue une connaissance. Nous avons eu de toute façon du mal à voir, dans ce parcours universitaire de la médecine à l'anthropologie, la science comme un système d'énoncés certains ou bien établis, ou comme un système qui progresserait régulièrement vers un état final et vrai. Mais risquons-nous donc à aller plus loin : la science ne serait-elle pas en fait qu'un mythe ? Le discours scientifique est-il autre chose qu'un discours qui se transmet au travers des générations et des collectifs, sans autre objectif que de fonder une stabilité sociale ou en tout cas un confort de pensée ? La science prend là des relents d'opium du peuple. Frédéric KECK

avait utilisé aussi le terme de mythe pour désigner l'épisode de grippe A en 2009. Pour lui, le mythe de la science propose avant tout « une vision du monde » (KECK, 2010, p.290). Clifford GEERTZ va dans le même sens en avançant que de la même façon que les amazoniens habitent un monde qu'ils imaginent, les scientifiques imaginent le leur (1986, p.193). Se consacrer dans les conférences de consensus à travailler sur le lien entre le vaccin contre le HBV et la sclérose en plaque n'est pas seulement s'attaquer à une tâche technique, mais c'est aussi assumer et imposer un cadre culturel qui définit une grande partie de notre vie en société. Il en va de même pour le principe de *l'Evidence-based medicine* qui remplit pleinement cette fonction en nous proposant une vision de la médecine et du monde. Anne-Marie MOULIN parle ainsi du système immunitaire, sujet central de notre affaire de vaccin. Pour elle, parler du système immunitaire, c'est se donner et donner à autrui l'illusion que nous avons une idée globale du fonctionnement immunitaire d'un organisme (1991, p.365). Or il est vrai que ce système ne peut pas être abordé dans son ensemble par les techniques actuelles, et nous sommes juste capables « de vérifications parcellaires ». Aucune expérimentation grandeur nature n'est possible et ce système relève en partie de la fiction créée aussi par la vision personnelle « extra-expérimentale » de l'immunologiste, à savoir son idéologie. Il se dégage de l'immunologie une atmosphère métaphysique d'« une science acharnée à s'assurer un objet mythique » (*Id*, p.369), génie mystérieux du sang, que l'on découvre aussi comme « un révélateur biosocial des plus efficace » (CROS, 1990, p.260). Science du soi et du non-soi, elle se constitue en étape essentielle du développement de la personnalité. L'immunologie fournit « l'indispensable mythe de la naissance de l'Ego » (*Id*, p.400).

Paul JORION, dans son ouvrage intitulé *comment la vérité et la réalité furent inventées*, parle plus généralement du « mythe de la réalité-objective ». Selon lui, la recherche de la réalité obligea la science contemporaine naissante à créer ce mythe totalitaire comme cadre de référence pour valider son entreprise (JORION, 2009, p.7). Ainsi, la science se serait construite en tant que description vraie et non contradictoire du monde postulé de la réalité-objective. Cette « invention » remonterait à PLATON et ARISTOTE, et à leurs disciples, qui opposèrent aux sophistes l'existence d'un monde plus réel que le monde sensible, celui de l'existence empirique des philosophes. Et ce doublon de l'Existence-empirique constituerait la vérité ultime tout en faisant l'économie des dieux (*Id*, p.27). La science et le concept qui lui est associé de réalité-objective seraient ainsi la nouvelle transcendance, cette fois laïque. Il est sûr que notre terrain de recherche nous a illustré à maintes reprises que la façon dont s'est constituée et continue à se constituer la science en médecine, est liée de manière essentielle à

l'effacement de la distinction entre l'analytique (le mode démonstratif) et la dialectique (le mode de l'opinion). Nous rejoignons sur ce point plus facilement JORION. Nous avons en effet vu l'introduction d'éléments, dans l'explication scientifique et dans les démonstrations des spécialistes, que les disciples de PLATON auraient davantage considéré comme relevant seulement de l'opinion ou de la doxa, et donc étrangers à la problématique scientifique. Et c'est bien la dialectique qui tient siège dans bon nombre de conférences de consensus ou de groupes de travail d'experts, que les données des systèmes analytiques soient présentes ou parfois complètement absentes.

Cet avènement de la science moderne et de l'objectivité suggère dans le même sens, une dévalorisation de l'existence présente des choses par rapport à leurs essences immuables, une dévalorisation d'un monde en acte, le seul monde effectivement réalisé dans l'action du médecin, le seul monde où se déroule la vie quotidienne (*Idib* p.173). Relativiser la science revient donc dans notre sens à revaloriser l'expérience, ou ce que JORION appelle le monde sensible de l'Existence-empirique. Il faut ainsi contribuer à notre tour, dans cette ambition d'étudier notre rapport à la réalité du vivant, à une réhabilitation progressive du réel à sa juste place et à réinterroger entièrement notre rapport au monde. Nous y avons travaillé en posant la question du lien entre voir et savoir, en s'interrogeant sur le « kowing in action » de SCHÖN (in BARBIER, 2011, p.202) et le besoin peut-être d'une nouvelle épistémologie de la pratique. Nous pourrions défendre que c'est là en fait, que se situe la réalité objective, dans ce monde de l'expérience, « la science du concret » de *la pensée sauvage*. Le monde de la science moderne serait avant tout un espace de représentation réduisant notre pensée alors « domestiquée » à un seul type de détermination, et produit par l'imagination humaine. Il s'agirait finalement pour accéder au réel, de savoir s'aventurer dans d'autres domaines plus proches de la sensibilité, sans les considérer comme secondaires. La pensée des thérapeutes alternatifs que nous avons tenté de comprendre pourrait prendre ce chemin-là. Et certains généralistes semblent chercher à leur emboîter le pas. Comme en appelait Claude LEVI-STRAUSS dans *les mythologies*, l'approfondissement de la connaissance va de pair avec une dilatation progressive des cadres traditionnellement assignés au savoir scientifique. Il faut se situer sur un terrain où « la pensée abstraite et le savoir théorique, allant de l'avant, s'aperçoivent qu'ils retrouvent en même temps, par un mouvement rétrograde nullement incompatible avec l'autre, les leçons inépuisables d'un monde sensible qu'ils avaient d'abord cru devoir récuser » (Claude LEVI-STRAUSS, 1971, p.570).

Les frontières en questions

S'aventurer à penser autrement notre monde pour réinterroger entièrement notre rapport au réel, invite à remettre en question certaines frontières.

Entre scientifiques et praticiens

Nous avons tout au long de ce travail accepté le savoir que nous nommons *scientifique*. Nous nous sommes évertué dans ce texte à ne pas l'opposer au savoir du praticien. Nous les avons distingué tout au long de notre présentation, en ayant au final et encore en fin de la page précédente, presque le souci de les réconcilier en cherchant quelques complémentarités. Mais nos yeux écarquillés en cette fin de thèse, invitent à pousser plus loin les remises en question, et notamment celle de la frontière qui sépare les vérités du scientifique et les vérités du praticien. Nous voulons ici tenter l'effronterie de refuser l'existence du savoir scientifique et de le faire tout bonnement disparaître. Bruno LATOUR se l'était permis en participant à l'ouvrage collectif de Jean-Marie BARBIER, *savoir théorique et savoir d'action*. En théorie, les théories existent, en pratique elles n'existent pas, y avançait-il (LATOUR in BARBIER, 2011, p.131). Il est aujourd'hui un courant de pensée qui dans de grands efforts, tend à revaloriser le savoir du praticien, en dépassant l'opposition entre lui et le savant, ou l'universitaire. Mais tous les efforts pour dépasser cette opposition entre la pratique et la théorie semblent non avendus si l'on considère tout bonnement que le savoir théorique n'existe pas. Chacun des médecins que nous avons rencontrés a des actions de soin différentes. Comment distinguer alors l'action de Hervé K. l'infectiologue de l'action de Karl W. l'acupuncteur, ou celle de Paul G. l'hépatologue de celle de Marc F. le généraliste ? Comment trouver entre chacun, même au prix de vrais efforts " la " différence entre savoirs pratiques et savoirs théoriques. Comme le dit LATOUR, n'avons-nous pas toujours affaire à des pratiques (*Id*, p.132) ? Les manières de voir, d'examiner, de toucher, de se former, de lire, d'échanger sont multiples, tout comme les instruments, les techniques, les thérapies et les médications. Il en ressort certes des produits différents : guérisons, complications, soulagements, effets secondaires, articles, colloques, accusations, respects. Mais comme l'explique Bruno LATOUR, nous ne produisons pas plus une théorie de façon théorique, que nous ne produisons une pièce d'acier de façon « acièrè », un réflexe conditionné de façon

« pavlovienne », un meeting politique de façon « inculpante ». L'auteur nous invite même à prendre comme règle de méthode qu'il n'y aura rien de théorique dans la production d'une théorie, puisqu'il faut justement une pratique comme toute activité : des corps habiles, des collègues, des inscriptions, des lieux instrumentés, etc. « On a honte de rappeler ces évidences mais il semble qu'on les oublie toujours en pensant que seuls les scientifiques n'auraient pas de pratique » (*Idib*, p.133). Il en ressort de ce point de vue que la pratique est un terme orphelin de son contraire qui semble désigner de façon très générale, la totalité des activités des médecins rencontrés. Et si donc nous considérons que le scientifique est plus justement un praticien, quelle sorte de praticien est-il ? Le scientifique est avant tout, nous l'avons vu et revu, celui qui écrit des articles. Il faut publier. Il faut diriger des thèses. Il faut élaborer des rapports. Et c'est aussi de ce travail d'écriture que se structurent les relations entre tous les acteurs. Hervé K., l'infectiologue travaille à colliger plusieurs observations qui lui paraissent riches d'enseignements en vue d'écrire un papier dans une revue prestigieuse, et il ne vient pas à l'idée de Quentin M., le généraliste de rédiger des listes d'observations de ce qu'il vit dans sa pratique pour en faire un article. Cela ne veut pas dire que Hervé K. a un savoir abstrait et Quentin M. un savoir pratique, mais juste que Hervé K. écrit des articles et Quentin M. n'en écrit pas. Yves U., l'infectiologue participe à l'élaboration des recommandations d'une société savante pour énoncer les bonnes pratiques que Mathilde Z. généraliste devra suivre dans son cabinet. Mais Mathilde Z. ne pense pas plus arbitrairement que Yves. Elle aussi, par ses observations et au fil de son expérience, révisera ses conduites à tenir, reverra sa stratégie d'examen clinique ou de prescription d'examens complémentaires ou de médicaments. La pratique de Yves et de Mathilde semble en fait similaire mais les points d'application sont différents : Yves travaille en blouse et Mathilde n'en porte pas. Il travaille dans un service d'un grand pôle hospitalier et elle dans un petit cabinet de ville. Il fait des prélèvements et des ponctions sur ses malades qu'il fait transporter au laboratoire et elle n'en fait pas. Il travaille en équipe et elle travaille seule au cabinet, mais rencontre régulièrement ses collègues, par exemple autour d'un repas ou d'une soirée de FMC. Il fait le tour le matin des patients alités quand elle cueille comme un métronome ses patients en salle d'attente. Il a un patron et il est le chef de certains autres quand elle est indépendante. Tout est différent et pourtant aucune de ces différences ne peut être désignée comme celle qui séparerait « formalisation et habitude ». Yves et Mathilde pensent « de façon exactement aussi incorporée, tacite, matérielle, locale, discutée, tâtonnante, collective » (*Idib*, p138) dans un bureau blanc aseptisé de l'hôpital public au fond *de la grande rue de la Croix-Rouse* que

dans un cabinet privé un peu sombre et ocre *rue des Pierres Plantées*. Il n'est pas de processus de pensée théorique dans la tête d'Yves qui serait absent de la tête de Mathilde.

Une fois cette démonstration tentée, et le savoir scientifique enterré, il semble que quelque chose d'essentiel à la vie de cette petite société que nous venons de décrire soit perdue. Nos contorsions intellectuelles ne doivent-elles pas faire craindre que dans ce théâtre gaulois, le ciel privé d'un de ces piliers indispensables, ne nous tombe sur la tête. Sans en arriver à cette extrémité, dynamiter cette colonne faite de nos savants, vient à déstructurer complètement les rapports de force entre nos acteurs de santé, et les rapports sociaux en général. Le scientifique existe aussi par sa fonction politique. Le savoir scientifique est nécessaire à l'ordre social de notre culture. Alors oui, on peut là parler de force de la théorie. La nécessité politique des deux mondes de la science et de la pratique est justement comme l'avance Bruno LATOUR, de ne pas avoir à décrire le travail pratique des théoriciens, et que ce travail ne soit pas entendu comme un simple travail (LATOUR in BARBIER, 2011, p.145). Et si l'on supprimait cette différence, ceux qui se définissent comme de simples et vertueux praticiens, un peu moqueurs du scientifique dans sa tour d'ivoire de l'hôpital universitaire, victimes désignées d'une soi-disante tyrannie, seraient bien en mal avec cette idée que nous aurions tous au même titre, accès à la réalité du monde. Le scientifique fait malgré tout rêver, et offre l'espoir qu'un savoir est possible sur les choses. Il offre au praticien la position confortable des basses terres où son bon sens a légitimité à s'exprimer, protégé de l'injonction à innover, du risque d'envoyer le collectif dans le mur, de supporter les tableurs des logiciels statistiques, d'assumer la médiatisation des idées. « Mieux vaut maudire les théoriciens coupés de la réalité et payés à ne rien faire plutôt que de les perdre et partager les risques de leur métier » (*Id*, p.145). Ainsi, le scientifique de son service et son laboratoire universitaire offre l'ordre politique. Il permet justement aux identités de ne pas être identiques. Chaque médecin rencontré a pu à loisir se positionner par rapport aux professeurs : on les aime, on ne les aime pas. On les croit ou on ne les croit pas. On leur fait confiance ou on les dénigre. Et le professeur lui, dans son injonction à suivre les principes de *Evidence Based Medicine*, fait taire la populace par ses indiscutables démonstrations, et met fin aux bavardages. Et le petit système de santé *des pentes de la Croix-Rousse* s'en trouve en ordre, et par delà le quartier tout entier qu'il est censé soigner. Il faudrait donc dépolitiser le travail des scientifiques pour pouvoir mieux parler de science. Mais qui voudra de ce projet à part quelques anarchistes et autres trublions, ou quelques honnêtes amateurs de sciences à l'esprit un peu trop libre ?

Entre le biologique et le social

Et si toujours le nez dans le sable, nous ouvrons encore davantage notre regard, en nous offrant ainsi définitivement de nouveaux yeux comme nous y invitait en toute première page Marcel PROUST ? Si après avoir supprimé les frontières entre le scientifique et le praticien, emporté dans notre élan, nous interrogeons plus largement la frontière entre le biologique dont on se plaît à donner la charge au médecin scientifique, et le social dont on se plaît à donner la responsabilité au médecin généraliste. Mais qu'est-ce qui différencie donc le biologique du social ? Est-ce là une question idiote ? Aussi idiote que certaines pensées exotiques qui semblent ne pas établir de démarcations nettes entre humains et non-humains ? Se la poser en tout cas interroge la démarcation actuelle entre science de la nature et science de la culture ? Nous étions familier en début de travail avec cette façon de penser le malade par la porte d'entrée de la biologie. Le dysfonctionnement du corps qui fait souffrir devrait trouver solution dans les laboratoires de recherche en lien avec les services hospitaliers universitaires. Cette idéologie-là est clairement formalisée dans l'édifice initié par Claude BERNARD et la médecine expérimentale ([1965] 2008). Mais au contact des personnes de notre terrain, cette image-là semble vite un peu trop trafiquée pour correspondre à la réalité. Yves U. l'infectiologue, pourtant un des gardiens du temple, sème le trouble quand il dit essayer d'investir davantage le soin du malade que la maladie elle-même, et que l' « on rate beaucoup en se focalisant sur la technique ». Xavier K. l'ostéopathe, accentue cette impression en évoquant que ses patients sont avant tout malades de leur contexte de vie, notamment professionnels. Franck F. floute complètement notre vue lorsqu'il raconte le cas de cet homosexuel qui n'a plus mal au dos quand il parle à ses parents, de cet homme qui normalise ses marqueurs hépatiques sanguins une fois tombé amoureux, et de sa façon de soigner et guérir par les émotions et son amour pour ses patients. Il n'est pas ici question seulement d'une différence entre affect et intellect, mais ces propos qui peuvent surprendre, nous montrent combien sans nous en rendre compte, notre façon de penser la réalité du soin et de la maladie est profondément construite sur cette distinction entre nature et culture. Et cette construction-là est aussi un enfermement dans la mesure où inévitablement, les caractéristiques de la réalité biologique telles que la médecine académique les appréhende, servent à définir l'objet des systèmes d'interprétation du monde que les sciences humaines s'efforcent en vaines, d'élucider (DESCOLA, 2005, p.79). Comme nous voulons comprendre comment le médecin et l'homme en général accèdent à la réalité des choses, il faut essayer de poursuivre hors de cette distinction entre le biologique et le social. Penser le

réel par ces deux champs, pourrait n'avoir qu'un intérêt méthodologique et politique, qui ne se borne qu'à proposer un ordre aux choses : notre esprit est classificateur car le chaos n'est pas tolérable. Nous rejoignons là les efforts de Philippe DESCOLA à essayer de se dépêtrer de cette tâche d'une complexité sans nom, qui consiste à repenser notre monde hors de la distinction entre nature et culture. Et c'est bien ici la justification de ce terme « vivant » utilisé tout au long de ce texte, comme un nouvel espace pour penser, qui reconnaît le biologique comme su avant d'être donné, et le social avant tout comme une production de l'esprit. Les deux s'entremêlent à tel point qu'ils ont pour seule cohérence de se produire l'un l'autre.

Redessiner nos propres frontières

Comment poursuivre à partir de là. Il faut bien maintenant coller à l'exercice que nous menons : celui d'un travail de recherche universitaire qui invite comme nous l'avons dit au départ à prendre le risque de construire des invariants, en pariant que ceux-là sont peut-être plus proches de la réalité que ceux d'à côté, en rêvant que nous faisons là une découverte. Comment donc prétendre à recevoir le sceau de l'universalisme universitaire quand nous allons loin dans la dénonciation des dispositifs conceptuels au moyen desquels tout un chacun exprime sa propre objectivation du monde ? Comme se demande Philippe DESCOLA, « comment une exigence d'intelligibilité anthropologique applicable à tous les humains peut-elle aller de pair avec le constat que les outils que nous employons dans cette tâche sont le produit contingent de la trajectoire historique d'une seule civilisation » (DESCOLA, 2011, p.75) ? Nous pensons pourtant qu'il est une voie possible, celle qui ne résiste pas absolument à l'évidence de certains faits scientifiques et qui ne s'enferme pas non plus dans un scepticisme moral systématique. En fin de ce travail, nous croyons effectivement encore qu'il est utile de vacciner contre l'hépatite B car nous présumons que le vaccin génère des anticorps qui protégeront l'individu en cas d'attaque virale. Nous ne récusons pas cette réalité-là. Nous ne récusons pas non plus la légitimité du travail scientifique même si nous l'avons largement mise en cause. Nous pensons que les recommandations des sociétés savantes ont une part intéressante de validité pour la pratique entre autre d'un médecin généraliste. Mais à la façon de LATOUR et DESCOLA, c'est « le cadre épistémologique convenu », l'organisation politique, l'hégémonie des uns sur les autres que nous contestons définitivement. D'accord, ce cadre donne un ordre indispensable, mais il enferme aussi les

projets de connaissance autres et empêche dans une certaine mesure de s'approcher des choses en elles-mêmes. Cette façon de penser la médecine avec le scientifique en haut, le naturopathe en bas et le généraliste au milieu, adoptée par les trois quarts des médecins rencontrés et nous l'imaginons, par la majorité de notre société, est un étalon pour juger de la pratique des uns et des autres, que nous devons sans aucun scrupule aussi dynamiter. C'est cet étalon-là qui nous a un temps conduit à l'arrêt. Il est une impasse pour comprendre « l'intelligence de la diversité des relations que les humains nouent entre eux et avec le monde » (*Id*, p. 76). Il nous faut nous débarrasser de nos jugements réflexes sur telle ou telle pratique pour voir autrement que par la seule transcendance laïque de la réalité objective scientifique. Bien sûr que Paul G., l'hépatologue a plus de chance de guérir un patient d'une hépatite avec ses antiviraux que la cure de lavande, de sauge et d'hysope de Franck F. le chamane. Nous le croyons toujours. Mais nous défendons qu'il est simplement faux d'enfermer le premier dans le réel et le deuxième dans le symbolique. Pour DESCOLA, les propriétés respectives de ces deux techniques de guérison, les combinaisons et les médiations qu'elles opèrent, les interactions qu'elles suscitent, les découpages ontologiques qu'elles reflètent et les circonstances de leur avènement « deviennent incommensurables dès lors que le chamanisme s'offre à l'enquête dans une position dérivée et en fonction de l'écart plus ou moins grand qu'il est censé exhiber vis-à-vis des critères de vérité biologique et d'efficacité thérapeutique de la médecine moderne » (*Idib*, p. 76). Alors on le sent bien, la scène se modifie. Elle se recompose, se réagence. Le panorama est tout neuf. Le spectateur va voir autrement. Il s'agit alors d' « un paysage où nature et société, humains et non-humains, individus et collectifs ne se présentent plus à nous comme distribués entre des substances, des processus et des représentations, mais comme des expressions instituées de relations entre des entités multiples dont le statut ontologique et la capacité d'action varient selon les positions qu'elles occupent les unes par rapport aux autres » (*Idib*, p.76).

Nous pouvons maintenant considérer, comme le font bon nombre d'autres sociétés à travers le monde, qu'il y a un accès possible au réel justement parce que la personne qui sait, fait partie du monde qu'elle veut connaître. Franck F. nous l'a dit. Face au constat d'une efficacité thérapeutique, il préfère rester poète, sans un besoin incontournable de formuler une explication. Un médecin qui dit travailler comme un poète invite à sourire. Mais en fait, c'est bien ce Franck F. notre deus ex machina. Avec cette façon qu'il a de rentrer dans la situation de vie des gens, de ne pas craindre la relation interpersonnelle où les sentiments ont leur place, de ne pas avoir peur de se livrer tout entier au risque de se faire manger par un serpent. Il propose lui une toute autre épistémologie, comme une poétique du soigner, en écho à la

poétique de l'habiter de Tim INGOLD (2000) qualifiant ainsi la façon d'être au monde des Obkibwa d'Amérique du nord. Nous rejoignons là le troisième auteur qui aura porté par son œuvre le cheminement de ce travail. Francisco VARELA n'est pas anthropologue, mais neurologue et philosophe. Par son parcours de la biologie à la philosophie, il aura tenté de théoriser cette notion de poétique. Il regrettait lui aussi que la plupart des gens tiennent pour fondamentalement vrai la description scientifique, considérant que ce qui est donné dans leur expérience directe, avec toute sa richesse, est moins profond et moins véridique. « Il n'en reste pas moins que, quand nous nous détendons dans le bien-être immédiat d'un jour ensoleillé ou que, pressés d'attraper un autobus, nous vivons la tension d'une course haletante, de telles descriptions [scientifiques] de l'espace et de la matière s'estompent à l'arrière-plan, où elles deviennent abstraites et secondaires » (VARELA, 1993, p.40). L'auteur parle du savoir comme élaboré par une action incarnée. Dans son ouvrage *l'inscription corporelle de l'esprit*, il illustre ce principe en évoquant l'étude de HELD et HEIN (1958) qui élevèrent des chatons dans l'obscurité et les exposèrent à la lumière seulement dans des conditions contrôlées. Les animaux d'un premier groupe furent autorisés à circuler normalement, mais ils étaient attelés à une voiture et à un panier contenant les chatons du second groupe. Les deux groupes partageaient donc la même expérience visuelle, mais le second groupe était entièrement passif. Quand les animaux furent relâchés après quelques semaines de ce traitement, les chatons du premier groupe se comportaient normalement, mais ceux qui avaient été véhiculés se conduisaient comme s'ils étaient aveugles : ils se cognaient sur des objets et tombaient par-dessus les bords. Ainsi selon Bernard ANDRIEU (2011b, p.40), la connaissance n'est pas le seul produit de l'activité représentationnelle, car le corps, par son intentionnalité motrice, produit un savoir-faire non conceptuel qui se constitue comme habitude corporelle. Celle-ci est la façon dont le sujet incorpore les dispositions et principes d'action sans « actes de compréhension » préalable, car pour agir il n'y a pas forcément besoin d'articuler conceptuellement les principes de l'action (*Id*, p.40). Situer le savoir de l'acteur de santé en tant qu'action corporellement inscrite dans le contexte de son évolution, débouche sur une conception qui voit les capacités cognitives comme inextricablement liées à des histoires vécues, un peu à la manière de sentiers qui n'existent que dans la mesure où on les trace en marchant. C'est le principe de l'*enaction* : le monde dont nous avons connaissance n'est pas pré-donné, mais *enacté* par l'histoire qui nous lie à notre milieu (VARELA, 1993, p.274). Par conséquent, le rapport à la réalité, comme la cognition, n'est plus considéré comme une résolution de problèmes s'appuyant sur des représentations. Dans son ouvrage *l'arbre de la connaissance*, co-écrit avec Humberto

MATURANA (1994), Francisco VARELA avance ainsi que vivre constitue l'acte de connaître dans le domaine de l'existence. Vivre, c'est connaître. Ainsi, cette conception selon laquelle la vie et le savoir s'imbriquent l'un dans l'autre, suscite un délicieux vertige. Elle vient à son tour donner crédit à la théorie cohérentiste de la justification de la connaissance où ce que nous prenions jusque-là pour des fondements stables et sûrs s'effondre définitivement. Présupposer l'existence d'un monde objectif indépendant de l'observateur que nous sommes et qui soit accessible à notre connaissance est effectivement impossible. Pour VARELA et MATURANA (1994), « la connaissance de la connaissance » nous oblige à reconnaître que la certitude n'est pas une preuve de vérité, que le monde que chacun peut voir n'est pas le monde mais un monde que nous faisons émerger avec les autres. Elle nous oblige à nous rendre compte que le monde serait différent si nous vivions différemment. Et la question de cet éminent psychologue qui a fait sourire, un peu moqueur, Bruno LATOUR, à l'occasion de rencontres scientifiques au Brésil, prend une autre couleur : « Croyez-vous en la réalité ? » (LATOUR, 2007, p.7). Cette réalité qui résiste existe-t-elle vraiment ? Ce que nous prenions pour un sol ferme ressemble à du sable mouvant qui nous englobe tout entier. Sans nier pour autant l'existence d'un monde extérieur à nous même, nous devons refuser de le définir comme objectif et inaccessible, comme sans histoire et sans vie. Ce genre de monde sans humanité n'est construit que pour les jeux de dominations de nos projets de pouvoir. Nous comprenons que nos discours, nos vérités, notre savoir, émergent de l'arrière-plan d'un monde, qui comme l'explique VARELA, s'étend au-delà de nous, mais qui ne peut être saisi hors de notre corporéité (VARELA, 1993, p.293). Comprendre notre rapport au réel est comprendre que nous en faisons nous-mêmes partie au point d'en induire la forme.

Ouvrir le champ

L'invitation de notre terrain à se situer hors des dualismes traditionnels entre la science et la pratique, entre le social et le biologique, a le grand intérêt d'ouvrir le champ de la recherche. Elle permet la reconnaissance et le maintien de la diversité culturelle de l'expérience du soin, de la maladie, et du monde. Elle préserve d'une certaine uniformisation par l'hégémonie de certains savoirs savants ou d'autres savoirs corporatistes, de processus intellectuels particuliers, des manières de réfléchir, de sentir, de percevoir, désignées comme la référence par une minorité. Il est dans notre démarche, comme le défendait Nicolas ADELL, une volonté d'écouter d'autres sens culturels que les nôtres, de savoir rendre les cultures « audibles » les unes aux autres (2011, p.302). Ce travail de thèse aura d'abord eu pour intérêt celui du cheminement personnel. Il m'aura permis le luxe de prendre un temps conséquent à rechercher des réponses aux questions qui taraudent sûrement chaque soignant, celles de comprendre la réalité pour mieux soigner. Cette pratique concomitante de la médecine et de l'anthropologie a divisé en deux le temps consacré à la recherche et m'a évidemment gêné pour construire une culture des textes et travaux anthropologiques aussi solide que ceux qui se dédient entièrement à cet exercice. Je jalouse sincèrement pour cela mes collègues "purement" anthropologues. Mais cette double identité m'offre un regard peut-être plus libre sur les disciplines. En questionnant la médecine sur ses vérités, l'anthropologie se met elle-même face au miroir. Et il est bon de scrupuleusement s'y regarder et se demander en quoi notre discours d'ethnologue peut légitimement s'approcher de la réalité des choses, et davantage qu'un autre. Le projet anthropologique reste un projet fragile car il est incrusté de la croyance dans le fait que nous chercheurs, sommes en capacité de comprendre et de penser l'autre aussi bien, sinon mieux qu'il ne se pense lui-même. Mais ce projet possède heureusement, il nous semble, une ligne de vie : la réflexivité. Elle nous permet de limiter le risque de la chute et des faux sens. Les trois auteurs que nous venons de citer nous y convient chacun. Bruno LATOUR nous y invite par sa méthodologie de recherche qui place le chercheur au même niveau que ceux qu'il étudie. Philippe DESCOLA fait de même dans son énergie à remettre en cause la distinction entre nature et culture, à chercher de nouvelles façons de penser notre monde, où chacun doit se considérer avant tout comme partie constitutive de la situation. Francisco VARELA, et sa théorie de l'*enaction*, montre que notre façon de savoir, d'aller vers le réel est, autant pour le chercheur, dirigée vers le monde tel que nous en faisons l'expérience, à savoir un monde vécu. C'est encore ce que nous enseigne la

notion de système immunitaire, celle du soi et du non soi, aussi par les travaux d'Anne-Marie MOULIN relisant VARELA : « le soi est un moi qui est à la fois un Etre-au-monde engagé dans le monde et part de ce monde, doué d'une réflexivité permanente qui constitue le monde » (1991, p. 432). Nos descriptions du monde contribuent aussi à la façonner et à la construire.

Nous militons ici pour que notre culture scientifique puisse envisager des approches pragmatiques pour mieux comprendre ce que deux de nos informateurs appelaient "nos vraies vies", en nous permettant d'aller au-delà de notre besoin viscéral de fondement. Constaté l'absence de fondement à nos connaissances, comme le dit VARELA, ne mène pas au nihilisme, mais à voir autrement notre vérité qui est plurielle en fait, et notre chemin vers la réalité. Et c'est bien à la science de se saisir de cela. La réflexion menée sur une justification cohérentiste de la connaissance et la construction du savoir en action devrait démontrer que la science, en responsabilité, peut se diriger autrement que dans le seul engagement entre l'objectivisme ou le subjectivisme. Une alternative pourrait-être selon nous, et comme l'évoque aussi Bernard ANDRIEU (2011, p.44) de plutôt tenter de distinguer par une méthodologie encore à préciser, "ce qui va de soi" de "ce qui va de l'autre". La phénoménologie de MERLEAU-PONTY nous en montrait déjà le sens : « revenir aux choses mêmes, c'est revenir à ce monde avant la connaissance » (1945, p.III).

« Knowledge is proud that it knows so much; wisdom is humble that it knows no more. »

« Le savant est fier d'avoir tant appris ; le sage est humble d'en savoir si peu. »

William COWPER.

Allez, il faut écrire les dernières lignes ! C'est obligé et c'est un peu triste. L'aventure du doctorat s'arrête là sans savoir si d'autres expériences aussi riches seront possibles. Je suis heureux de ce que j'y ai trouvé, et de ce que j'ai compris des auteurs que j'ai lus, des personnes que j'ai écoutées, et de moi-même aussi. La suite de ma vie d'anthropologue est à venir, peut-être entre le sage et le savant de COWPER, toujours je l'espère en restant soignant, sûrement dans l'envie de me dire "scientifique-pratiquant", mais à l'esprit libre,

libre de faire science dans et hors l'institution, avec les savants, les sages et tous les autres. Il s'agit maintenant de savoir conserver les yeux grands ouverts, de savoir s'offrir d'autres temps à freiner la frénésie de nos rythmes modernes. La balançoire des premières pages s'arrête ici en fait. Elle laisse la place libre à d'autres visions.

Freiner jusqu'à l'arrêt, pour le silence... Comme le nouveau-né la première fois de sa vie qu'il met le nez dehors, dans sa poussette, et qui silencieux et le regard sérieux, concentré à tout voir, complètement immobile, sent le vent contre sa peau, regarde le soleil scintiller au dessus de lui entre les feuilles des platanes, entend le bruit d'une voiture qui passe juste à côté, reçoit le sourire d'un passant. Tout est alors propice à la découverte.

Je remercie le lecteur de m'avoir lu. Je lui offre l'extrait qui suit en gage de ma gratitude et en guise de point final, dernières phrases de *tristes tropiques* où Claude LEVI-STRAUSS, en monument aussi de la littérature, dit en quelques lignes ce que j'ai juste tenté de formaliser pendant ces cinq années de travail.

« Pas plus que l'individu n'est seul dans le groupe et que chaque société n'est seule parmi les autres, l'homme n'est seul dans l'univers. Lorsque l'arc-en-ciel des cultures humaines aura fini de s'abîmer dans le vide creusé par notre fureur ; tant que nous serons là et qu'il existera un monde, cette arche ténue qui nous relie à l'inaccessible demeurera, montrant la voie inverse de celle de notre esclavage et dont, à défaut de la parcourir, la contemplation procure à l'homme l'unique faveur qu'il sache mériter : suspendre la marche, retenir l'impulsion qui l'astreint à obturer l'une après l'autre les fissures ouvertes au mur de la nécessité et à parachever son œuvre en même temps qu'il clôt sa prison ; cette faveur que toute société convoite, quels que soient ses croyances, son régime politique et son niveau de civilisation ; où elle place son loisir, son plaisir, son repos et sa liberté ; chance, vitale pour la vie, de se dépendre et qui consiste – adieu sauvages ! adieu voyages ! – pendant les brefs intervalles où notre espèce supporte d'interrompre son labeur de ruche, à saisir l'essence de ce qu'elle fut et continue d'être, en deçà de la pensée et au-delà de la société : dans la contemplation d'un minéral plus beau que toutes nos œuvres ; dans le parfum, plus savant que nos livres, respiré au creux d'un lis ; ou dans le clin d'œil alourdi de patience, de sérénité et de pardon réciproque, qu'une entente involontaire permet parfois d'échanger avec un chat. » (LEVI-STRAUSS, 1954, p.497)

Bibliographie

Hépatite B et vaccination

AFSSAPS, Anonyme. Résumé des débats de la commission nationale de pharmacovigilance du 21 septembre 2004. <http://afssaps.sante.fr/htm/10/filcoprs/040904.htm> [consulté le 6 mars 2008].

ANTONA, Denise, LETORT, MJ, LEVY-BRUHL, D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2009, n°20-21, p. 196-199.

ANTONA, Denise, LETORT, MJ, LE STRAT, Y, PIOCHE, C et al. Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2007, vol.51-52, p. 425-428.

ANTONA, Denise. *L'hépatite B en France, aspects épidémiologiques et stratégie vaccinale*. Département des maladies infectieuses, InVS, 2006, p. 103-114.

ARCHIMEDE, Lydia. Couverture vaccinale : manque de données chez l'adulte, objectifs non atteints chez l'enfant. *Le quotidien du médecin*, 2/11/2012.

ASCHERIO, Alberto, ZHANG, S, HERNAN, M, OLEK, M, COPLAN, P, BRODOVICZ K. Hepatitis B vaccination and the risk of multiple sclerosis: case-control studies. *Gastroenterol Clin Biol*, Octobre 2001, 25(10), p. 927-9.

BENKIMOUN, Paul. Deux études concluent à l'innocuité du vaccin contre l'hépatite B. *Le Monde*. 2 fév. 2001.

BIETRY, Michèle. Deux études innocentent le vaccin controversé. *Le Figaro*. 1 fév. 2001.

BUFFET, Catherine. Hépatites virales : anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique. *La revue du praticien*, 2006, Vol 56, n°13, p. 1473-1479.

BRODIN, Marc. Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. Site de l'HAS, novembre 2004. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272379/vaccination-contre-le-virus-de-lhepatite-b-et-sclerose-en-plaques-etat-des-lieux. [consulté le 23 décembre 2012]

CABUT, Sandrine. Le vaccin contre l'hépatite B en voie de réhabilitation. *Libération*. 2 fév. 2001.

CALES Paul, Vaccination anti-hépatite B et effets secondaires graves : ne pas confondre séquence et conséquence, *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2001, n°25, p. 859-852.

CHAMPAVERE, Jérôme. Extraits de journaux télévisés relatifs à la polémique autour du vaccin contre l'hépatite B. http://jchampavere.free.fr/hepatite_b/#videos. [consulté le 23 décembre 2012].

COGNAT, Christine. Un acte courageux. *Le Progrès*. 5 oct. 1998.

COIGNARD, Sophie. Vaccin contre l'hépatite B. Dans les coulisses d'une bataille d'experts. *Le Point*, 31 oct. 1998.

CONFAVREUX, Christian, SUISSA, S, SADDIER, P, BOURDES, V, VUKUSIC, S. Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group. *New England Journal of Medicine*. 2001 Feb; 344(5), p. 319-26.

DARTIGUES, Jean François. Mission d'expertise sur la politique de vaccination contre l'hépatite B en France, Version définitive du 15 février 2002. *Site de la fédération française d'infectiologie* .http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/officiels/vaccins/dartigues.pdf. [consulté le 12 décembre 2012]

ENSM. Bilan de la campagne de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire 1996-1997. *Assurance maladie des salariés*, 1998.

FAVEREAU, Eric. La sclérose en plaques liée au vaccin contre l'hépatite B. *Libération*, 15 sept. 2004.

FAVEREAU, Eric. Hépatite B : les dessous d'une annonce ratée. *Libération*, 5 oct. 1998.

FICQUET Elsa. Le vaccin contre l'hépatite B en France : polémique autour des aspects médicaux-scientifiques, juridiques et médiatiques. Thèse : pharmacie : faculté de pharmacie, institut des sciences pharmaceutiques et biologiques. Université Claude Bernard Lyon 1, 2008, 142 p.

FONTENEAU, Laure, GUTHMANN, JP, LEVY-BRUHL, D. Estimations des couvertures vaccinales à 24 mois à partir des certificats de santé du 24e mois – 2004-2007. *Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire*, août 2010, 30 p.

FONTENEAU, Laure. URCUM, J.M. Couverture vaccinale des enfants âgés de 11 ans scolarisés en CM2, France, 2004-2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n°51-52, p. 493-497.

FOUCRAS, Lucienne. *Le dossier noir du vaccin contre l'hépatite B*. Paris : Edition du Rocher, 2004.

GIACOMETTI, Eric. Le vaccin contre l'hépatite B à nouveau en accusation. *Le Parisien*, 14 sept. 2004.

GIACOMETTI, Eric. *La santé publique en otage*. Paris : Albin Michel, 2001.

GREZARD, Pierre. Accidents de la vaccination contre l'hépatite B : à propos de 9 cas observés de début 1994 à fin 1995, service de dermatologie de l'hôpital Hôtel-Dieu. Thèse de médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, 1996.

GUAGLIARDO, Valérie, BOUHNİK, A D, VERGER, P, Groupe EVAL-MATER. Estimation de la couverture vaccinale des enfants âgés de 2 à 4 ans en région Provence – Alpes – Côte d'Azur. *Archives de pédiatrie*, 2007, n°14, p. 338-344.

HANSLIK, Thomas, BOELLE, P-Y. *Les vaccinations, vers une ère sans maladies transmissibles*. Paris : Faculté de médecine saint Antoine, 2003, 61 p.

HAS, Anonyme. Réunion de consensus. Vaccination contre le virus de l'hépatite B. *Site de la Haute Autorité de Santé*. 2003. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_recos.pdf. [consulté le 23 décembre 2012].

HAS, Anonyme. Guide affection longue durée, hépatite chronique B. *Site de la Haute Autorité de Santé*. Octobre 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-007_hepatite_b_internet_sans_liste.pdf. [consulté le 23 décembre 2012].

HERNAN, Miguel A, and all. The risk of multiple sclerosis associated with recombinant hepatitis B vaccine. *Neurology*, 2004, vol.63, n°5, p. 838-842.

HERROELEN, L, DE KEYSER, J, EBINGER, G. Central-nervous system demyelination after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine. *Lancet*, 1991, n°338, p. 1174-1175.

HEYMANN, Davis L. *Control of communicable diseases manual*. Washington DC : APAHA, 2004, p. 253-61.

HURAU, Jean-Marie. Retrovirus humains.

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/viro/poly/POLY.Chp.5.5.html>. [consulte le 2 fev. 2008].

LABASSE, Bertrand. La médiation des connaissances scientifiques et techniques. <http://sciencesmedias.ens-lsh.fr/scs/IMG/pdf/RAPPORT.CE.pdf> [consulté le 30 mars 2008].

MAUPAS, Philippe, GOUDEAU, A, COURSAGET, P and all. Immunisation against hepatitis B in man. *Lancet*, 1976, n°51, p.225-227.

MEFFRE, Christine, LE STRAT, Y, DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E, ANTONA, D, DESENCLOS, JC., 2006, Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html [consulté le 10 juin 2010].

NADLER, J.P. Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination. *Clin. Infect. Dis.*, 1993, vol°17 , p. 928.

NAU, Jean-Yves. Kouchner suspend les campagnes scolaires de vaccination contre l'hépatite B. *Le Monde*. 3 oct. 1998.

OMS, Anonyme. Programme élargi de vaccination. *Weekly epidemiological record*, 23 mai 1997, vol.72, n°21, p. 149-156.

PEQUINIOT, Françoise, DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E, HILLON, P, GANNE, N, MATHURIN, P, ZARSKI, JP, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et B. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 2008, n°27, p. 237-240.

PETITNICOLAS, Catherine. Hépatite B : la justice condamne le vaccin. *Le Figaro*, 4 mai 2001.

PLUCHET, Régis. Vaccin contre l'hépatite B. 100 médecins du Calvados pour un moratoire. *Alternative Santé - l'Impatient*, mai 1997.

PILLY, E. *Maladies infectieuses et tropicales 2003*. Paris : CMIT Vivactis, 2003, 610 p.

POL, Stanislas. Epidémiologie et histoire naturelle de l'hépatite B. *Revue du praticien*, 2005, n°55, p. 599-606.

POSTEL-VINAY, Nicolas. Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B : plus de bénéfice que de risques. *Le concours médical*, 2009, tome 131, n°11, p. 408-409.

PRESCRIRE, Anonyme. Les effets indésirables généraux des vaccins de l'hépatite B sont rares. *Revue Prescrire*, 2004, vol.24, n°253, p. 590-600.

RNDP, Cellules interrégionales d'épidémiologie, SPSFE, Anonyme. Evaluation de la couverture du programme vaccination hépatite B dans les collèges. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 1997, n°51, p. 225-227.

ROISSION, Pierre. Hépatite B : les risques de la vaccination. *Science et Vie*. Avril 1998.

ROUVEIX, Bernard, SICARD, Didier. Vaccination contre l'hépatite B : la vérité des juges. *Le Monde*, 13 juin 1998.

SADOVNICK, A, SCHEIFELE, D. School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis. *The Lancet*, 2000, n°355, p. 549-550.

SIEGRIST, Claire-Anne. Retour sur un psychodrame collectif. *La recherche*, 2000, n°329, p. 80-84.

SORMANY, Pierre. Le journaliste scientifique dans la position du missionnaire : plaidoyer contre la promiscuité. *Site du Centre Interuniversitaire de Recherche sur le Science et la Technologie*. <http://www.cirst.uqam.ca/PCST3/PDF/Communications/SORMANY.PDF>. [consulté le 30 mars 2008].

TOUZE, E, GOUT, O, VERDIER-TAILLEFER, M, LYON-CAEN, O, ALPEROVITCH A. (2000). First central nervous system demyelination and hepatitis B vaccination: a pilot case-control study. *Revue Neurology*, n°156, p. 242-246.

VINCENT, Jérôme. Les risques d'un vaccin. *Le Point*, 23 sept. 2004.

ZIPP, F, WEIL, J, EINHAUPL, K. No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. *Nature Medicine*, 1999, vol.5, n°9, p. 964-965.

Méthodologie

ARISTOTE, *la métaphysique*, 2 vol., trad. J TRICOT. Paris : Vrin, 1981.

AUGE, Marc. *L'anthropologue et le monde global*. Paris : Armand Colin, 2013, 186 p.

AUGE, Marc. *Le métier d'anthropologue. Sens et liberté*. Paris : Galilée, l'espace critique, 2006, 65 p.

BARTHES, Roland. *Le plaisir du texte*. Paris : Points-Seuil, 1973, 129 p.

BASTIDE Roger. *Le proche et le lointain*. Paris : l'harmattan, [1970] 2001, 299 p.

BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : Guides « repères », La découverte, 2003, 357 p.

BELAVAL, Yvon. *Leibnitz, initiation à sa philosophie*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin, 2005, 350 p.

BELIARD, Aude, EIDELIMAN, Jean-Sébastien. Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique. FASSIN, Didier, BENSA, Alban (s. dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*. Paris : la Découverte (Bibliothèque de l'Iris), 2008, p.123-141.

BENSA, Alban. Remarques sur les politiques de l'intersubjectivité. FASSIN, Didier, BENSA, Alban (s. dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*. Paris : la Découverte (Bibliothèque de l'Iris), 2008, p. 324-328.

BENSA, Alban. *La fin de l'exotisme. Essais d'anthropologie critique*. Toulouse : Anacharsis, 2006, 364 p.

BERNARD, Claude. *Introduction à l'étude la médecine expérimentale*. Paris : Librairie générale française, [1965] 2008, 461 p.

BIBEAU, Gilles. Being Affected by the other. *Culture, medicine and psychiatry*, 1990, n°14, p.299-310.

BLOOR, Davis. *Sociologie de la logique. Les limites de l'épistémologie*. Paris : Pandore, 1983.

BOUDON, Raymond. *Le relativisme*. Paris : Presses Universitaires de France, 2008, 127 p.

BOURDIEU, Pierre. L'objectivation participante in Regards croisés sur l'anthropologie de Pierre BOURDIEU. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2003, n° 150, p. 43-57.

BOURDIEU, Pierre. *Science de la science et réflexivité*. Paris : Raisons d'agir Edition, Cours et Travaux, 2001, 237 p.

BOURDIEU, Pierre. L'objectivation participante. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1978, n°23, p67-69.

BOURGEOIS, Philippe. *En quête de respect. Le crack à New-York*. Paris : Seuil, 2001, 461 p.

BULTMANN, Rudolf. Le problème de l'herméneutique (1950). *Foi et compréhension*, 1970, tome I ; p. 599-623.

DESCOLA, Philippe. *Les lances du crépuscule*. Paris : Editions terre humaine poche Pocket, 1993, 490 p.

DEVEREUX, George. *De l'angoisse à la méthode, dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier, 1967, 474 p.

DIASIO, Nicoletta. *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris : Presses universitaires de France. Sciences sociales et sociétés, 1999, 286 p.

DILTHEY, Wilhem. Origines et développement de l'herméneutique (1900). *Le monde de l'esprit*, Aubier, 1947, t. I, p. 313.

DUTANT, J., ENGEL, P. *Philosophie de la connaissance. Croyance, connaissance, justification*. 2005. Paris. Librairie philosophique J Vrin. 448 p.

FASSIN, Didier. Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses « autres » . FASSIN, Didier, BENSA, Alban (s. dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*. Paris : la Découverte (Bibliothèque de l'Iris), 2008, p. 299-320.

FASSIN, Didier et BENSA, Alban (s. dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*. Paris : la Découverte (Bibliothèque de l'Iris), 2008, 331 p.

FAVRET-SAADA, Jeanne. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard, folio/essais, 1994, 427 p.

FAVRET-SAADA, J. « Être affecté ». *Gradhiva*, 1990, 8 novembre, p. 3-10.

FLECK, Ludwik. *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Flammarion, champs sciences, 2008, 280 p.

FOUCAULT, Michel. *Leçons sur la volonté de savoir*. Paris : Gallimard Seuil, 2011, 316 p.

FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1983.

FOURNIER, Laurent-Sébastien. La réflexivité des européanistes : folklorisme, patrimoine et production de savoir ethnologique en Provence (France). LESERVOISIER, Olivier, VIDAL, Laurent. *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2007, p.57-72.

GAUDILLIERE, Jean-Paul. Biomédecine. Dir FASSIN, Didier, HAURAY, Boris. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris : Editions la Découverte, 2010, p.23-33

GEERTZ, Clifford. *The interprétation of cultures*. Traduction PAULME, D., EVRARD, L. Paris : Gallimard, [1973]1983, 257 p.

GHASARIAN, Christian. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002, 257 p..

GIDDENS, Anthony. *Social theory and modern sociology*. Stanford : Standford University Press, 1987, 146 p.

GRONDIN, Jean. *L'herméneutique*. Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 127 p.

HEIDEGGER *Le Principe de raison*, (1957), Paris, Gallimard, 1962.

HERAULT, Laurence. Faire de l'anthropologie en « terrain transsexuel. LESERVOISIER, O, VIDAL, L. *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2007, p.97-107.

HERITIER, Françoise. Saisir l'insaisissable et le transmettre. *L'homme*. 2008/ 1-2, n°185-186, p.45-54

HUGUES, Everett.C. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Editions EHESS, 1996.

HUSSERL, Edmund. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris : Gallimard, 1993.

KILANI, Mondher. Nouveaux objets, nouvelle méthode ? LESERVOISIER, Olivier, VIDAL, Laurent. *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2007, p.283-288.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparaison of medical systems as cultural systems ». *Social science and medicine*, 1976, 12, 12B, p 85-94.

KUHN, Thomas-Samuel. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion, 1983, 284 p.

LAPLANTINE, François. *La description ethnographique*. Paris : Armand colin, 2006, 128 p.

LAPLANTINE, François, NOUSS, Alexis. *Métissages, de Arcimboldo à Zombi*. Montréal : Pauvert, 2001, 634 p.

LEVI-STRAUSS, Claude. *La pensée sauvage*. Paris : Presses Universitaire de France. Philosophie, 1962, 154 p.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris, PUF, 1949 ; nouv. éd. revue, La Haye-Paris, Mouton, 1968.

MALINOVSKI, Bronislaw *les argonautes du Pacifique occidental*, Paris : Gallimard, 1963.

MALINOVSKI, Bronislaw. *A scientific theory of culture and other essays*. Oxfröd : Oxford university press, 1960, 228 p.

MASSE, Raymond. Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé. *Anthropologie et santé* [en ligne], 1, 2010, mise en ligne le 29 novembre 2010. <http://anthropologiesante.revues.org/116>. [consulté le 07 décembre 2010].

MAUSS, Marcel. Les techniques du corps. *Journal de psychologie* XXXII, n°3-4, 1936, p.271-293.

MERTON, Robert. *The sociology of science : theoretical and empirical investigations*. Chicago : N.W. Storer, University of Chicago Press. 1973.

MESNIER, Pierre-Marie, MISSOTTE, Philippe. *La recherche-action : une autre manière de chercher, se former, transformer*. Paris : L'Harmattan, 2003, 325 p.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-neuve : Bruylant-academia, 2008, 365 p.

PIEROBON, Franck. *Kant et la fondation architectonique de la métaphysique*. Grenoble : Editions Jérôme Million, 1990, 476 p.

POPPER, Karl Raimund. *The Open society and its Enemies*. Londres : Routledge, 1945.

POPPER, Karl Raimund. *La logique de la découverte scientifique*. 1935, trad. fr. 1973, rééd. Paris : Payot, coll. « Bibliothèque scientifique », 1995.

POUILLON, Jean. *Le cru et le su*. Paris : Editions du seuil, 1993.

ROSENBERG, William, DONALD, A. Evidence-based medicine : an approach to clinical problem solving. *BMJ*, 1995, n°310, p.112-6

SCHWARTZ, Olivier. *Le monde privé des ouvriers*. Paris : PUF, 2002, 558 p.

SCHEPER-HUGUES, Nancy. Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social science and medicine*, 1990, n°30, p.187-197.

STROUD, Barry. Comprendre la connaissance humaine en général. In DUTANT, Julien, ENGEL, Pascal. *Philosophie de la connaissance. Croyance, connaissance, justification*. Paris : librairie philosophique J. VRIN, 2005, p.313-344.

SPERBER Dan. *Le savoir des anthropologues*. Paris : Herman, 1982, 141 p.

TERRAY, Emmanuel. *Marc Augé, défenseur de l'anthropologie*. *L'Homme*, 2008/1-2, n°185-186, p.65-82.

TESTARD, Alain. *De moi à eux, les affres de l'anthropologie*. *Le point – comprendre l'autre*. juin 2011, p.7-9.

VINCK, Dominique. *Sciences et société. Sociologie du travail scientifique*. Paris : Armand Colin, 2007, p.303.

WITTGENSTEIN, Ludwig. *Leçons et conversations*. Paris : Gallimard, Folio/essais, 1992.

ZONABEND, Françoise. *De l'objet et sa restitution en anthropologie*. *Gradhiva*, 1994, n°16, p.3-14.

Vérité et réalité

ADELL, Nicolas. *Anthropologie des savoirs*. Paris : Armand COLIN, 2011, 334 p.

AIACH, P. *La prévention: une idéologie de progrès?* *Agora, Ethique, médecine et société*, 1994, n°30, p. 11-15.

ALLARD, Laurence. *Express Yourself 2.0 ! Blogs, pages perso, fansubring... De quelques agrégats technoculturels ordinaires à l'âge de l'expressivité généralisé*, in MAIGRET, Eric, MACE, Eric. *Penser les médiacultures. Nouvelles pratiques et nouvelles approches de la représentation du monde*. Paris : Armand Collin, INA, 2005, p. 145-172.

AMBROISE, Bruno., LAUGIER, S. *Philosophie du langage. Signification, vérité et réalité*. Paris : VRIN, 2009, p. 377.

ANCELET, Eric. *Pour en finir avec Pasteur, un siècle de mystification*. Paris : Marco Pietteur, 1998.

ANDRIEU, Bernard. *Les avatars du corps. Une hybridation somatechnique*. Montréal : Liber, 2011b, 154 p.

ANDRIEU, Bernard. *Le corps du chercheur*. Nancy : presses universitaires de Nancy, 2011, 176p.

ANDRIEU, Bernard. *Expérimenter pour apprendre*. Paris : l'Harmattan, 2005, 347 p.

BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin, 1938.

BARBIER, Jean-Marie (dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, 305 p.

BARTH, Fredrik. *Ritual and knowledge among the Baktaman of New Guinea*. New Haven : Yale University Press, 1993.

BARTH, Fredrik, An Anthropology of knowledge, *Current Anthropology*, 2002, vol.XLIII, n°1, p. 1-18.

BARTHES, Roland. *Mythologiques*. [1957]. Paris : Le seuil, 5 tomes, t.1, 2002.

BARTHE, Yannick, GIBLERT, Claude. Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance. A propos des risques collectifs et des situations d'incertitude, in DUMOULIN, Laurence, ROBERT, Céline, WARIN, Cécile (dir.). *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, p. 43-62.

BENOIST, Jean. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala, 1996, 520 p.

BENOIST, Jean, DESCLAUX, Alice. *Anthropologie du Sida, bilan et perspectives*. Paris : Karthala, 1996.

BERRY, Michel. Savoirs théoriques et gestion. In BARBIER, Jean-Marie (dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p. 43-56.

BERGSON, Henri. *Le Rire. Essai sur la signification du comique*. Paris : Editions Alcan, 1924.

BERNADOU, Alain. Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical. In BARBIER, Jean-Marie (dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p.29-41.

BLOCH, Maurice. *How we think they think. Anthropological Approches to cognition, memory and literacy*. Boulder/Oxford : Westview Press, 1998.

BLOY, Géraldine. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodement possible. *Sciences sociales et santé*, Mars 2008, Vol.26, n°1, p.67-92.

BOAS, Franz. The alternating Sounds. *American Anthropologist*, 1889, vol II, n°1, p. 47-54.

BOUDON, Raymond. *Le juste et le vrai : études sur l'objectivité des valeurs et de la connaissance*. Paris : Fayard, 1995, 575 p.

BOURDIEU, Pierre, PASSERON, Jean-Claude. *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Editions de Minuit, 1970.

BOURRET, Pascale, RABEHARISOA, Vololona. Décision et jugement médicaux en situation de forte incertitude : l'exemple de deux pratiques cliniques à l'épreuve de la génétique. *Sciences sociales et santé*, Mars 2008, Vol.26, n°1, p.33-66.

BOUSSAGEON, Rémy. L'EBM et la légitimité du pouvoir de guérir. in GUIEUILLETTE, Jean-Marie (dir) Le pouvoir de guérir. Enjeux anthropologiques, théologiques et éthiques. *Revue d'éthique et de théologie morale*, sept 2011, p. 33-46.

BOYER, Pascal. Les figures du savoir initiatique. *Journal des Africanistes*, Vol.L, n°2, p. 31-57.

CALLON, Michel. Des différentes formes de démocraties techniques. *Annales des Mines – responsabilités environnement*, 1998, n°9, p. 63-73.

CALLON, Michel, RIP, A. Humains et non humains. Morale d'une coexistence, in THEYS, J, KALAORA, B, *La terre outragée. Les experts sont formels*. Paris : Autrement, 1992, p. 140-156.

CALVEZ, Marcel. Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du Sida. In DOZON, Jean-Pierre, FASSIN, Didier. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001, p. 127-144.

CANGUILHEM, Georges. *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*. Paris : Vrin, 1994, 430 p.

CASTANEDA, Carlos. *Voir*. Paris : Gallimard (Folio essai), 1985.

CASTEL, Patrick. La gestion de l'incertitude médicale : approche collective du contrôle latéral en cancérologie. *Sciences sociales et santé*. Mars 2008, Vol.26, n°1, p. 9-32.

CHISHOLM, Roderick Milton. Epistemic principles. *Dialectica*, 1981, vol. 35, n°3, p. 341-345.

CHISHOLM, Roderick Milton. *Perceiving : a philosophical study*. New-York : Cornell University Press, 1957, 203 p.

COLLINS, Harry, EVANS, Robert J. The third wave of science studies : studies of expertise as experience. *Social studies of science*, 2002, vol. 32, n°2, p. 235-296.

COLLINS, Harry. *Changing order. Replication and Induction in Scientific Practice*. London : Sage publications, 1985.

COPANS, Jean, JAMIN, Jean. *Aux origines de l'anthropologie française. Les mémoires de la Société des Observateurs de l'Homme en l'an VIII*. Paris : le sycomore, 1978.

CORNU, Roger. Voir et savoir. dans CHEVALLIER, D. (dir.), *Savoir faire et pouvoir transmettre*. Paris : édition de la MSH, 1991, p. 83-100.

CROS, Michèle, MEGRET, Quentin. *Net et terrain. Ethnographie de la n@ture en Afrique*. Paris : Editions des archives contemporaines, 2011, 182 p.

CROS, Michèle (dir). *Les maux de l'Autre – La maladie comme objet anthropologique*. Paris : Editions l'Harmattan, 1996, 175 p.

CROS, Michèle. *Anthropologie du sang en Afrique, Essai d'hématologie symbolique chez les lobi du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire*. Paris : Editions l'Harmattan, 1990, 298 p.

DAVIDSON, Donald. Une théorie cohérentiste de la vérité et de connaissance. AMBROISE, B, LAUGIER, S. *Philosophie du langage. Signification, vérité et réalité*. Paris : VRIN, 2009, p.305-337.

DECOMPS, Bernard, MALGLAIVE, Gérard. Comment asseoir le concept d'université professionnelle ? in BARBIER, Jean-Marie (dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p. 57-72.

DEKENS, Olivier. *Théorie et expérience*. Paris, Ellipses, 2005, 77 p.

DELBOS, Geneviève. Eux ils croient... Nous on sait. *Ethnologie française*, 1993, vol. XXIII, n°3, p.367-383.

DESCOLA, Philippe. *L'écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*. Paris : Edition Quae. 2011, 110 p.

DESCOLA, Philippe. *Diversité des natures, diversités des cultures*. Paris : Bayard édition, 2010, 85 p.

DESCOLA, Philippe. *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard, 2005, p.623.

DOZON, Jean-Pierre, FASSIN, Didier. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Paris : Balland, 2001.

DUBOIS, J. P. Les vaccinations du nourrisson et de l'enfant. Vaccination, un acte pas si simple! *La revue du praticien*, 2004, vol.18, n°656/657, p. 759-771.

DURKHEIM, Emile. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris, Presses Universitaires de France, 1960.

ELUARD, Paul. *L'amour la poésie*. Paris : Gallimard, Editions la Nouvelle revue Française, 1929, 123 p.

FABRE, Gérard. *Epidémies et contagion. L'imaginaire du mal en occident*. Paris : PUF, 1998, 239 p.

FAGOT-LARGEAULT, Anne. *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*. Paris : Maloine, 1985.

FAINZANG, Sylvie. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la rationalité. Cohérence, raison et paradoxe. S. e. m. q. contemporaines. Montpellier, *Revue électronique du CERCE*, 2001.

FASSIN, Didier. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris : la découverte, 2010, 531 p.

FASSIN, Didier. *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*. Paris, La découverte, 1998.

FASSIN, Didier. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, 359 p.

FAYA, Jean. Les résistants à la vaccination. L'exemple de la rougeole. *Le concours médical*, Mars 2007, Tome 129, n°11/12, p. 346-348.

FAYA, Jean. Etude anthropologique sur « les Résistants » à la vaccination, dans les secteurs alternatif et populaire du système de soins de santé de la région lyonnaise, à propos de la Rougeole. Mémoire de master recherche mention anthropologie, spécialité anthropologie bio-culturelle : Université de droit, d'économie et des sciences Paul Cézanne, Aix Marseille III, 2005, 111 p.

FLECK, L. *Genèse et développement d'un fait scientifique* (traduit par Nathalie JAS). Paris : Les Belles_Lettres, [Ed. originale 1934], 2005.

FOUCAULT, Michel. *Le gouvernement de soi et des autres. Cours au collège de France. 1982-1983*. Paris : Gallimard-Seuil, 2008, 382 p.

FOUCAULT, Michel. *Vérité et pouvoir*. Paris : l'arc, 1978, n°70.

FOUCAULT, Michel, *Histoire et sexualité. I : la volonté de savoir*. Paris : Gallimard, 1976. 224 p.

FOUCAULT, Michel. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris : PUF, 1963.

FOX, Renée. *L'incertitude médicale*. Paris-Louvain-La-Neuve : l'Harmattan-CIACO, 1988, 202 p.

GALATANU, Olga. Savoirs théoriques et savoirs d'action dans la communication didactique. Point de vue pragmatolinguistique. In BARBIER, Jean-Marie(dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p.101-118.

- GEERTZ, Clifford. *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. [1983]. Paris : PUF, 1986.
- GEERTZ, Clifford. Anti-anti-relativism. *American anthropologist*, 1984, vol.86, n°2, p.263-278.
- GEORGET, Michel. *Vaccinations, les vérités indésirables*. Saint-Jean-de-Braye : Dangles, 2000, 385 p.
- GILBERT, Claude, MULKAY, Michael. *Opening Pandora's box. A sociological analysis of scientists discourse*. Cambridge : Cambridge University Press, 1984.
- GOOD, Byron. *Medicine, rationality and experience*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
- GOODENOUGH, Ward. Componential Analysis and the study of meaning. *Language*, 1956, n°32, p. 195-216
- GOODY, Jack. *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*. [1977]. Paris : Editions de Minuit, 1979.
- GRANET, Marcel. *La pensée chinoise*. [1934]. Paris : Albin Michel, 1968.
- GRIAULE, Marcel. *Dieu d'eau. Entretien avec Ogotemméli*. Paris : Fayard, 1966, 221p.
- GRANJOU, Céline, BARBIER, Marc. *Métamorphoses de l'expertise*. Paris : Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2010, 304 p.
- GRMEK, Mirko. *Histoire du Sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris : Payot, 1989.
- GUÏOUX, Axel, LASSERRE, Evelyne, GOFFETTE, Jérôme. Cyborg : approche anthropologique de l'hybridité corporelle bio-mécanique : note de recherche. *Anthropologie et sociétés*, 2004, vol.28, n°3, p.187-204.
- GUSDORF, Georges. *Les sciences humaines et la pensée occidentale. I : de l'histoire des sciences à l'histoire de la pensée*. Paris : Payot, 1996.
- HAACK, Susan, BOUCHARD, Y. Une théorie fondhérentiste de la justification empirique. *Carrefour*, 2001, vol.23, n°2, p. 39-60.
- HEIDEGGER, Martin. *Being and time*. Oxford : Blackwell publishing, 1978, 592 p.

HELD, R., et HEIN, A.. Adaptation of disarranged hand-eye coordination contingent upon re-afferent stimulation. *Perceptual-Motor Skills*, 1958, n°8, p.87-90.

HILTGARTNER, Stephen. *Science on stage. Expert advice as public drama*. Stanford : Stanford University Press, coll. « Writing science », 2000.

HOUDART, Sophie, THIERY, Olivier (ouvrage coordonné). *Humains, non humains. Comment repeupler les sciences sociales*. Paris : la découverte, 2011, 368p.

HUME, David. *Traité de la nature humaine – Livre I et appendice, l'entendement*. Paris : Flammarion, 1995, 433 p.

INGOLD, Tim. *The perception of environment. Essays in Livelihod, Dwelling ans skills*. Londres : Routledge, 2000.

JACOB, Christian. Le cercle et la lignée, dans *Lieux de savoir. I : Communautés et institutions*. Paris : Albin Michel, 2007

JORION, Paul. *Comment la vérité et la réalité furent inventées*. Paris : Gallimard, 2009, 384 p.

JORION, Paul. Typologie des savoirs et transmission informatique, dans Denis CHEVALLIER (dir.), *Savoir faire et pouvoir transmettre*. Paris : Edition de la MSH, 1996, p.169-187.

KECK, Frédéric. *Un monde grippé*. Paris : Flammarion, 2010, 351 p.

KOTOBI, Laurence. Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien. In MOULIN, Anne-Marie. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, 1996, p.390-408.

LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Editions Payot, 1986, 411 p.

LAPLANTINE, François, RABEYRON, P-L. *Les médecines parallèles*. Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

LATOURE, Bruno. Sur la pratique des théoriciens. In BARBIER, Jean-Marie(dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p.131-146.

LATOUR, Bruno. *L'espoir de pandore, Pour une version réaliste de l'activité scientifique*. Paris : la découverte, 2007, 343 p.

LATOUR, Bruno. *Petites leçons de sociologie des sciences*. [1993]. Paris : Editons la découverte, 2006, 252 p.

LATOUR, Bruno, WOOLGAR, Steve. *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. Paris : la découverte poche, 1988, 1996, 300 p.

LATOUR, Bruno. Give me a laboratory and i will raise the world. p.141-170, in KNORR, K., MULKAY, *Science Observed*, London, Sage, 1983.

LATOUR, Bruno. Le centre et la périphérie à propos des transferts de technologies. *Prospective et santé publique*, 1982, n°24, p. 37-44.

LATOUR, Bruno, FABBRI, P. Pouvoir et devoir dans un article de science exacte. *Actes de recherche en sciences sociales*, 1977, n°13, p. 81-95.

LE CROSNIER, Hervé. *Internet : la révolution des savoirs*. Paris : la documentation française, 2010, 978 p.

LEHMANN, Jean-Claude. De la gestion de la complexité à un corpus de « sciences de l'action », in BARBIER, Jean-Marie (dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, 305 p.

LEHRER Keith. The coherence theory of knowledge. *Philosophical topics*, 1986, n°14, p.5-25.

LEMARCHAND, Frederick. *La vie contaminée, éléments pour une socio-anthropologie des sociétés épidémiques*. Paris, L'Harmattan, 2012.

LEMARCHAND, Frederick. *Vers des sociétés épidémiques? Dictionnaire des risques*. Paris : Armand Colin, 2003, 422 p.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Tristes tropiques*. [1955]. Paris : Gallimard/Pléiade, 2008.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale vol II*. Paris : Plon, 1973, p. 49-55.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Mythologies IV. L'Homme nu*. Paris : Plon, 1971, p.568-570.

LEVI-STRAUSS, Claude. *Mythologiques. Le cru et le cuit*. Paris : Plon, 1964.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Magic, science, and religion, and others essais*. New York : Doubleday Anchor, 1925.

MASSE, Raymond. La santé publique en France. *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n°4, p. 141-149.

MASSE, Raymond. Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Anthropologie et Sociétés*, 1997, vol. 21, n°1, p. 53-72.

MAUSS, Marcel. *Esquisse d'une théorie générale de la magie. Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 1950.

MERLEAU-PONY, Maurice. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945.

MERIC, Jean. *Vaccinations, je ne serai plus complice !* Embourg : Marco Pietteur, 2004.

MERTON, Robert. *The sociology of science : theoretical and empirical investigations*. Chicago : University of Chicago, 1973.

MONDADA., Lorenza. *Chercheurs en interaction. Comment émergent les savoirs*. Lausanne : Presses Polytechniques et Universitaires Fédérales, 2005.

MOREAU, Alain, BOUSSAGEON, Rémi, GIRIER, Pierre, FIGON, Sophie. Efficacité thérapeutique de l' « effet médecin » en soins primaires. *La presse médicale*, 2006, volume 35, issue 6, Part 1, p.967-973.

MORIN, Edgar. *La méthode*. Paris : le seuil, 2008.

MOULIN, Anne-Marie. *L'aventure de la vaccination*. Paris, Fayard, 1996, 498 p.

MOULIN, Anne-Marie. Hasard et rationalité dans l'approche vaccinale. *History and philosophy of Life Sciences*, 1995, n°17, p. 5-29.

MOULIN, Anne-Marie. *Le dernier langage de la médecine, histoire de l'immunologie de Pasteur au sida*. Paris, Presses universitaires de France, 1991, 447 p.

MOULINIE, Véronique. *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*. Paris : Editions de la maison des sciences de l'homme, 1997, 340p.

NEURATH, Otto. Protokollsätze. *Erkenntnis*, 1933, III, p. 204-214.

NIETZSCHE, Friedrich. *Humain, trop humain*. Paris : Mercure de France, 1906, 496 p.

NIETZSCHE, Friedrich. *Fragments posthumes*, dans *Œuvres philosophiques complètes*. Paris : Gallimard, 1976, vol. XIII.

NOZICK, Robert. *Philosophical explanations*. Cambridge : Harvard University Press, 1981, 764 p.

OLSON, David. *L'Univers de l'écrit. Comment la culture écrite donne forme à la pensée*. Paris : Editions Retz, 1998.

OTTO, Rudolf. *Le sacré : l'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2001.

PELLETIER, Jean. *Lyon, connaître son arrondissement, le premier*. Lyon : Editions lyonnaises d'art et d'Histoire, 2009, 127 p.

PERRIN Denis., WEISS Isabelle. *La croyance*. Paris : ellipses, Philo-notions, 2003, 71 p.

PERRIN, Michel. *Les praticiens du rêve*. Paris : Presses Universitaires de France. Quadrige, 2001, 285 p.

PROPP, Vladimir. *Les racines historiques du conte merveilleux*. [1946]. Paris : Gallimard, 1983, p. 132-133.

SAPIR, Edouard. *Culture, language and personality*. Berkley : University of California Press, 1949.

SCHÖN, Donald, A. A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In BARBIER, Jean-Marie(dir.). *Savoir Théorique et savoir d'action*. Paris : PUF, collection « Education et formation », 2011, p.201-222.

SHINN, Terry. Construction théorique et démarche expérimentale : essai d'analyse sociale et épistémologique de la recherche. *Information sur les sciences sociales*, 1983, vol.22, n°3, p. 511-554.

SIMON, Sylvie. La composition des vaccins. *Biocontact*, 2002, n°118, p. 43-44.

SKOMSKA-GODEFROY, Jolanta. La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français. In MOULIN, Anne-Marie. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, 1996, p. 423-437.

SOSA, Ernest. The raft and the pyramid. In FRENCH, P., UELING, T. *Midwest studies in Philosophy*. WETTSTEIN, 1980, vol. 5, p. 3-25.

SPERBER, Dan. *La contagion des idées*. Paris : Odile Jacob, 1996, p. 334.

TAL SCHALLER, Christian. *Les vaccins sont des poisons*. Genève : vivez soleil, 2004, 191 p.

URFALINO, Philippe., et al. *Les recommandations à l'aune de la pratique, les cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*. Rapport du CSO pour l'URML du Poitou-Charentes, 2001, 48 p.

VAN GENNEP, Arnold. Essai d'une théorie des langues spéciales. *Revue des études ethnographiques et sociologique*, 1908, n°1, p. 1-8.

VARELA, Francisco, MATURANA, Humberto. *The tree of knowledge, the biological Roots of Human Understanding*. Boston : New science Library, 1994, 263 p.

VARELA, Francisco, THOMPSON, Evan, ROSCH, Eleanor. *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : La couleur des idées, Seuil, 1993, 377 p.

WANONO GAUTHIER, Nadine. Anthropologie au temps du numérique. Objets, pratiques et éthique. *Journal des anthropologues*, 2012, n°128-129, p.363-371.

WEBER, Jean-Christophe, ALLAMEL-RAFFIN, Catherine, RUSTERHOLZ, Thierry, PONS, Isabelle, GOBATO, Isabelle. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sciences sociales et santé*, Mars 2008, Vol.26, n°1, p. 93-120.

WEBER, Max. *Le savant et le politique*. [1919]. Paris : Plon, 1959.

WHORF, Benjamin. *Linguistique et anthropologie*. [1956]. Paris : Denoël, 1969.

WITTGENSTEIN, Ludwig. *De la certitude*. [1969]. Paris : Gallimard, 1987.

Annexes

Annexe 1 : liste des informateurs

Annexe 2 : plan des pentes de la Croix-Rousse et itinéraire de la promenade

Annexe 3 : guide d'entretien

Annexe 4 : schéma de la cinétique des anticorps et antigènes de l'hépatite B

Annexe 1 : liste des informateurs

Nous rappelons que le prénom, la lettre initiale du nom de famille et les noms de rue, ont été modifiés afin de préserver l'anonymat des personnes tout en conservant une certaine fluidité de lecture.

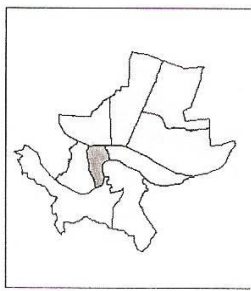
1. **Bertrand P.**, Professeur d'hépatologie, Hôpital de l'Hôtel-Dieu.
2. **Eric O.**, Médecin généraliste, Place Bellevue.
3. **Franck F.**, Ostéopathe, homéopathe, naturopathe, chamane, Rue d'Algérie.
4. **Grégory Z.**, Professeur de médecine générale, Université Lyon I.
5. **Hervé K.**, PUPH en infectiologie, Hôpital de la Croix Rousse.
6. **Ivan L.**, Professeur de pédiatrie et infectiologie, Hôpital Femme Mère Enfant.
7. **Jacques E.**, Médecin généraliste, Rue Pierre Dupont.
8. **Juliette U.**, Médecin généraliste, santé publique, Rue de Vauzelle.
9. **Karl W.**, Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, Rue Puits Gaillot.
10. **Laure L.**, Médecin généraliste et homéopathe, Rue des Fantasques.
11. **Laurence B.**, Pédiatre, Boulevard de la Croix-Rousse.
12. **Lilian S.**, Médecin généraliste et homéopathe, Cours général Giraud.
13. **Marc F.**, Médecin généraliste, Boulevard de la Croix-Rousse.
14. **Marthe M.**, Médecin généraliste, Rue Désirée.
15. **Mathilde Z.**, Médecin Généraliste, Rue des Pierres Plantées.
16. **Olivier Z.**, Médecin généraliste, Quai St Vincent.
17. **Paul G.**, PH en Hépatologie, Hôpital de la Croix Rousse.
18. **Pierre I.**, Hépto-gastro-entérologue, Rue des Chartreux.
19. **Quentin M.**, Médecin généraliste et ostéopathe, Rue des Tables Claudiennes.
20. **Rebecca J.**, Médecin généraliste et gériatre, Quartier Griffon.
21. **Roger N.**, Médecin généraliste, actif en santé publique, Rue Burdeau.
22. **Simone C. et Clothilde H.**, Médecins généralistes, Rue Lemot.
23. **Thierry A.**, Médecin généraliste, Rue Sergent Blandan.
24. **Yves U.**, PH Infectiologue, Hôpital de la Croix Rousse.
25. **Yvonne R.**, Médecin épidémiologiste, Industrie pharmaceutique Lyon.
26. **Wilfrid D.**, Médecin généraliste et philosophe. Chartres.
27. **Xavier K.**, Médecin ostéopathe, Hôpital de Fourvière.

Annexe 2 : plan des pentes de la Croix-Rousse et itinéraire de la promenade

Le plan proposé ci-dessous est davantage un croquis "impressionniste". Il vise surtout à visualiser le quartier par rapport au haut et au bas *des pentes de la Croix-Rousse*, au plateau, entre le Rhône et la Saône. Les noms des informateurs sont mis en évidence, codés par un autre prénom et une lettre majuscule différente de l'initiale de leur nom de famille. Le nom des rues est volontairement peu visible et témoigne du fait que là aussi, dans un souci de favoriser l'anonymat, les adresses des informateurs ont été modifiées.

Plan du 1er arrondissement

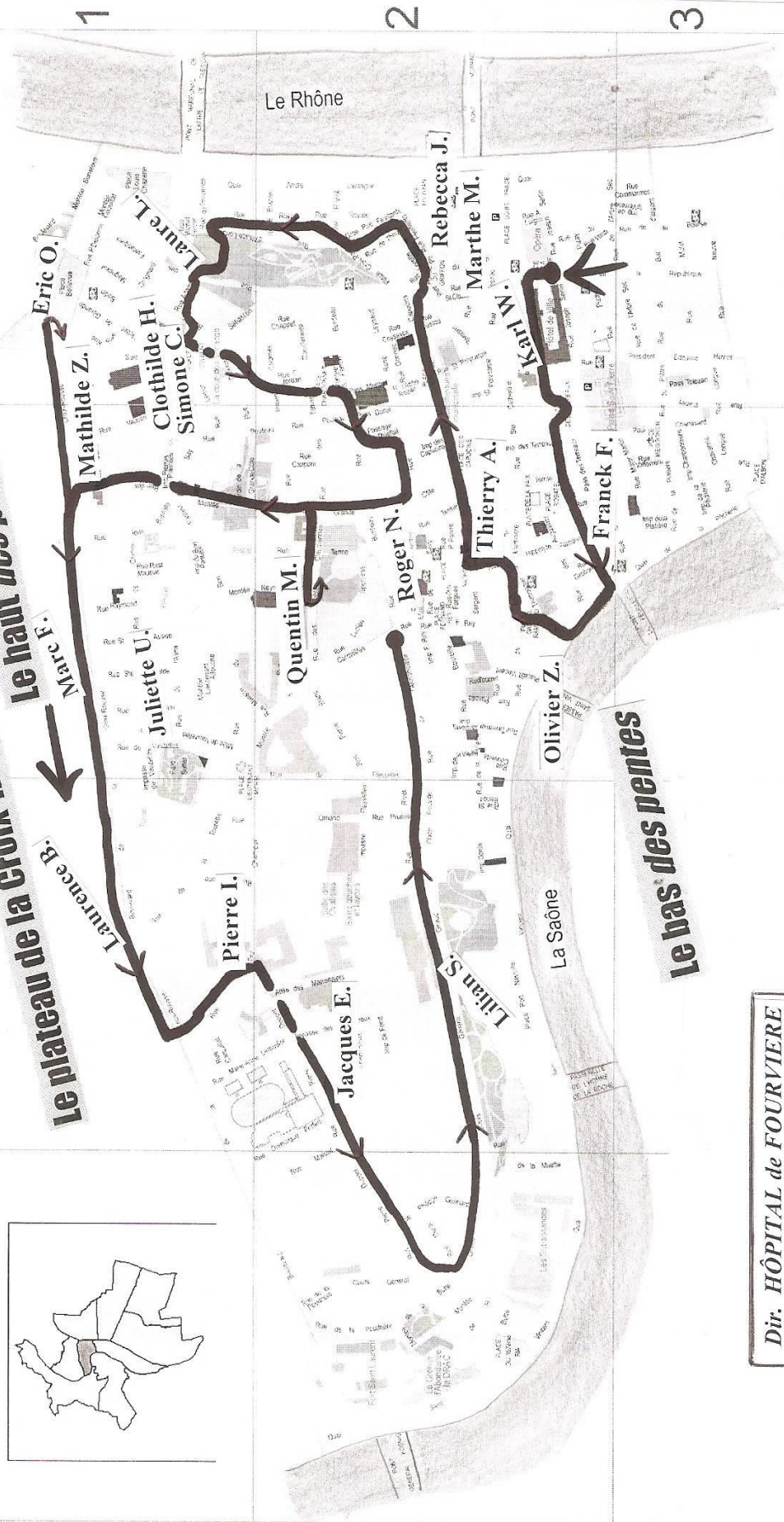
A



B

C

Le plateau de la Croix-Rousse



Dir. HÔPITAL de la CROIX-ROUSSE
 Hervé K.
 Paul G.
 Yves U.

Dir. HÔPITAL de FOURVIÈRE
 Xavier K.

Dir. HÔPITAL de l'HÔTEL-DIEU (2^{ème} arrt)
 Bertrand P.

Dir. HÔPITAL FEMME-MÈRE-ENFANT (Bron)
 Ivan L.



Annexe 3 : guide d'entretien

Ce guide a été utilisé pour la deuxième série d'entretiens, après une première série exploratoire. Ce n'est pas un questionnaire, mais juste un support à la discussion, pour permettre de relancer en cas d'éventuels "passages à vide" lors de l'échange.

I. Introduction à l'entretien et exposé de la problématique

A. On situe l'entretien

1. Thèse de recherche en anthropologie

B. On situe la problématique

1. On part du constat que les avis sont souvent divergents entre les médecins d'un même quartier, par exemple sur le thème de l'hépatite B et de son vaccin. On cherche à comprendre comment cela se fait ?
2. On voit que chacun avance sa vérité. Comment se construit-elle ?
3. Comment nous représentons-nous notre rapport à la réalité biologique ?

C. On situe la posture anthropologique

1. On ne cherche pas la vérité biolo. On n'est pas chercheur en médecine. Approche décalée du soin.
2. Anonymat – enregistrement

II. Rapport à la réalité

Comment pensez-vous votre rapport au réel ?

Comment pensez-vous vous mettre en lien avec la réalité biologique ?

Qu'est-ce qui vous permet de connaître la réalité biologique ?

Quelle justification ?

Relances :

1. Comment discernez-vous le faux du vrai ?
2. La question du scientifique
 - a. Fiabilité de la donnée scientifique ?
 - b. La science est elle valide ?
3. La question de l'expérience
4. La question des médiateurs
5. Et le système immunitaire ?

III. Enoncé « des vérités »

« Et pour vous, quel est votre avis sur l'hépatite B et la vaccination ? »

IV. Histoire de la vérité : comment s'est-elle construite ?

« Et comment en êtes vous arrivés, par votre histoire, à vous forger ces idées ? »

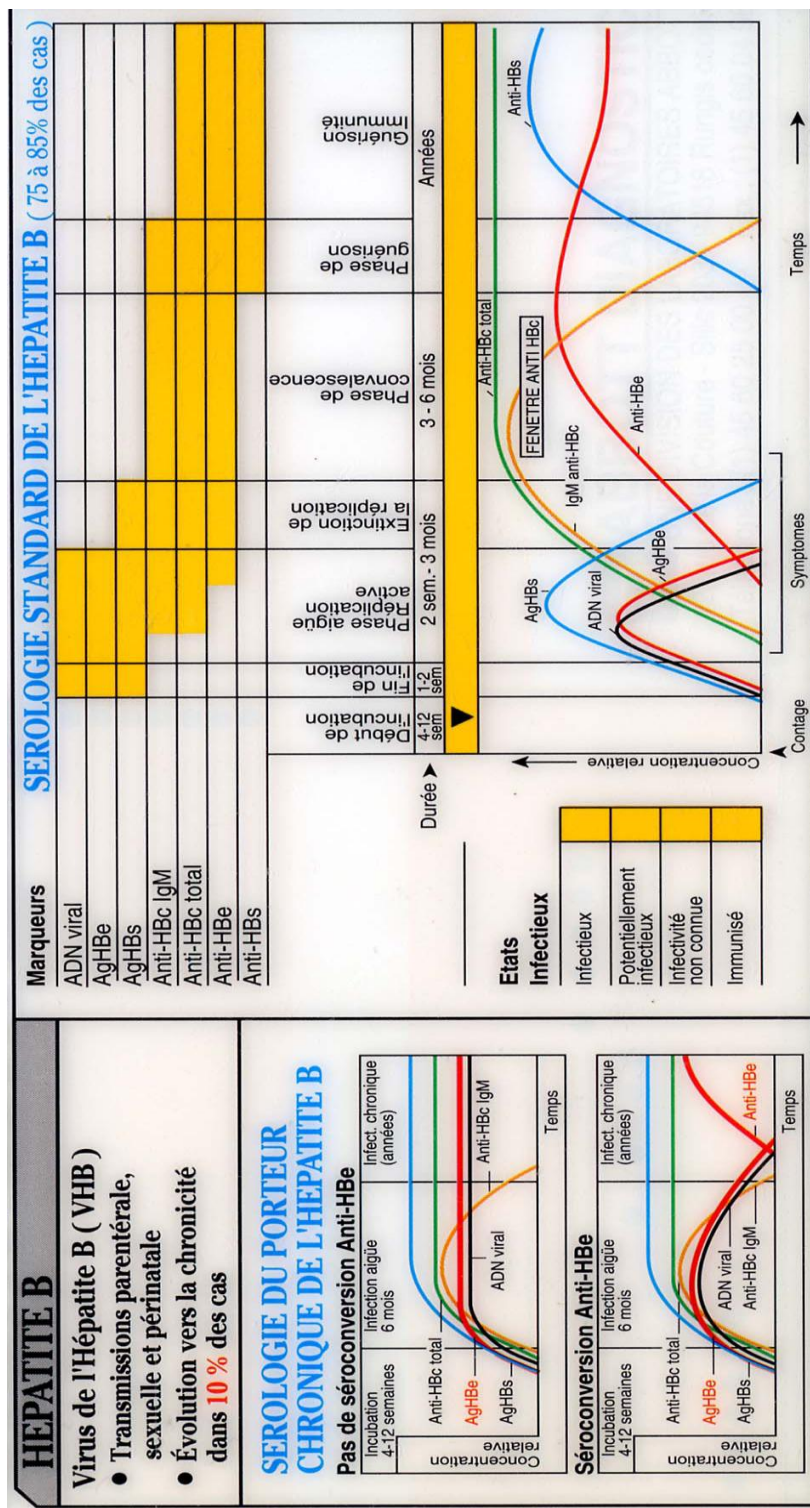
Relances :

- Famille, milieu amical ?
- Formation ? Université ?
- Expérience ? perso ? pro ?
- Conf de consensus ?
- Et le système immunitaire ?

Chercher :

- Accoutumance ? bain culturel ?
- Quête du sens ?
- Personne médium

Annexe 4 : cinétique des anticorps/ag du VHB



Lexique

Les définitions présentées ci-dessous sont des reformulations personnelles de définitions issues de dictionnaires médicaux ou ethnologiques, et des dictionnaires ou encyclopédies en ligne. Elles n'ont pas la prétention de proposer une référence, mais elles visent plus simplement à favoriser la compréhension des données médicales pour le lecteur issu des sciences humaines et des données ethnologiques pour les lecteurs professionnels de santé.

MEDECINE et PRATIQUES

Acupuncture : branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique.

Chamanisme : pratique centrée sur la médiation entre les êtres humains et les esprits de la surnature (les âmes du gibier, les morts du clan, les âmes des enfants à naître, les âmes des malades à ramener à la vie, etc.). C'est le chaman qui incarne cette fonction, dans le cadre d'une interdépendance étroite avec la communauté qui le reconnaît comme tel.

Conventionnel : nous désignons par cet adjectif, le lien contractuel d'un soignant avec la sécurité sociale dans le cadre de la signature d'une convention. Ce lien peut concerner les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les kinésithérapeutes, les infirmières.

Médecin alternatif : nous désignons par ce terme les médecins ayant choisi une pratique alternative par rapport à celle enseignée à l'université. Ces pratiques sont souvent non reconnues par l'académie de médecine et par la convention médicale avec la sécurité sociale (ostéopathie, homéopathie, acupuncture, naturopathie, chamanisme, etc...).

Médecin généraliste : nous désignons par ce terme un médecin qui a choisi de pratiquer la médecine générale. Il se consacre à la prévention et aux maladies dans leur ensemble sans avoir choisi de se spécialiser. Cette dénomination est écrite sur sa plaque professionnelle devant son cabinet.

Médecin spécialiste : nous désignons par ce terme un médecin qui a choisi de spécialiser sa pratique. Cette dénomination est écrite sur sa plaque professionnelle devant son cabinet. Tous les spécialistes rencontrés lors de notre travail ont une activité scientifique de recherche universitaire.

Médecin traitant : le terme de médecin traitant est utilisé dans ce travail dans le même sens que celui de médecin généraliste.

Naturopathie : ensemble des méthodes de soins visant à renforcer les défenses de l'organisme par des moyens considérés comme naturels (hygiène de vie, diététique, massages, phytothérapie, etc.).

Ostéopathie : méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrale, musculaire ou tissulaire.

MEDECINE et CLINIQUE

Anticorps antiHBs : ils sont présents dans le sang chez les personnes qui ont été atteintes d'hépatite B ou qui ont reçu une vaccination contre le virus. Ils ont pour fonction de lutter contre l'antigène HBs qui est présent sur la surface de l'enveloppe du virus de l'hépatite B. Quand l'anticorps anti-HBs est révélé par les analyses sanguines et remplace l'antigène HBs, le patient est considéré comme guéri.

Antigène HBs : il est appelé aussi antigène australia, présent dans le sang des malades atteints d'hépatite B. Il se situe sur l'enveloppe du virus B, dont il indique la présence. Il provoque tardivement l'apparition de l'anticorps spécifique antiHBs, dont la présence annonce la guérison de la maladie.

Hépatite B : maladie infectieuse aigüe ou chronique qui atteint le foie. Elle est causée par le virus de l'hépatite B.

Pathogénicité : mécanisme responsable du déclenchement et du développement d'une maladie.

Pub med : base de données bibliographique.

Rémanence des anticorps : persistance des anticorps après la disparition de la maladie et de l'agent pathogène.

Vaccin hexavalant : vaccin possédant la propriété d'immuniser l'organisme contre six microbes : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'hémophilus influenza et l'hépatite B. Il est proposé lors des deux premières années de vie de l'enfant.

Maladies démyélinisantes : la démyélinisation est la disparition de la gaine de myéline, substance lipidique enrobant les fibres nerveuses du système cérébro-spinal. La fonction de la myéline est de favoriser la propagation de l'influx nerveux. Une perte de myéline ralentit ou voire bloque la conduction nerveuse. Les principales maladies démyélinisantes du système nerveux central sont, entre autres : la sclérose en plaques, la névrite optique, la myélite transverse, certaines leuco-encéphalites.

Maladies auto-immunes : ce sont des maladies causées par une hyperactivité du système immunitaire à l'encontre de substances ou de tissus qui sont normalement présents dans l'organisme. Parmi ces maladies peuvent être cités la sclérose en plaques, le diabète de type 1, le lupus, les thyroïdites auto-immunes, la polyarthrite rhumatoïde, etc. La plupart des maladies auto-immunes sont probablement le résultat de causes multiples et conjuguées, telles qu'une prédisposition génétique, l'agression par une infection, la présence d'une substance chimique ou d'un aliment.

Sclérose en plaque (SEP) : Il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique du système nerveux central. Elle se caractérise par la destruction de la myéline (gaine protectrice du nerf) et par un dépôt anormal de tissu conjonctif et un durcissement de ce dernier (sclérose), visible sous forme de plaques. Cette destruction rend la transmission nerveuse difficile chez le malade et provoque des troubles de la vision, des troubles moteurs et sensitifs. Les causes de la maladie sont inconnues. C'est la maladie neurologique inflammatoire la plus répandue,

incurable à ce jour, elle touche avant tout les jeunes adultes de 20 à 40 ans et en particulier les femmes.

Fibromyalgie : elle est aussi appelé « syndrome polyalgique idiopathique diffus » (SPID). Après avoir été considérée comme un syndrome, elle est aujourd'hui considérée comme une maladie caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu ou localisé à diverses régions du corps, qui se manifeste notamment par une sensation douloureuse au toucher et une fatigue persistante pouvant devenir invalidante.

SCIENCES HUMAINES :

Anthropologie cognitive : étude de l'ensemble des mécanismes psychologiques liés aux phénomènes culturels qu'étudie l'anthropologie. La discipline s'est développée aux Etats-Unis dans les années 1960 autour du paradigme linguistique qu'elle a ensuite peu à peu abandonné pour diversifier son objet et ses méthodes.

Culturalisme : un courant de l'anthropologie né aux États-Unis sous l'impulsion principale de Ruth Benedict, Ralph Linton, Abram Kardiner et Cora Du Bois. Il tente une description de la société sous les points de vue conjugués de l'anthropologie et de la psychanalyse. Les culturalistes mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture et des habitudes culturelles d'éducation sur la personnalité de base (ou personnalité modale) des individus.

Ethnoscience : terme aux acceptations encore très diverses. Nous pourrions définir les ethnoscience comme une branche de l'ethnologie qui étudie les concepts et les systèmes de classification que chaque société élabore pour comprendre la nature et le monde. Elles pourraient considérer que les scientifiques eux-mêmes organisent leur recherche sur la nature et leur analyse, depuis un univers mental lui aussi très déterminé, parfois dans l'illusion d'une soi-disante objectivité scientifique.

Evolutionnisme : courant théorique en anthropologie qui présuppose l'existence d'un ordre immanent à l'œuvre dans l'histoire humaine. Cette perspective théorique vise à dégager des lois dans l'ordre de succession des phénomènes sociaux et culturels : les singularités culturelles ne sont donc prises en compte que dans la mesure où elles sont jugées symptomatiques d'écarts historiques.

Fonctionnalisme : théorie anthropologique formulée par Bronislaw Malinowski. Elle consiste en une lecture de la société comprise à partir des fonctions qui assurent sa stabilité. Elle est une orientation générale du raisonnement érigeant l'utilité en ressort ultime de l'état de société ou de culture.

Herméneutique : du grec hermeneutikè, art d'interpréter. Science de l'interprétation des signes comme éléments symboliques d'une culture. L'herméneutique est l'ensemble des connaissances et des techniques qui permettent de faire parler les signes et de découvrir leur sens.

Phénoménologie : du grec : phainómenon, ce qui apparaît ; et lógos, étude. Méthode philosophique qui vise à saisir, par un retour aux données immédiates de la conscience, les structures transcendantales de celle-ci et les essences des êtres. La phénoménologie est un courant philosophique qui se concentre sur l'étude de l'expérience et des contenus de conscience. Edmund Husserl est considéré comme le fondateur de ce courant, dans sa volonté de systématiser l'étude et l'analyse des structures des actes de conscience.

Structuralisme : courant des sciences humaines qui s'inspire du modèle linguistique et appréhende la réalité sociale comme un ensemble formel de relations. Sa pensée s'exerce aussi à travers l'analyse structurelle des textes littéraires. Nous pourrions définir le structuralisme comme un ensemble de recherches qui trouverait son unité dans l'application à des ordres des faits délimités et selon des modalités strictement définies d'une méthode de connaissance : l'analyse structurale.

Symbolique : ce terme a en anthropologie une acceptation restreinte et un sens large : dans son acceptation restreinte ou spécialisée, il sert à qualifier des œuvres de culture qui ont pour caractéristique d'être pourvues d'une valeur perçue comme immédiatement expressive : mythes, rites, croyances, etc... Elles se présentent d'emblée sous la forme d'une réorganisation de l'expérience sensible au sein d'un système sémantique. Pourtant, ces élaborations collectives n'ont pas le monopole de la fonction symbolique. Autant que la religion ou l'art, l'économie ou la parenté signifie. Dans son acceptation large, l'adjectif *symbolique* renvoie donc à ce processus constitutif de l'état de culture qu'est l'attribution de sens au monde.

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
AVANT-PROPOS	6
Pourquoi ce travail ?	6
Comment je deviens ethnologue ?	8
Quelle perspective pour cette recherche ?	9
INTRODUCTION	10
Théâtre de recherche	10
<u>Le café des trois gaules, dans le quartier des pentes.</u>	<u>10</u>
<u>Les médecins des pentes.</u>	<u>14</u>
<u>L'hépatite B et son vaccin</u>	<u>16</u>
Ce qui pose problème	18
<u>Comment la situation interroge le médecin ?</u>	<u>18</u>
Comment nos opinions peuvent-elles être si différentes ?	19
Qui a raison ? Qui dit vrai ? Qui dit faux ?	19
<u>Comment l'anthropologue interroge la situation ?</u>	<u>20</u>
Abandonner définitivement la croyance.	21
Dans quel sens va notre curiosité ?	23
<i>Comment construit-on sa vérité ?</i>	23
La vérité comme discours sur la réalité	23
Vérité, identité et pouvoir	23
<i>Quel rapport à la réalité du médecin</i>	25
La réalité, celle qui résiste ?	25
Du fait au sens ?	26
Le médecin : quelle science, quelle alternative ?	27
Le médecin : quelle biologie, quel social ?	28
Entre méthode, terrain et réflexivité.	30
1^{ERE} PARTIE : METHODOLOGIE	33
Pourquoi justifier sa méthode ?	33
<u>Il y a-t-il une méthode en anthropologie ?</u>	<u>34</u>
<u>Notre méthodologie en trois temps.</u>	<u>36</u>
CHAPITRE I : Notre démarche de recherche anthropologique	37
<u>Choix et préparation du terrain</u>	<u>37</u>
Choix d'un thème recherche	37
Choix d'un terrain de recherche	38
<u>L'enquête de terrain</u>	<u>39</u>
La navigation : rencontre des informateurs (cf ANNEXE 1)	39
<i>Premier contact avec les soignants au sens large.</i>	39
<i>Deuxième rencontre ciblée sur les médecins et constitution d'un groupe d'informateurs.</i>	40
Représentation et représentativité	41
Interconnaissance	42
La relation entre le chercheur et ses informateurs	43
Longue durée	45

<u>Recueil de données</u>	46
Stratégie de recueil de données	46
Les 4 grandes sources de données	46
« <i>Moi-même</i> »	46
<i>L'observation</i>	47
<i>L'entretien</i>	48
<i>Les sources écrites et audiovisuelles</i>	50
<u>Du terrain à l'Analyse d'un corpus de données</u>	50
Analyse et interprétation du corpus de données en question	50
Transcrire et écrire : nos conventions de rédaction	51
<u>Restitution ou retour :</u>	55
CHAPITRE II : Etre soignant et chercheur : quelle opportunité pour produire de la connaissance ?	56
<u>Etre médecin et anthropologue : entre difficulté et opportunité méthodologique</u>	56
La double formation	56
L'obstacle épistémologique de notre positionnement.	57
La réflexivité : solution épistémique.	58
<u>Le point de vue de l'intérieur, comme un « je » de la vérité.</u>	59
Relativiser l'objectivité du chercheur et praticien	59
Etude de la subjectivité et objectivation du soignant-et-chercheur	60
<i>S'objectiver en tant que sujet d'objectivation.</i>	60
« <i>La participation objectivante</i> » ?	61
Retour à l'objectivité mais comme intersubjectivité	62
<u>Opportunités pour la connaissance</u>	63
L'opportunité d'un regard original sur le chercheur	63
<i>L'implication en question.</i>	63
<i>La réflexivité pour tous ?</i>	65
L'opportunité d'un nouvel espace de pensée en transit.	66
<i>Renoncer à l'arrogance de la vérité et surmonter le nihilisme</i>	66
<i>Savoir nomade et pensée métisse : pour un nouveau lieu de pensée</i>	67
CHAPITRE III : De la faculté de médecine à la faculté d'anthropologie. De l'expliquer vers le comprendre.	68
<u>Histoire d'un parcours universitaire, en quête d'épistémologie.</u>	69
La formation médicale initiale : positivisme et réalisme en question.	69
<i>L'Evidence Based Medicine</i>	69
<i>Les données de la recherche et l'expérimentation clinique</i>	70
<i>Chercher une autre épistémologie pour continuer à penser la réalité du soin</i>	71
La formation initiale en anthropologie : moralisme et relativisme en question.	73
<i>Le bien-penser anthropologique.</i>	73
<i>Rien de neuf dans cette épistémologie de la déconstruction !</i>	75
<u>Nouvel élan épistémologique</u>	76
Scepticisme et lucidité à l'égard des « superconcepts »	76
La description, fondement de notre démarche	77
<i>Revenir à l'illusion perdue</i>	77
<i>Mais décrire ce que l'on perçoit, c'est trouver du sens : la phénoménologie.</i>	78
<i>Ainsi, décrire, c'est interpréter : l'herméneutique</i>	79
<i>Décrire la réalité, c'est dire la réalité</i>	79
<u>Décrire et généraliser, les deux temps d'un même moment</u>	81
Quelle validité et quelle scientificité pour notre discipline ?	82
<u>La science en question</u>	83
<u>L'anthropologie, une science humaine</u>	84
Une philosophie scientifique : une épistémologie réaliste.	84
Une méthodologie scientifique : balançoire et jeu de la vérité.	87
<i>Conditions et postures</i>	87
<i>Le choix d'une méthodologie en balançoire</i>	88
Un projet scientifique : vers le point de vue de tous les points de vue	90

2^{EME} PARTIE : THEME ET CONTEXTE DE RECHERCHE **92**

CHAPITRE IV : L'hépatite B, le vaccin, une polémique	92
<u>L'hépatite B, une maladie</u>	<u>92</u>
Définition	92
Transmission	93
Epidémiologie	94
<i>Prévalence</i>	94
<i>Incidence</i>	95
<i>Mortalité</i>	96
<u>L'hépatite B et son vaccin</u>	<u>97</u>
Rappel historique sur la vaccination	97
Contexte législatif de la vaccination	99
Couverture vaccinale	100
<i>Chez les enfants</i>	100
<i>Chez les adultes</i>	102
<i>Chez les médecins</i>	102
Les vaccins contre l'hépatite B	103
<u>Histoire d'une polémique</u>	<u>104</u>
Les années 80 : campagne pour la vaccination	104
Les années 90 : campagne contre la vaccination	106
Les Années 2000 : le temps des études et des procès	110
<i>Le vaccin au tribunal</i>	110
<i>Le vaccin sauvé par les professeurs ?</i>	111
<i>L'ultime secousse de 2004</i>	113
La vérité qui se façonne	117
CHAPITRE V : Notre terrain des pentes de la Croix-Rousse	120
<u>Bas de pentes et côté Rhône</u>	<u>121</u>
<u>Le cœur des pentes : traboules et Grande Côte</u>	<u>128</u>
<u>Du boulevard aux quais de Saône</u>	<u>135</u>

3^{EME} PARTIE : « JE DE VERITE », ESSAI D'AUTO-ANALYSE **144**

CHAPITRE VI : Dire sa vérité.	145
<u>Récit de ma vérité</u>	<u>145</u>
Avant mes études.	145
Pendant mes études.	146
Ma pratique de "santé publique".	148
Mon cabinet de médecine générale.	151
L'immunité	153
<u>Quels mécanismes de construction ?</u>	<u>154</u>
La formation initiale et continue et l'expérience	154
L'accoutumance ou socialisation	155
Processus de signification	156
CHAPITRE VII : Mon rapport à la réalité	158
<u>Organiser un rapport à la réalité biologique.</u>	<u>158</u>
La pratique clinique	158
Les données de la science	161
<u>Analyse de mon rapport à la réalité biologique</u>	<u>164</u>
Entre approches externaliste, fondationnaliste et cohérentiste de la justification	164
Une justification fondhérentiste ?	166
<u>Mais pourquoi diable ne sont-ils pas tous de mon avis ?!</u>	<u>167</u>

4^{EME} PARTIE : LA CONSTRUCTION DE LA VERITE DES MEDECINS 170

CHAPITRE VIII : Quelles vérités nous présentent les médecins des pentes ?	171
<u>Les médecins généralistes</u>	<u>172</u>
Vaccination, entre confiance et méfiance	172
<i>Confiance en la vaccination</i>	172
<i>Une franche opposition au vaccin</i>	174
<i>Avis partagé</i>	175
Des thèmes récurrents	181
<i>Les laboratoires pharmaceutiques</i>	181
<i>Les autorités de santé et la santé publique</i>	183
<i>L'agacement face à la « mouvance bio »</i>	185
L'histoire personnelle	185
L'expérience professionnelle	188
<i>La formation initiale</i>	188
<i>Le fil de la pratique.</i>	189
Internet et bruit de fond	192
Diversité, confusion et rupture de continuum	198
<u>Les scientifiques</u>	<u>200</u>
Entre confiance et autorité	200
Questions de pouvoir	205
<i>Le pouvoir de l'intérieur</i>	205
<i>Le pouvoir vers l'extérieur</i>	208
Sciences et domination politique ?	208
Construction d'un destinataire universel	210
Donner du sens à l'existence	212
Univocité, certitude et responsabilité	214
<u>Les thérapeutes alternatifs</u>	<u>215</u>
Une vérité qui se construit en opposition	215
<i>Sur le terrain des pentes</i>	215
<i>Dans la littérature de la mouvance anti-vaccination</i>	219
Le vaccin, un poison contre nature	219
La vaccination altère l'ordre immunitaire	221
Le pouvoir de Pasteur, des multinationales et de la science.	222
La vérité peut aussi se construire dans un entre-deux	226
Donner du sens à l'existence	228
CHAPITRE IX : la vérité par l'identité, le pouvoir, le langage et le sens.	231
<u>Construire la vérité pour façonner son identité</u>	<u>231</u>
Le niveau de l'individu	233
Le niveau de la communauté	235
<u>Construire la vérité pour le pouvoir et l'ordre</u>	<u>237</u>
Le Bio Pouvoir : entre adhésion et résistance	237
<i>Le pouvoir comme une contrainte extérieure, par le haut.</i>	238
Le modèle contractuel de la santé publique : droit, devoir, norme.	238
Revendiquer sa liberté, résister	240
<i>Le pouvoir comme notre réalité intérieure.</i>	243
Savoir mettre de l'ordre	245
<u>Construire la vérité dans le langage et l'écriture</u>	<u>250</u>
<u>Construire la vérité pour donner du sens à l'existence</u>	<u>253</u>

5^{EME} PARTIE : LE RAPPORT A LA REALITE BIOLOGIQUE DES MEDECINS 255

CHAPITRE X : Que nous disent les médecins des pentes de leur rapport à la réalité ?	256
<u>Les médecins généralistes</u>	<u>256</u>
Mise en lien avec le réel par la science	257
<i>Une réalité biologique pensée comme accessible par la science</i>	257
<i>La science est pensée aussi dans ses limites</i>	260
Mise en lien avec le réel par un médiateur	263
<i>La presse médicale</i>	264
<i>Les spécialistes, experts et professeurs</i>	269
Mise en lien avec le réel par l'expérience	270
<i>L'expérience, faute de mieux</i>	270
<i>Et l'expérience, c'est la vraie vie...</i>	272
Devant l'incertitude : du doute à l'angoisse	274
<u>Les scientifiques</u>	<u>277</u>
Les données scientifiques	278
Les médiateurs	280
La place de l'expérience.	282
Face à l'incertitude : gérer sereinement...	287
<u>Les thérapeutes alternatifs</u>	<u>289</u>
Accéder au réel par le corps et la clinique.	289
<i>L'ostéopathie : appréhender un méta système non encore résolu.</i>	289
<i>L'homéopathie et les associations de pathologies.</i>	291
Accéder à la réalité par-delà la culture et la nature ?	294
<i>Accéder au réel par-delà la culture médicale classique.</i>	294
<i>Accéder au réel au-delà de la nature visible de l'individu et de la médecine.</i>	296
L'incertitude comme un moteur qui ouvre le champ des possibles en médecine.	298
CHAPITRE XI : la réalité par la science, les médiateurs et l'expérience.	300
<u>Le rapport à la réalité par la science</u>	<u>300</u>
Un lien humain d'humaines sciences.	300
La référence et le fait scientifique.	302
<i>La référence, celle qui résiste aux transformations ?</i>	302
<i>Le fait scientifique, version collective de la description du monde ?</i>	303
<i>Le fait scientifique : un construit social comme une nécessité ?</i>	304
Aller par la science, aller vers l'ordre	306
<u>Le rapport à la réalité par un médiateur.</u>	<u>307</u>
L'homme qui sait	307
L'Institution qui sait	309
<u>Le rapport à la réalité par l'expérience.</u>	<u>311</u>
Relativiser la théorie au profit de la pratique.	311
Savoir, agir, voir.	314
<i>Voir pour savoir</i>	314
<i>Savoir sans voir ?</i>	316
<i>Le savoir du praticien</i>	319
Vers une nouvelle épistémologie de la pratique ?	321
« <i>Knowing in action</i> » ?	321
<i>Sommes-nous tous des scientifiques ?</i>	323
"La vraie vie", science de la complexité.	325

CONCLUSION	328
Les autres et moi	330
Une vérité contagieuse.	333
La réalité, mythique ou sensible ?	336
Les frontières en questions	339
Entre scientifiques et praticiens	339
Entre le biologique et le social	342
Redessiner nos propres frontières	343
Ouvrir le champ	347
BIBLIOGRAPHIE	350
Hépatite B et vaccination	350
Méthodologie	355
Vérité et réalité	360
ANNEXES	373
Annexe 1 : liste des informateurs	374
Annexe 2 : plan des pentes de la Croix-Rousse	375
Annexe 3 : guide d'entretien	377
Annexe 4 : cinétique des anticorps/ag du VHB	378
LEXIQUE	379
TABLE DES MATIERES	383
TABLE DES ILLUSTRATIONS	389
TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	391

Table des illustrations

Couverture : les pentes de la Croix-Rousse vue de la Saône

Photo 1 : les vaccins et leurs aiguilles.....18

Photo 2 : le dictaphone, outil transitionnel de l’ethnologue.....37

Photo 3 : le café du Chantecler, lieu d’entretiens55

Photo 4 : les livres d’anthropologie91

Photo 5 : vaccin anti-hépatite B.....116

Photo 6 : place de la Comédie122

Photo 7 : place des Terreaux.....123

Photo 8 : la place Sathonay125

Photo 9 : place Michel Servet et tunnel de la Croix-Rousse127

Photo 10 : cour des Voraces129

Photo 11 : passage Thiaffait130

Photo 12 : montée de la Grande Côte.....132

Photo 13 : amphithéâtre des Trois Gaules et Jardin des Plantes.....133

Photo 14 : place de la Croix-Rousse135

Photo 15 : place Bellevue et le Gros Caillou.....137

Photo 16 : boulevard de la Croix-Rousse.....139

Photo 17 : quai de Saône140

Photo 18 : maison Brunet141

Photo 19 : rue de l’Annonciade142

Photo 20 : immeuble coloré.....143

Photo 21 : Docteur Jean FAYA, médecin de ville.....144

Photo 22 : le dictionnaire VIDAL des médicaments197

Photo 23 : l’hôpital de la Croix-Rousse.....213



Photo 24 : le stéthoscope.....255






Photo 25 : salle de soins325

Photo 26 : les yeux écarquillés ... Tintin au pays de l’or noir. Hergé. Casterman. 1971.....327

Toutes les photographies ont été prises par l’auteur. Plusieurs d’entre elles montrent le quartier, saisies à l’occasion de promenades ou de visites en vélo chez des patients, comme

celles de la page de garde  et celles du chapitre V où nous

proposons une visite guidée de notre terrain de recherche : (6)  (7) 

(8)  (9)  (10)  (11)  (12) 



(13)



(14)



(15)



(16)



(17)



(18)



(19)



D'autres images illustrent notre thématique de thèse (1), notre méthode de



recherche (2)



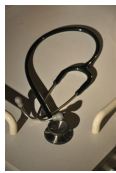
, les lieux de rencontres avec nos informateurs (3)



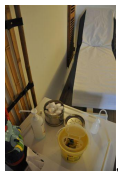
les références de littérature anthropologique (4)



Elles sont autant le témoin de la pratique des actes quotidiens du médecin (5)



(24)



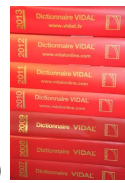
(25)

, de son "inscription" dans un territoire (21)



(20)

de ses références par les livres (22)



et par les institutions (23)



Elles illustrent aussi notre état d'esprit à l'issue de ce travail (26)



Table des sigles et abréviations

AFEF : Association Française pour l'Etude du Foie

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

Ac antiHBc : anticorps anti HBc

Ac antiHBs : anticorps anti HBs

AgHBs : antigène HBs

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMP : Association Mieux Prescrire

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites

CépiDC-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès,
service de l'INSERM

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CSHPF : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

CTV : Comité Technique des Vaccinations

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EASLD : European Association of Studies on Liver Disease

EBM : Evidence Based Medicine

ECR : Essai Clinique Randomisé

EHESS : Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

HPV : Human Papilloma Virus

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PH : Praticien Hospitalier

PHCR : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PUPH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

REVAHB : Réseau Vaccin Hépatite B

SEP : Sclérose en Plaque

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

Jean FAYA

La vérité plurielle des médecins

*Approche anthropologique de la vaccination contre l'hépatite B,
sur les pentes de la Croix-Rousse à Lyon*

Résumé

La vaccination contre l'hépatite B est loin d'être un objet de consensus pour les médecins du quartier *des pentes de la Croix-Rousse* à Lyon. Cette diversité des opinions interroge quand cette maladie semble tuer aujourd'hui en France, sept fois plus que le VIH. Alors nous nous demandons comment se construisent les vérités de chacun et de quelle façon les médecins pensent leur capacité à se mettre en lien avec la réalité du vivant ? Pour tenter de comprendre, nous avons suivi la voie classique de l'enquête de terrain, et nous avons saisi l'opportunité méthodologique d'être à la fois médecin généraliste et chercheur, pour proposer un point de vue anthropologique original, et promouvoir la réflexivité. Ainsi, nous voyons comment les discours de vérité des médecins généralistes, alternatifs ou spécialistes, à l'échelle d'un quartier, prennent forme dans la construction des identités et les jeux de pouvoir qui règlent les positions de chacun. Et la vérité devient plurielle. Ces mécanismes offrent aux soignants du sens, autant pour leur existence que pour leur pratique professionnelle. Mais les vérités sont aussi le résultat d'un authentique effort pour accéder au réel. La science est alors considérée comme le principal outil. Le médecin aime encore à trouver d'autres médiateurs, un maître ou une société savante. Et la question de l'expérience vient timidement en dernier, comme non politiquement correcte ou non politiquement souhaitable. Le savoir par l'agir et le voir de la pratique, semble pourtant le point commun de tous. La différence entre le scientifique et le praticien est ainsi questionnée, tout comme la pensée objectiviste des professeurs de médecine et de la science en général.

Mots-clés : Anthropologie, médecin, médecine, vérité, réalité, vaccin, vaccination, hépatite B, réflexivité, identité, pouvoir, science, savoir, expérience, Lyon.

Résumé en anglais

Vaccination against Hepatitis B is far from being an object of consensus for physicians in the district of the 'pentes de la Croix-Rousse' in Lyon. This diversity of opinions questions when this disease seems to kill seven times more than HIV nowadays in France. So we ask ourselves how to construct our truths and how doctors are thinking their ability to establish a connection with the reality of living? To try understanding, we followed the traditional path of the field survey, and we took the methodological opportunity to be both general practitioner and researcher to propose an original anthropological point of view, and to promote reflexivity. Thus we see how the discourse of truth of GPs, specialists or alternative practitioners at the local level, taking shape in the construction of identities and the power games that regulate each other's positions. These mechanisms provide meaning for medical professionals, both for their existence and for their professional practice. But truths are also the result of a genuine effort to access to the reality. Science is then considered as the main tool. Doctors still like to find other mediators, a master or a learned society. And the issue of experience comes timidly last, as not politically correct or not politically desirable. Knowledge through action and seeing things in practice, seems though the common point of all. The difference between the scientist and the practitioner is thus questioned, as the objectivist thinking of professors of medicine and science in general.

Keywords : Anthropology, doctor, medicine, truth, reality, vaccine, vaccination, hepatitis B, reflexivity, identity, power, science, knowledge, experience, Lyon.