

# MALADIE ET INFORTUNE DANS L'AUVERGNE D'AUJOURD'HUI.

## MÉDECINS, MALADES ET GUÉRISSEURS D'UN BOURG MONTAGNARD À L'HÔPITAL

Thèse de doctorat sous la direction de Marc Augé, École des hautes études en sciences sociales, Paris, un volume, 399 f°, soutenue le 7 novembre 2001, devant un jury constitué de Marc Augé, Françoise Loux, Marie-Christine Pouchelle et Emmanuel Terray (président), mention Très honorable avec les félicitations du jury à la majorité.

**Clémentine Raineau**

### Plan

1. Des pratiques thérapeutiques comme objet
2. Méthode et matériaux
3. Rumeurs, services et bricolage
4. Des itinéraires thérapeutiques comme objet
5. Thérapeute officieux : réseaux et comparatisme
6. Médecins de campagne
7. Collaboration entre médecin et thérapeute officieux : de l'efficacité
8. En ville et à l'hôpital
9. Éléments de conclusion
10. Haut de page

### Texte intégral

Cette thèse s'inscrit dans le prolongement de mes travaux de maîtrise, où je procédai à l'examen des pratiques thérapeutiques des " charmeurs de secret ". J'en précisai les modalités d'action et de transmission puis, dans le cadre du DEA, je confrontai ces " soins par secret " à un ensemble de pratiques thérapeutiques officieuses, repérables dans une partie du Puy-de-Dôme (" reboutage ", culte de saint, magnétisme thérapeutique, *etc.*), professionnalisées ou non, aussi bien en ville qu'en campagne. Je mis au jour l'existence de relais d'informations et de réseaux de soins, ainsi que les relations entre le territoire, le pouvoir et la renommée de chaque thérapeute. J'établis dans le même temps la stérilité des typologies de " guérisseurs " [1](#) et l'invalidité des oppositions posées entre rural et urbain, moderne et traditionnel, laissant pour une enquête plus approfondie la distinction généralement établie entre la médecine légale et officielle et ces pratiques de soins officieuses. Des indices laissèrent à penser que certaines relations existaient entre ces thérapeutes légaux et illégaux.

Lorsque Marc Augé accepta de diriger cette thèse, je décidai de m'installer sur le terrain avec ma famille, pour plusieurs années, afin de mettre à l'épreuve les interrogations en germe dans les mémoires précédents. J'emménageai donc avec les miens [2](#) au printemps 1996, grâce à l'avis favorable d'un propriétaire, à Bocaire, petit bourg montagnard [3](#) situé dans les Combrailles auvergnates, en bordure du Limousin. Ce village deviendrait l'épicentre de mon terrain, ce dernier couvrant à terme un territoire équivalent à la

superficie d'un cercle de 20 kilomètres de rayon environ. Cette décision de définir mon lieu de résidence comme point central de mon terrain d'investigation ne fut pas le fruit d'une réflexion initiale, mais répondait aux progressions de l'enquête. Nombre de coordonnées de thérapeutes officieux me furent délivrées par l'intermédiaire des relations de rumeur et de service qui s'établirent progressivement avec les gens de Bocaire et de ses alentours, territoire que j'appellerai au cours de ce mémoire, la " localité " [4](#). En revanche, cette décision se révéla par la suite d'une grande pertinence, quand je constatai la position effectivement centrale du bourg dans cette aire géographique : Bocaire, chef-lieu de canton, lieu de résidence convoité par les campagnards des environs, synonyme d'ascension sociale en raison de ses commerces, de ses rues macadamées, de sa position topographique dominante et de sa terre particulièrement " grasse ". Bocaire est enfin le point central des " tournées " des commerçants et des postiers. Le hasard d'un emménagement fit ici assez bien les choses, et je puis dire que la place centrale de Bocaire sur mon terrain ne relève pas seulement d'un *a priori* de la recherche mais correspond à la position cardinale du bourg sur l'aire géographique, socio-économique, étudiée.

Je m'installai donc à Bocaire, rassemblant de prime abord les questions laissées en suspend lors de mes précédentes recherches. Quels pouvaient être les rapports existant entre les réseaux occultes de soin et les relations sociales ? Il s'agissait plus globalement de s'attacher à la gestion locale des maux et infortunes, aux différents modes de résolution des conflits et, implicitement, de s'aventurer dans le domaine des luttes sorcières. Je n'ai pas répondu à cet implicite, qui requérait un investissement personnel entier, m'apparaissant incompatible avec ma position de mère de famille. Suivre la voie ouverte dans ce domaine par Jeanne Favret [5](#) conduisait à adopter un mode de pensée et de conduite où le moindre événement fait signe et sens, à occuper une position dans la situation d'énonciation du discours sorcier menant à la participation active, à la manipulation de rites sorciers [6](#).

Je laissai donc l'étude des " infortunes " et décidai alors de m'en tenir aux pratiques thérapeutiques, avec la volonté cette fois de prendre en compte l'ensemble de ces pratiques de soin [7](#), afin de déterminer la place de ces pratiques dans le système de santé local, ainsi que la nature des relations entretenues entre les thérapeutes. Retrouvait-on sur le terrain cette dichotomie entre des pratiques médicales " officielles ", et des pratiques thérapeutiques illégales, officieuses [8](#) ?

### [Des pratiques thérapeutiques comme objet](#)

C'est cette saisie sous un même regard anthropologique de toutes les pratiques de soin qui constitue, je pense, l'originalité de cette recherche. Charmeurs de secrets, rebouteux et magnétiseurs furent rencontrés au même titre que les médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières [9](#) et vétérinaires. La rencontre de ces derniers répondait au constat que la distinction entre médecine humaine et médecine animale n'existe que dans le cadre de la " biomédecine " [10](#) : charmeurs, magnétiseurs et rebouteux soignent tant les humains que leurs bêtes, selon les secrets dont ils disposent [11](#).

Médecins généralistes et vétérinaires sont respectivement docteurs en médecine humaine et animale. Ils mettent en œuvre des dispositifs thérapeutiques de lecture des corps malades, au sein d'une relation thérapeutique, afin d'établir un diagnostic et de

prescrire les traitements appropriés. Ces prescriptions font parfois intervenir le kinésithérapeute, qui exécute alors les soins prescrits : manipulations physiques et massages. Certains de ces docteurs en médecine renvoient des patients auprès du “ celui qui lève le... ”, parfois appelé “ charmeur de secret ” le “ panseur de secret ” de la littérature ethnologique, d'un “ magnétiseur ” ou d'un “ rebouteux ”. Le charmeur soigne à l'aide d'un rituel, transmis dans le cadre du don, composé de gestes particuliers (circonvolutions autour du siège du mal, signes de croix, souvent à l'aide du pouce ou de l'index, parfois par l'intermédiaire d'un rameau de buis), de souffle, associés à une incantation (dite aussi “ secret ”, rarement “ prière ”), silencieuse ou marmonnée, évoquant souvent le martyr d'un saint en rapport avec le mal. Le magnétiseur soigne à partir de la perception intime du mal du patient, en imposant les mains ou par l'intermédiaire d'un pendule il est alors “ celui qui soigne avec le pendule ”, parfois “ le radiesthésiste ”. Le rebouteux enfin manipule en force le corps, avec parfois l'appui d'un secret (contre “ le coup ” par exemple). Ces trois dernières figures de thérapeutes sont souvent consultés directement par les souffrants, sans consultation médicale. Je dois également préciser que charmeurs, magnétiseurs et rebouteux peuvent être considérés comme thérapeutes lorsqu'ils mettent leur “ don ” au service de la localité, et parfois, des étrangers. J'ai trouvé nécessaire d'établir cette distinction car de nombreux habitants de Bocaire et de ses environs disposent en fait d'un ou de plusieurs secrets de guérison, transmis dans la lignée. La plupart d'entre eux ne peuvent être considérés comme thérapeutes car ils n'exercent leurs secrets que dans le strict cadre familial ; leur pratique n'a aucune existence ni reconnaissance sociale [12](#). Pour achever cette présentation succincte des pratiques thérapeutiques locales, je précise que d'autres pratiques sont présentes sur le terrain : culte de saint d'une part, visites aux fontaines et pierres guérisseuses [13](#) d'autre part. Ces dernières ne seront pas abordées en elles-mêmes car il n'existe pas localement, à ma connaissance, de recours exclusif à ces pratiques. Elles apparaissent parfois comme techniques de soin complémentaires, utilisées par quelques thérapeutes. Quant aux cultes de saints, il n'y a pas dans la localité de saint faisant l'objet d'un culte particulier, comme ça peut être le cas dans certaines communes du Puy-de-Dôme [14](#).

En décidant d'aborder ensemble, et selon une même approche, toutes les pratiques de soin présentes sur le terrain, j'adoptai une posture de recherche agnostique. En outre, cette attention portée aux pratiques de soins, légales et illégales, m'a permis d'échapper à la tentation nostalgique de l'exotisme à laquelle j'avais cédé lors de mes recherches sur les thérapeutes officieux du Puy-de-Dôme. Dans cette quête exotique et nostalgique des “ survivances ”, nous retrouvons les travaux des folkloristes comme Paul Sébillot, Claude Seignolle puis d'auteurs tels Marcelle Bouteiller [15](#). Il s'agissait alors d'étudier des “ croyances ” et usages considérés comme résiduels, aux marges de la modernité, en deçà de la contemporanéité. Cela avant leur disparition définitive, afin de fixer une mémoire des “ traditions populaires ”, éminemment orales et corporelles. Les années 1970-1985 virent un nouvel ensemble de travaux sur le monde rural, en ethnologie de la France, tels ceux de François Laplantine, d'André Julliard, puis ceux de Dominique Camus [16](#). Là, l'intérêt était porté plus particulièrement aux pratiques et croyances thérapeutiques, appréhendées comme des systèmes cohérents et structurés, mais toujours circonscrits et isolés [17](#). Ces isolats géographiques, sociaux et culturels, résultant d'une méthodologie typique de l'ethnologie française de cette époque, créaient un effet d'anachronisme, en regard des pratiques médicales officiellement admises,

participant de la modernité pratiques “ biomédicales ” qui ne sont l'objet d'une approche anthropologique que depuis quelques années en France.

Les chercheurs qui se penchèrent sur les pratiques thérapeutiques officieuses, alors souvent qualifiées de “ magiques ”, ne manquèrent pas de signaler, sans l'approfondir, la position des médecins vis à vis de leur objet de recherche, qu'il s'agisse des pratiques de soins ou de sorcellerie : un *statu quo* apparemment unanime, assimilant ces discours et pratiques à de vagues superstitions servant de culture à de frustrés paysans. Françoise Loux, lors de ses recherches anthropologiques sur *Le corps dans la société traditionnelle* [18](#), réussit à échapper à cette tentation de séparation entre une “ médecine scientifique ” et des “ pratiques magiques ”, en replaçant ses pratiques dans un contexte historique où le recours à ces pratiques de guérison était dominant. Elle conforte cependant quelques années plus tard [19](#) l'existence d'un antagonisme fondamental entre médecins et guérisseurs. André Julliard, ethnologue, fut également confronté à ce rejet, vraisemblablement généralisé à cette époque, des guérisseurs, par les médecins qu'il rencontra lors de son terrain : ils “ sont les tenants des thèses de la sous-médicalisation des campagnes françaises ” [20](#), insiste-t-il. Mais il affine sa remarque en ajoutant que le médecin de campagne ne s'oppose plus au guérisseur, au charlatan, trop éloigné de lui, mais au médecin de ville. Il signale cependant que quelques médecins répondent néanmoins à la demande de certains patients en acceptant le recours au rebouteux, dans quelques cas. Enfin, seul les vétérinaires se situent en marge de cette opposition, ces praticiens ayant d'ailleurs fourni à André Julliard ses premières adresses de “ guérisseurs ”.

Cette opposition entre la “ bio-médecine ” et le “ guérissage ” [21](#) rejoint la distinction établie communément entre une “ médecine de la maladie ”, très technique, objectivante, et des pratiques thérapeutiques officieuses, qualifiées parfois de “ médecines douces ”, qui seraient, elles, plus humaines car tenant compte de la personne malade et de sa subjectivité. Outre-Atlantique, il s'agit de l'opposition traditionnelle entre *cure* et *care*, critiquée avec intérêt par Francine Saillant et Éric Gagnon, anthropologues canadiens, dans leur introduction à l'anthropologie des soins : “ On considère habituellement la biomédecine comme le royaume du traitement, de la technique et du corps-machine, c'est-à-dire du *cure*, royaume auquel il manquerait l'humain, la globalité, le lien social, c'est-à-dire le *care*. Cette distinction entre le *cure* et le *care*, très largement répandue, est rarement remise en question, même par ceux et celles qui reconnaissent que la biomédecine est loin d'être aussi homogène qu'on ne la présente souvent. On accepte dorénavant qu'il n'y a pas, d'un côté, la biomédecine et, de l'autre, les médecines dites traditionnelles ; on admet l'idée "des médecines" (incluant la biomédecine) variables selon le contexte historique, culturel, économique ou technique, que ce contexte soit un paradigme, une institution ou un milieu culturel ” [22](#). Ces auteurs nous invitent à reconsidérer cette dichotomie. Ils dénoncent en premier lieu l'opposition entre technique et symbolique en demandant s'il y a “ moins de symbolisme dans l'usage d'une plante médicinale dans la maisonnée pour un soin quotidien que dans la pratique de l'art éphémère qu'est la peinture rituelle des indiens navajo et de leur *medicine man* ”. Saillant et Gagnon s'engagent ensuite sur le terrain délicat des rapports entre médecine et anthropologie : “ Cette distinction entre *cure* et *care* pose le problème de la fragmentation idéologique à la base du projet d'une anthropologie dite médicale et des liens épistémologiques et institutionnels de cette anthropologie avec la médecine cosmopolite. Cette association entre l'anthropologie et la médecine ne fausse-t-elle pas

la perception de l'objet et ne favorise-t-elle pas sa réduction à un domaine spécifique ? Les questions concernant les phénomènes santé/maladie doivent-elles être posées à partir d'un domaine professionnel (la médecine, la psychiatrie, le *nursing*) ou les dépasser ? Une anthropologie des soins est-elle possible, qui ne fasse pas que répercuter les oppositions *cure/care*, comme le font certaines anthropologues américaines ? Elle ne devrait pas conduire à un cloisonnement et à une réduction de l'objet d'étude, mais elle doit soulever le problème de la constitution de l'objet d'étude ". Saillant et Gagnon signalent ici un aspect important et spécifique aux recherches et réflexions portant sur les systèmes thérapeutiques : les anthropologues disputent sur ce terrain avec les médecins, parfois anthropologues également [23](#), qui peuvent se prévaloir d'une approche épistémologique et réflexive vieille de nombreux siècles. Contacts, affinités et échanges intellectuels des ethnologues avec le milieu médical n'ont-ils pas parfois biaisé la réflexion anthropologique, par l'introduction sans questionnement préalable, de concepts propres à l'épistémologie médicale dans le champ de l'anthropologie ?

Parallèlement aux recherches d'ethnologie française sur le monde rural, un ensemble de travaux se développe depuis quelques décennies, dans un domaine longtemps dévolu à la sociologie, soit en " anthropologie de la maladie ", en France. Claudine Herzlich, sociologue, conduit un travail d'ensemble sur les pratiques de médecine générale [24](#), ainsi que sur les malades et maladies [25](#) dans la société française, dans une perspective socio-anthropologique et historique, rejoignant sur le terrain français les préoccupations de Marc Augé quant à l'établissement d'une seule " anthropologie qui se donne des objets empiriques distincts " [26](#) comme " la maladie " en réaction à l'" anthropologie médicale " comme discipline, mise en place aux États-Unis après la Deuxième Guerre mondiale. Isabelle Baszanger [27](#) s'intéresse pendant plusieurs années également à la place de la douleur dans la pratique médicale, s'interrogeant sur la mise en place récente de centres de traitement de la douleur.

Ces études récentes [28](#), effectuées en milieu urbain, répondent de manière symétrique et inverse aux préoccupations de l'ethnologie française, en s'attachant exclusivement aux thérapeutes et pratiques de soin officiels, aux structures hospitalières, constituant également une étude des malades et maladies, tenant hors de l'étude car considérés comme résiduels, les recours aux pratiques officieuses. Seul un détour par la recherche africaniste permet de découvrir des travaux embrassant sous un même regard anthropologique, l'intégralité des recours thérapeutiques, légaux ou non. Il me semble que le concept d'" itinéraire thérapeutique " fut la clef de voûte de ces approches élargies, au gré d'un mouvement favorable de reconnaissance des " tradipraticiens ", soutenu par l'OMS depuis les années 1970 [29](#).

Si l'intérêt d'une anthropologie ayant pour objet les malades et les maladies en France reste d'actualité, le regard anthropologique porté à la médecine générale s'est déplacé, pour se porter plus spécialement sur les nouvelles technologies médicales. Procréation médicalement assistée (PMA), recherches en génétique et questions relatives au clonage, récentes techniques d'imagerie et d'investigation corporelles créent des bouleversements sociaux, et nécessitent un nouveau questionnement des concepts de " parenté ", " filiation ", une redéfinition des événements majeurs de l'existence, de la vie et de la mort, aussi bien de l'embryon que des " personnes en fin de vie ". Le sida fit également l'objet de nombreuses recherches, dont celles de Françoise Loux, Christophe Broqua et de Stéphane Abriol [30](#). Urgence anthropologique qui mobilise de concert

politiciens et scientifiques, autour du concept d'une " bioéthique " [31](#). Comités, rapports, tendent à éclaircir ces situations inédites ; lois et décrets visent à les réglementer. Ces mutations affectent également la médecine générale, notamment lors de la prescription et de l'adresse de patients auprès de spécialistes urbains, à une époque où le généraliste est appelé à occuper la position centrale de " médecin référent " dans le système de soin français. Si l'omnipraticien des Combrailles est resté le pivot des dispositifs thérapeutiques, faiblement affecté par la crise de la médecine générale des années 1970-1980 [32](#), l'écho de ces mutations est faible sur le terrain [33](#). C'est la raison pour laquelle je n'en ferai pas mention dans ce mémoire.

## Méthode et matériaux

Durant des années passées sur le terrain, j'ai essayé de pratiquer au quotidien cette " observation flottante " chère à Colette Pétonnet : " Elle consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser "flotter" afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans *a priori*, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes " [34](#). Cette ouverture devient comme une seconde nature de l'ethnologue, dont il a parfois du mal à se défaire lorsqu'il s'agit de participer et de profiter de l'instant présent. Car l'" observation flottante " implique un certain retrait, désengagement de l'action indispensable à la mise en mémoire puis en écrit. C'est ainsi que certains anthropologues présentent le chercheur comme une personnalité schizophrène, double pour le moins quand il s'agit pour certains d'entre eux de vivre une ethnographie avec laquelle il leur faut également prendre distance, afin de la transformer en matériaux de recherche. La métaphore théâtrale me semble plus indulgente, et riche, quand l'acteur excelle à n'être qu'un avec son ou ses personnages. Ce fut ma position sur le terrain, avec tout ce qu'il peut y avoir d'authenticité et de vérité intérieure dans le terme de " personnage " et, inclus, une part de renoncement à soi-même. Un genre d'ethnographie de l'extrême où le chercheur flirte avec les frontières, où certains basculent parfois dont on dit, " celui-là, il n'est pas revenu " [35](#)...

Si l'observation flottante accompagne l'ethnologue au quotidien, j'adoptai sur le terrain la position de " l'observateur participant " dégagée par Jeanne Favret-Saada. En 1977, cette dernière remet en cause la fonction informative attribuée jusqu'alors à la parole dans la relation ethnographique. Cette fonction informative était associée à une position extérieure du chercheur par rapport à son objet, position empruntée aux sciences naturelles. Son terrain sur la sorcellerie normande l'obligea à prendre une place active dans la situation d'énonciation, impliquant une réelle " observation participante ". Une position extérieure, donnée comme neutre et objective n'était pas tenable, et il est maintenant admis en anthropologie que le chercheur doit, pour le moins, tenir compte des implications de sa présence sur le terrain dans le recueil et traitement des données. Dans la publication de certaines pages de son carnet de terrain [36](#), nous constatons que cette observation participante ne se limite pas à l'occupation d'une place dans la situation d'énonciation lors des entretiens. Il s'agit également de prendre part à la rumeur et aux relations de services qui seules permettent d'accéder aux données en milieu rural, de tenir compte des valeurs et usages locaux. Cependant, je n'avais pas délimité ce " périmètre de sécurité " posé initialement par Jeanne Favret-Saada, qui consiste à ne pas travailler sur son lieu de résidence. Plus encore qu'une " observation

participante ”, il s'est agi pour moi d'une immersion totale dans le milieu étudié, avec ses avantages nouvelles rencontres, “ nature ”, espace, rythme de vie et ses contraintes se plier au contrôle social, épouser les valeurs locales, accepter de ne plus être une personne mais le prolongement d'une unité domestique, à défaut d'être celui d'une lignée repérable localement... Création d'affinités indispensable, et pour le moral du chercheur, et comme accès à la vie locale. Ainsi cette thèse rend compte des recherches effectuées sur le terrain observations, entretiens, carnet de bord, certes, mais une partie des matériaux provient de mon vécu quotidien [37](#), et il fut parfois difficile au chercheur de maintenir les distances entre ce vécu et la recherche [38](#).

Je pense pouvoir présenter, sans exhaustivité, mais avec une assez grande précision, la localité, grâce à l'intégration réussie du terrain, la mienne mais aussi celle de mon compagnon. Il abandonna provisoirement un métier qui lui était cher pour me suivre en Auvergne, exerçant pendant trois ans le métier de “ boulanger-livreur ”. Il enrichit de façon décisive mes recherches, grâce à son expérience et son écoute quotidiennes, aux relations de services qu'il engagea. Il fut mon informateur premier et n'hésita pas à susciter discussions et réflexions lors de l'élaboration de ce travail. Au-delà des remerciements, il est important à mon sens de préciser ici le rôle de l'unité domestique du chercheur quant à la “ réussite d'un terrain ”. En outre, quand l'ethnologue s'installe avec sa famille sur le terrain en milieu rural, son intégration sociale passe aussi et surtout par celle de sa famille et les enfants sont de grands pourvoyeurs de liens : nourrice, école, camaraderie... En milieu rural, le principe d'individuation est faible et l'ethnologue est toujours appréhendé comme membre d'une maisonnée et les interrogations sont nombreuses sur les représentants, absents, de la lignée, ascendants et collatéraux dont la saisie locale construit les relations à ego.

“ Observation flottante ” lors de mes pérégrinations quotidiennes, “ observation participante ” lors des échanges, “ observation intégrée ” lorsqu'il s'agit de faire siens les us et valeurs locales, tantôt avec une certaine abnégation, tantôt avec surprise et contentement. C'est ce que je me suis efforcée de faire, appuyée par ma famille que j'entraînai dans ce voyage.

### **Rumeurs, services et bricolage**

Je découvre, après plusieurs mois sur le terrain, l'importance de deux réseaux, incontournables pour comprendre, et la vie locale, et le système de soin. Il s'agit des réseaux de la rumeur et ceux des relations de services. Trois paramètres décisifs m'ont permis d'accéder à ces réseaux : l'embauche de mon compagnon en octobre 1996, mon entrée au comité des fêtes en décembre 1996 puis la mise en nourrice de ma fille en février 1997. Ce dernier événement marqua une étape majeure de mon intégration dans le village. D'autres événements correspondirent à autant de paliers d'intégration : menu secrétariat pour le comité des fêtes, qui me proposa la place de secrétaire, confection de menus pour un restaurant local, relations de service, *etc.* Je présente donc la localité en trois actes, mon objectif n'étant ni de décrire ni d'analyser la vie d'un bourg auvergnat, ou de proposer une monographie de terrain plus ou moins réussie. Certains africanistes, tels Marc Augé ou Didier Fassin, s'intéressèrent à l'insertion et l'inscription sociale de vastes systèmes thérapeutiques et sorciers, se posant la question de savoir ce que ces thérapeutes et pratiques de soins nous apprenaient de la société à laquelle elles

appartiennent. Ainsi Marc Augé formula le concept d' " itinéraire thérapeutique ", outil fort précieux pour saisir l'itinérance des patients entre divers systèmes thérapeutiques.

Il s'agit avant tout pour moi de saisir l'enracinement social des itinéraires thérapeutiques, de comprendre les pratiques médicales et les limites imposées par la communauté à ses pratiques. Le premier volet de cette présentation concerne la rumeur, système de communications local et oral, où transitent informations, comptes rendus d'expériences personnalisées, où se forment jugements et réputations. Paroles sur les soins et thérapeutes, références circulant de façon dynamique au sein de ces réseaux. Ces informations et soins ont parfois la valeur de service, et alimentent les réseaux locaux d'échanges je n'ai pas connaissance de chercheurs ayant étudié conjointement les relations de service et la circulation des soins dans une localité [39](#). Ils sont des objets d'échange inscrits sous le signe du don et de la dette. Le paysan descend de son tracteur pour aller charmer le feu de son voisin, arrivé en urgence dans sa cuisine. Il déchausse ses bottes, se lave les mains, fait le rituel, boit parfois " un canon " puis repart dans son champ. L'échange s'inscrit dans la durée, venant alimenter, parfois initialiser, une relation de service. L'ancien brûlé viendra aider pour l'ensilage ou dans tout autre moment où l'on aura besoin de lui. Il n'y aura pas de rappel ni de contre-don explicite. Pas de comptabilité déclarée, mais une échelle de valeur implicite, qui apparaît seulement lors de la rupture, souvent brutale, d'une relation de service, chacun faisant les comptes de son côté, chacun s'estimant lésé. Plus les liens d'échanges sont actifs entre deux maisonnées, plus l'acte de soin perdra de sa particularité, bien qu'une grande valeur et estime soient associées à cet objet d'échange car il reste l'apanage de quelques-uns. Lorsque la relation de service est inexistante, ce qui est surtout le cas quand le patient est un étranger à la localité, le contre-don tend à s'inscrire dans la simultanéité, généralement sous la forme d'un billet déposé à l'insu du charmeur. Il vise alors à clore, et la dette, et la relation induite par la demande du patient. Parfois, il n'y a pas de contre-don, le thérapeute se gardant de toute demande à l'égard du patient, ce qui serait contraire à l'éthique du soin (ce qui explique le billet glissé subrepticement). Service, don et paiement sont ici mis en perspective. Je dois ajouter que c'est dans le cadre des relations de service que je situai autant que possible les entretiens avec les patients et les thérapeutes officieux de la localité : j'alimentai les relations en " transport de personnes ", secrétariat, livres, adresses de thérapeutes, *etc*. L'entretien lui-même fut parfois lieu de partage [40](#).

Ces réseaux de rumeurs et de services laissent apparaître un champ essentiel à la compréhension du système de soin local. Il s'agit du bricolage, art de composer avec l'environnement, aux multiples sens du terme. Sont mises en œuvres certaines valeurs fondamentales, constitutives des identités locales propriété et indépendance, autonomie et maîtrise professionnelle, *etc*. D'où la récupération rendue possible grâce à la possession d'espace et l'art du bricolage, qui permettent d'échapper à la domination économique de l'extérieur. Cet art du bricolage est essentiellement lié à une gestion des ressources locales. Nous le retrouvons dans le système de soin : le thérapeute, qu'il soit rebouteux ou omnipraticien, est sommé de faire avec les ressources locales remèdes et matériaux utilisés, limitations des examens complémentaires et du principe de précaution, donc limitations des renvois hors de la localité.

### [Des itinéraires thérapeutiques comme objet](#)

Les pratiques et itinéraires thérapeutiques comme objet, c'est s'engager à pratiquer une ethnographie du quotidien et reconnaître comme objet rare le recours sorcier. J'entends défendre le choix d'un objet non-exotique, à faible ancrage étiologique : nous verrons que les maux qui reviendront le plus fréquemment au fil de l'analyse sont des affections communes verrues, zona, eczéma facilement identifiables, associés à des incidents non moins fréquents, les brûlures. Le travail sur l'étiologie et la nosologie fut difficile, en raison du partage maternel de la langue avec les hommes et femmes rencontrés sur le terrain. L'attention portée aux " maux communs " permet également de me situer en marge des références magico-religieuses. Placer *a priori* les pratiques thérapeutiques officieuses sur le terrain de la magie, comme ce fut souvent le cas, c'est d'une part leur dénier la possibilité d'être étudiées comme techniques de soin et, d'autre part, les réduire à un mode d'action magique sur le monde, irrecevable aux yeux de la science. Cela conduit à les considérer comme des " croyances ", parfois des survivances, alors qu'elles prennent place dans les recours usuels d'une partie de la population comme autant d'actes techniques de soin. C'est pour cette raison que je décidai d'aborder ces pratiques comme autant de techniques de soin, même si le cadre de ces pratiques débordent le champs strictement médical le radiesthésiste est aussi sourcier, le charmeur peut s'appliquer à lutter contre l'infortune, se faisant alors leveur de sort, *etc.* Si la référence à la magie il y a, ce sera *in fine*, comme localement pertinente.

J'essayai donc de conduire mes recherches sans *a priori* ni jugement ; je laissai mes interlocuteurs et les choses me guider, renouvelant mon questionnement lorsque le besoin s'en faisait sentir... J'accédai au rythme des affinités créées aux relations de rumeur, de services, aux paroles de femmes qui me livrèrent l'itinéraire thérapeutique de leur maisonnée. Etaient dévoilés l'identité, les coordonnées de thérapeutes que je rencontrais ensuite, toujours accompagnées d'un jugement quant à l'efficacité de leurs soins. Ces itinéraires participent ainsi à la construction de mon objet, assurant la liaison des relation entre thérapeutes. Ainsi ce questionnement des pratiques de soins, à travers les dialogues entretenus, les observations effectuées, l'expérimentation corporelle de ces soins, fut confronté aux paroles et itinéraires thérapeutique d'habitants de la localité. Les itinéraires thérapeutiques laissent apparaître une connaissance du corps et des affections, qui permet parfois de se rendre chez le spécialiste local sans passer par le généraliste. Le modèle familial puis la rumeur et les expériences orientent le choix thérapeutique. Interviennent ainsi la renommée et les qualifications prêtées au thérapeute (médecin ou non). Un thérapeute peut également servir de relais dans les itinéraires thérapeutiques, en envoyant le patient chez un autre thérapeute (le rebouteux qui recommande à son patient de faire une radiographie de contrôle ; le généraliste qui enjoint un brûlé d'aller voir sa voisine pour se " faire charmer le feu " ...).

### **Thérapeute officieux : réseaux et comparatisme**

En suivant ces itinéraires thérapeutiques, je travaillai cette fois en réseau et je rencontrais des thérapeutes officieux parfois installés hors de la localité, voire en milieu urbain, à leur domicile, dans leur cuisine devrais-je dire. De ces entretiens quelques rares enregistrements, certains thérapeutes marquant même des réticences face à la simple prise de notes. Ma mémoire et mon carnet de terrain furent parfois les uniques traces de ces entretiens. Enfin, les itinéraires thérapeutiques me conduisirent à l'hôpital, où je m'entretins avec l'un des charmeurs de secret qui y pratiquent leurs soins.

Lors de mon travail, je gardai à cœur la nécessité de trouver quelques points d'appuis, dans une perspective comparatiste, afin de laisser transparaître les spécificités du terrain. J'usais du comparatisme de façon interne, en confrontant les matériaux recueillis auprès des thérapeutes, les pratiques campagnardes entre elles puis en regard de celles des villes, *etc.* Les itinéraires thérapeutiques me permirent de rapprocher les paroles du généraliste de celles du charmeur de feu ou de zona auquel il renvoie parfois ses patients, et vice versa, de constater les rivalités opposant le rebouteux et le kiné exerçant sur un même territoire. Enfin, les limites de cette confrontation tiennent à l'impossibilité de contextualiser les données urbaines, au-delà des itinéraires thérapeutiques dans lesquels elles s'inscrivent.

### Médecins de campagne

De façon plus pragmatique, outre l'observation et la participation à la vie locale, je commençai cette recherche avec une série d'entretiens avec les médecins généralistes locaux, conversations qui eurent lieu, à une exception près, au cabinet des praticiens, pendant les heures de consultation. Armée des " pages jaunes " et de mon téléphone, je les contactai afin de m'entretenir avec eux de " la pratique médicale en milieu rural ". Au cours de la discussion était abordée la question des rapports entretenus avec les pratiques de soin officieuses. Parfois, certaines figures de thérapeutes illégaux apparaissaient, sans nomination précise mais qui, confrontées à d'autres sources d'informations, me permirent de rencontrer les charmeurs, rebouteux ou magnétiseurs auxquels ils renvoyaient des clients. Ainsi que je l'avais fait lors de mes recherches sur les charmeurs, les entretiens avec les médecins généralistes m'ont permis de circonscrire la pratique (bio)médicale. Ils m'ont également aidée à saisir les rapports entretenus avec les thérapeutes non officiels, à savoir les rebouteux, les charmeurs et les magnétiseurs-radiesthésistes. Ce n'est pas sans surprise que j'ai découvert la bienveillance des médecins à l'égard de ces thérapeutes, voire même le renvoi de certains patients vers le charmeur de feu, dans les cas de brûlure, le charmeur de zona, le rebouteux lors de luxation,...

Pourquoi les médecins rencontrés aujourd'hui vont jusqu'à admettre, devant mon magnétophone, les relations qu'ils entretiennent, pour une majorité d'entre eux, avec les " guérisseurs " ? Bien sûr, la confiance générée lors de l'entretien n'est pas étrangère aux conversations à " bâtons rompus " sur la pratique médicale. Mais il faut également admettre qu'il s'agit d'une autre génération de médecins, apparemment plus soucieuse de soigner et de répondre à la demande des patients que d'exercer un prosélytisme scientifique ou encore d'affirmer leurs spécificités socio-culturelles en participant à la chasse aux superstitions. Les patients, peut-être confortés par les nombreuses interventions médiatiques levant le voile sur ces " pratiques alternatives ", prennent la parole dans le cabinet du médecin pour dire leur recours au charmeur. Et le médecin de prendre acte, voire d'expérimenter ces pratiques. Et d'accepter d'en parler à l'étudiante en ethnologie qui se pose en agnostique sans *a priori*, voire en incrédule à convaincre.

### Collaboration entre médecin et thérapeute officieux : de l'efficacité

Le principe qui préside à ces renvois est sans équivoque : l'efficacité thérapeutique réelle de ces thérapeutes officieux sur la douleur, voire sur la maladie elle-même. Je n'invoquerai pas ici la théorie de " l'efficacité symbolique ", car ce concept, tel que je l'ai

rencontré dans la littérature anthropologique, de Lévi-Strauss à David le Breton [41](#), est impropre à rendre compte de l'efficacité de ces pratiques officieuses. Parler d'efficacité symbolique présuppose un jugement sur le mode d'action de ces pratiques de soin - généralement associé à " l'effet placebo " dont j'entends me garder. Les théories sur le mode d'action de ces thérapeutiques sont plurielles : auto-guérison, suggestion, effet placebo, physique quantique, mémoire génétique, action de dieu et des saints, dans tous les cas, des actes faisant intervenir l'invisible, sans repères ni mesures. Ces interprétations sont associées pour chacune d'entre elles une conception particulière de l'humain et de l'univers, avec des modalités spécifiques et particulières d'intervention. Bien sûr, le renvoi à ces thérapeutes de l'ombre ne fait pas l'unanimité, et il est intéressant de relever dans les entretiens que les deux partisans de la " crédulité populaire " n'ont jamais fait l'expérience de ces pratiques secrètes [42](#). Certains procès eurent lieu dans les années 1950 surtout, encore actuellement bien que de manière beaucoup moins systématique. Certains médecins affirment que, sous couvert d'une accusation pour " pratique illégale de la médecine ", il s'agit dans bien des cas de procès pour " concurrence abusive " [43](#). Enfin, la forme courante de relation répond à un principe de non ingérence : le généraliste reste favorable à ces recours officieux, mais il refuse d'en être le relais.

### **En ville et à l'hôpital**

Lors de la dernière phase de mon travail de terrain, je rencontrai les thérapeutes urbains inscrits dans les itinéraires thérapeutiques. Parallèlement, je cherchais à entrer en contact avec ces charmeurs de l'hôpital dont il m'avait souvent été fait mention au cours des entretiens. Là se situent les entretiens engagés avec Paul Bélon, médecin généraliste et magnétiseur, Henriette Démart, aide-soignante et charmeur de feu à l'hôpital, Charat, personnel administratif et charmeur à l'hôpital. Il ne s'agit cependant que d'une ébauche, les coordonnées des charmeurs hospitaliers restant difficilement accessibles malgré les recommandations. Un travail en profondeur reste à faire, dont l'entrée la plus simple semble être les services d'urgence [44](#).

### **Éléments de conclusion**

Mettre sur un pied d'égalité l'ensemble de ces pratiques de soin ne fut pas chose aisée : comment considérer d'un même mouvement les pratiques officielles des médecins généralistes et celles, officieuses et souvent dénigrées, des guérisseurs ? N'est-ce pas ouvrir la porte aux escrocs et favoriser les dérives sectaires ? Mais, *a contrario*, peut-on feindre d'ignorer ces pratiques, les bafouer, et clore ainsi les circuits de la rumeur qui sont actuellement la seule garantie possible d'une distinction entre le thérapeute officieux et le charlatan ? Je rappelle qu'une ombre plane sur ces pratiques thérapeutiques illégales : celle du charlatan faiseur de miracles. Dans ce domaine, les seules garanties pour le patient de ne pas avoir affaire à un escroc restent la rumeur et la gratuité du soin garanties beaucoup plus fiables en milieu rural qu'en ville, où certains thérapeutes honnêtes et efficaces ont professionnalisé l'acte thérapeutique (souvent des radiesthésistes, vertébrothérapeutes,...) ; où les réseaux de la rumeur et des services sont beaucoup plus diffus et moins opérationnels. En outre, un thérapeute, qu'il soit médecin ou magnétiseur, n'est pas à l'abri d'un échec thérapeutique. Ensuite, quels pouvaient être les lieux de rencontre de ces pratiques hétérogènes ? Au fil des mois, plusieurs places apparurent. La personne souffrante, qui reçoit conjointement ou

successivement ces soins, à demeure et quelquefois à l'hôpital, de la part de thérapeutes qui cumulent parfois les recours. Quant aux praticiens, les rencontres sont rares et fortuites sauf lors des procès !, les communications ne s'effectuant à ma connaissance que par l'intermédiaire du malade.

Depuis moins de dix ans selon les témoignages recueillis, un espace de rencontre se crée entre les médecins et les thérapeutes officieux, en campagne comme à l'hôpital, afin de répondre à la demande de soulagement des patients. Douleur et efficacité thérapeutique motivent en première instance les renvois vers les thérapeutes officieux d'autres facteurs œuvrent dans ce sens : proximité géographique et culturelle, *etc.* Renvois intervenant dans le cadre de maux spécifiques (brûlures, zona, eczéma, verrues, parfois ulcères variqueux). C'est également depuis 15-20 ans, en France, que la biomédecine se préoccupe de la douleur comme entité pathologique, dans le cadre de certaines maladies chroniques. Il semble que nous allons vers une adéquation des intérêts des thérapeutes et de ceux des patients : le premier motif de consultation reste la ou les douleurs éprouvées par le patient. Si le soulagement de la douleur n'est pas la finalité première du médecin, formé pour surtout éradiquer la maladie, il prend une place grandissante dans les prescriptions du praticien. Quelque soit la stratégie adoptée, ce seront les pratiques et leurs usagers qui auront le dernier mot. Depuis une dizaine d'année, un mouvement se dessine, un espace de rencontre se crée au sein même des hôpitaux, dans certains services qui accueillent, discrètement, les pratiques des charmeurs de feu... Enfin, l'avenir de cette rencontre, s'il existe, sera déterminant quant à la place des laboratoires pharmaceutiques dans le système de soin français. Des laboratoires omniprésents, évoqués à plusieurs reprises dans cette thèse, dont je rencontrai quelques représentants dans ma fréquentation des salles d'attente, partenaires indispensables de l'omnipraticien, qui semblent avoir pris le relais des médecins généralistes dans la chasse aux charlatans...

## Notes

- 1 Voir celles de Marcelle Bouteiller ou de François Laplantine : Marcelle BOUTEILLER, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1987 (réédition, de l'ouvrage de 1966) ; François LAPLANTINE, *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, Paris, J.P. Delarge/Éditions universitaires, 1978.
- 2 C'est à dire Jean, mon compagnon, notre fils Grégoire alors âgé de cinq ans, et notre future Louise, attendue pour l'été 1996.
- 3 Village situé entre 600 et 1 000 mètres d'altitude, de moins de 500 habitants.
- 4 Par l'emploi du terme de " localité " j'entends insister sur le fondement territorial des identités pour la population étudiée.
- 5 Jeanne FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts*, Folio essais, Paris, Gallimard, 1989 (1<sup>ère</sup> édition : 1977).
- 6 Cette démarche fut adoptée par Dominique Camus, qui accompagna quelques leveurs de sort et participa ainsi à la mise en œuvre de rituels sorciers. Dominique CAMUS, *Pouvoirs sorciers*, Paris, Imago, 1988.
- 7 Recension locale tendant à l'exhaustivité.
- 8 Opposition idéologique, historique et juridique, féroce revendiquée aujourd'hui encore par le conseil de l'ordre des médecins, dans son bulletin d'information, sous couvert de " chasse aux charlatans ".
- 9 Pas d'infirmier sur le terrain.
- 10 Le terme de " biomédecine ", d'utilisation récente, mériterait un minutieux travail de définition. Il sera utilisé dans ce mémoire afin de désigner les pratiques thérapeutiques officielles, disposant d'une assise juridique, administrative, souvent corporative, et institutionnelle.
- 11 Je ne réaliserais pas l'intégralité de cet ample projet, ne rencontrant qu'un seul vétérinaire et n'effectuant aucun entretien avec des infirmières. Je tentai à deux reprises de prendre rendez-vous avec des infirmières, qui me répondirent par téléphone qu'il n'y avait ni matière ni intérêt à parler de leur pratique libérale, que l'une d'entre elles résuma en quelques mots : " beaucoup de nursing, des piqûres ".
- 12 Les raisons sont plurielles : craindre de passer pour un charlatan, appréhender la perte de temps, la fatigue, la mise à disposition d'autrui, induites par la pratique de soin ; redouter le don lui-même, quand il provient d'ascendants renommés, etc.
- 13 Mégalithes, dont la " pierre branlante ", pouvant être mise en mouvement grâce à un levier (pieux en bois). Utilisée autrefois (?) dans un rite de fécondité : le mari mettait en branle le mégalithe sur lequel était assise son épouse, ce afin de combattre la stérilité du couple.
- 14 Sainte Flamine, pour les yeux, saint Bénilde, " généraliste " réputé, initialement spécialisé dans le traitement des cancers, etc.
- 15 Paul SEBILLOT, *Littérature orale de l'Auvergne*, Paris, 1898 ; Marcelle BOUTEILLER, *Médecine populaire...*, ouv. cité.
- 16 François LAPLANTINE, *La médecine populaire des campagne...*, ouv. cité ; André JULLIARD, *Gestes et paroles du malheur*, Thèse pour le doctorat d'État ès lettres et sciences humaines sous la direction de Louis-Vincent Thomas, Université Paris V-René Descartes, 1985 ; Dominique CAMUS, *Pouvoirs sorciers*, ouv. cité
- 17 La monographie de village était, de façon plus générale, l'approche couramment adoptée à cette époque, dans une perspective structuraliste.

- 18 Françoise LOUX, *Le corps dans la société traditionnelle*, Espace des hommes, Paris, Berger-Levrault, 1979.
- 19 Françoise LOUX, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Masson, InterÉditions, 1998 (1<sup>ère</sup> édition 1990).
- 20 André JULLIARD, *Gestes et paroles du malheur*, ouv. cité, f° 65.
- 21 Néologisme emprunté à Daniel Friedmann qui l'utilise implicitement comme terme générique. Il désigne ici l'ensemble des modalités constituant la pratique de soin d'un thérapeute illégal. Daniel FRIEDMANN, *Les guérisseurs. Splendeurs et misères du don*, L'art et la manière, Paris, A.M. Métailié, 1981, p. 12.
- 22 Francine SAILLANT, et Éric GAGNON, “ Vers une anthropologie des soins ? ”, dans *Anthropologie et sociétés. Soins, corps, altérité*, volume 23, n° 2, 1999, p. 2 [voir le site internet (<http://www.fss.ulaval.ca/ant/1999-2-presentation.html>)]
- 23 Tels Erving H. Ackerknecht, Georges Canguilhem, Jean Benoist, Didier Fassin.
- 24 Claudine HERZLICH (en collaboration avec Martine BUNGENER, Geneviève PAICHELER, Philippe ROUSSIN et Marie-Christine ZUBER), *Cinquante ans d'exercice de la médecine générale en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, INSERM-DOIN, 1993.
- 25 Claudine HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970.
- 26 Marc AUGÉ, “ L'anthropologie de la maladie ”, dans *Anthropologie. État des lieux*, Paris, Éditions de l'EHESS/Librairie générale française, 1986, pp. 77-88, p. 77 [*L'homme*, n° 97-98, 1986].
- 27 Isabelle BASZANGER, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, La couleur des idées, Paris, Éditions du Seuil, 1995.
- 28 Il faudrait également mentionner les contributions d'Anne Retel-Laurentin et de Sylvie Fainzang à la définition de la maladie comme nouveau champs de recherche en France. Anne RETEL-LAURENTIN [dir.], *Une anthropologie médicale en France ?*, Paris, CNRS, 1983 ; Sylvie FAINZANG, *Pour une anthropologie de la maladie en France*, Cahiers de l'Homme, Paris, Éditions de l'EHESS, 1989.
- 29 Voir les projets lancés au Congo à cette époque (voir l'article de M-E. GRUÉNAIS et D. MAYALA [pp. 51-61] et celui de J-P. DOZON [pp. 9-20], dans *Politique africaine*, n° 28, décembre 1987), plus récemment au Mali. Ce mouvement reste actuel en Afrique noire, des initiatives apparaissent également dans le sens d'une revalorisation de certaines pratiques de soin en Amérique latine, et peut-être ailleurs. La France métropolitaine, disposant de vastes infrastructures biomédicales, ne semble pas concernée par ces programmes de “ revalorisation de la médecine traditionnelle ”.
- 30 Le MNATP organise depuis 1994 une journée de rencontre entre chercheurs, soignants, institutions et associations, lors de la journée mondiale du sida. Parution également d'un numéro d'*Ethnologie française* sur le Sida : *Sida : deuil, mémoire, nouveaux rituels. Ethnologie française*, n° 1, 1998.
- 31 Ce terme date de 1982 selon le *Petit Robert* (édition de 1991), mais les questions relatives à la bioéthique sont débattues aux États-Unis depuis les années 1960.
- 32 Voir l'article très synthétique de : Francine MUEL-DREYFUS, “ Le fantôme du médecin de famille ”, dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 54, 1984, pp. 70-71.
- 33 Zéro à deux couples furent renvoyés par chaque médecin généraliste vers la PMA. En revanche, le généraliste est sensible aux récents dispositifs de contrôle des dépenses de santé publique, ainsi qu'à l'introduction des outils informatiques dans son cabinet.
- 34 Colette PETONNET, “ L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien ”, dans *L'Homme*, tome XXII, n° 4, octobre-décembre 1982, pp. 37-47, p. 39.
- 35 Je pense ici à Jacques Lizot.

36 Jeanne FAVRET-SAADA et Josée CONTRERAS, *Corps pour corps*, Témoin, Paris, Gallimard, 1981.

37 C'est aussi celui de mon compagnon et de mes enfants.

38 J'ai essayé de fonder ma pratique de l'ethnologie sur le respect d'autrui, même s'il doit se réaliser parfois, rarement, au détriment de la restitution. La restitution est faite sous couvert de l'anonymat, afin que la restitution locale du mémoire ne crée pas d'incidences. La description des itinéraires thérapeutiques, ainsi que les informations issues d'entretiens informels, ont reçu l'aval des personnes concernées, auxquelles je restituais les textes les concernant avant le dépôt du mémoire. Elles m'accordèrent leur consentement quant à la diffusion des informations les concernant, informations souvent transmises dans l'intimité.

39 Jeanne Favret-Saada évoque parfois dans son journal, les relations de service dans lesquelles elle est engagée, mais n'établit pas de rapprochement entre ces réseaux et la circulation locale des coordonnées et recommandations de thérapeutes.

40 Ne bénéficiant d'aucune aide financière pour mes recherches, je ne me posai pas de cas de conscience quant au non paiement de mes " informateurs " plutôt considérés comme interlocuteurs , et échappai à tout biais relatif à un échange financier.

41 Claude LÉVI-STRAUSS, " L'efficacité symbolique ", dans *Anthropologie structurale*, Agora, Presses Pocket, Paris, Plon, 1974 (1<sup>ère</sup> édition 1949), chapitre X, pp. 213-234 ; David LE BRETON, *Anthropologie de la douleur*, Paris, A-M. Métailié, 1995.

42 Les médecins " pourfendeurs de superstitions " sont certainement plus nombreux en milieu urbain, où l'omnipraticien peut facilement se tenir à distance de ces pratiques illégales. Une des explications possibles de ce rejet réside dans le caractère matériellement insaisissable de ces pratiques : murmures et attouchements légers sont les seuls signes tangibles de soin.

43 Malgré mon projet initial, je ne me suis pas penchée sur les procès qui furent intentés à cette époque à certains rebouteux ou magnétiseurs locaux. Ce travail nécessite un investissement entier et pourrait à lui seul faire l'objet d'une thèse.

44 Bibliographie complémentaire : Marc AUGÉ, " Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement ", dans Marc AUGÉ et Cl. HERZLICH [dir.], *Le sens du mal*, Paris, Éditions Archives contemporaines, 1984, pp. 35-91 ; Christophe BROQUA et Françoise LOUX [dir.], *Fin de vie, deuil et mémoire : des soins palliatifs aux rituels*, Paris, CRIPS, 1996 ; Dominique CAMUS, *Paroles magiques, secrets de guérison*, Paris, Imago, 1990 ; Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé*, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, Presses universitaires de France, 1996.

Haut de page

## Pour citer cet article

### Référence électronique

**Clémentine Raineau**, « Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital », *Ruralia* [En ligne], 10/11 | 2002, mis en ligne le 20 juin 2006, consulté le 17 mai 2015. URL : <http://ruralia.revues.org/309>