

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 7 décembre 2018

Par Valentina VIDANO

Né(e) le 28 février 1990 à Paris

Le guérisseur limousin contemporain : entre tradition et modernité.

Etude qualitative sur des guérisseurs en Limousin

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

M. le Professeur Daniel BUCHON, PU-MG.....Président

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT, PU-PH.....Juge

M. le Professeur François PARAF, PU-PH.....Juge

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD, MCA-MG.....Juge

M. le Docteur Hervé MERVEILLE, PH.....Membre invité

Mme. le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG.....Directrice



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 7 décembre 2018

Par Valentina VIDANO

Né(e) le 28 février 1990 à Paris

Le guérisseur limousin contemporain : entre tradition et modernité.

Etude qualitative sur des guérisseurs en Limousin

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

M. le Professeur Daniel BUCHON, PU-MG.....Président
M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT, PU-PH.....Juge
M. le Professeur François PARAF, PU-PH.....Juge
M. le Docteur Gaëtan HOUDARD, MCA-MG.....Juge
M. le Docteur Hervé MERVEILLE, PH.....Membre invité
Mme. le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG.....Directrice



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2019)
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

WEINBRECK Pierre MALADIES INFECTIEUSES (Surnombre jusqu'au 31-08-2019)

YARDIN Catherine CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre NUTRITION

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

(du 1^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)

PREVOST Martine

(du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

(du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège

(du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

(du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude

du 01.09.2016 au 31.08.2018

BONNAUD François

du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel

du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François

du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain

du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis

du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice

du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE

COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
JASMIN Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (A compter du 1 ^{er} janvier 2018)
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE

LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1^{er} mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine
O.R.L. (du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

À Adriana,

*Ne sous-estimez pas les légendes, elles inspirent les hommes
aussi sûrement que les étoiles.*
Raidho, « Les aventures d'Eider le scalde »

Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie sincèrement. J'ai pu bénéficier de vos enseignements tout au long de mes études et de la gentillesse dont vous avez toujours su faire preuve. Soyez assuré de ma plus haute considération et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,

C'est un honneur de vous compter comme juge pour cette soutenance. Je vous remercie de votre enthousiasme et de votre précieuse aide dans ce parcours, depuis le début de mes études jusqu'à aujourd'hui. Soyez assuré de mon infinie gratitude.

A Monsieur le Professeur François PARAF,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. C'est avec plaisir que j'ai suivi vos cours. Merci de l'attention que vous avez portée à mon travail.

A Monsieur le Docteur Gaëtan HOUDARD,

Merci d'avoir cru en moi dès le début, de m'avoir toujours soutenue et poussée à donner le meilleur de moi-même. Et merci de m'avoir donné la chance de travailler auprès de vous. Ma gratitude n'a d'égale que mon respect. Je vous remercie d'avoir accepté de siéger comme membre invité à ma soutenance, cela signifie beaucoup.

A Monsieur le Docteur Hervé MERVILLE,

Merci de l'intérêt que vous portez à mes recherches, en espérant que vous ayez eu du plaisir à me lire sans relever trop d'incohérences. Je vous remercie d'être présent aujourd'hui.

A Madame le Docteur Nadège LAUCHET,

Je vous remercie d'avoir accepté de me guider pour ce travail de longue haleine, et ce dès le commencement du projet, avec votre gentillesse et votre pragmatisme. De « mais Valentina, qu'est-ce que tu as fait ? » à la finalité, nous avons parcouru du chemin, et j'espère que vous serez fière de cet accomplissement. Merci pour tout.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Merci d'avoir accepté de présider mon jury sans hésitation. Vous n'avez pas pu être présente ce jour mais je vous remercie profondément pour votre dévouement et la qualité de vos enseignements.

A tous les guérisseurs qui ont accepté de me rencontrer :

Vous m'avez ouvert vos portes et vos cœurs avec gentillesse et curiosité, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour tout, j'espère que vous ne relèverez pas trop d'erreurs dans ces quelques pages et que sinon vous me les pardonneriez.

Merci à tous ceux qui ont contribué à étoffer mes recherches :

Baptiste de la bibliothèque, M. Fournière le libraire, le Dr Clémentine Raineau, Pr Clément et sa secrétaire.

Merci à tous ceux qui m'ont formée :

Henriette et François, « quand papa veut pas, demande à maman ! »

Jean-Luc Bugeaud, je n'aime pas le vin mais j'apprendrais !

Vincent Sauget, « first of all, scales ! »

Dr Katell Rabier et toute la PMI de Saint-Junien,

Et merci aux Pr Ménard, Dr Debacque, Dr Lelièvre, Dr Mancini, Dr Richardot, Dr Duprat, Dr Bettayeb, pour tout ce que vous avez su me transmettre.

Et à ceux qui sont devenus bien plus que des collègues :

Claire, Hélène, Marina, Gaëtan, Sylvie et Maïté, Béatrice,

Lara, Jonathan, Dimitri, Sylvie, Stéphane et toute la clique de Saint-Vaury : Lise, Aurélie, Loïc, Magali, Sarah, Eric et Bernie, Bertrand, Laurence, Sandrine, Isaline, Charlène, Sandra, Claire, Christelle, Christel, Véronique, Géraldine, Sophie, Malika, Julie, Jérémy, Patricia et Mickie. Que nos routes se croisent encore.

A mes parents et ma sœur :

Pour leur amour et leur soutien inconditionnels et éternels, vous avez supporté mes plans sur la comète, mes crises existentielles, mes reconversions tous les 6 mois et si je suis là aujourd'hui et comme je suis c'est bien grâce à vous, et je ne le dis jamais mais je vous aime.

A ma grand-mère Félicie :

Le « highlander » de ma vie, et à ses conseils perçants au milieu de son flou : « soit polie et culottée ». Alors je tâche d'être polie et culottée.

A toute ma famille :

Quelle chance nous avons d'être si nombreux, je vous aime.

A mes dragons de toujours :

Adrien, Pierre et Maxime, merci de faire de moi un « gars sûr », vous êtes sans nul doute les frères avec qui je me suis construite. Et non, je ne me marierais pas avec Pierre pour avoir un fils qui s'appellerait Corentin.

A ma meute :

Marion, Alexandre qui ne sait pas encore lire mais qui peut-être un jour aura la curiosité de passer par ici, Jérôme et Alexandra, Kévin, merci de faire partie de ma vie depuis le moment où on s'est vus et pour encore très longtemps, de traverser ensemble les bons et les mauvais moments de nos vies. Vous êtes mes piliers.

A mes amis ici et ailleurs :

Anne-Sophie, Ophélie, Carolina, Nico, Tortu, Sofiane, Neals et Camille, Guillaume, Julie, Paul-Antoine et Jean-François, je vous vois trop peu, mais vous êtes toujours dans mon cœur.

A Brigitte et Pierrot :

Pour leur aide et leur soutien de toujours, je ne saurais mesurer l'importance que vous avez eue dans ces études et bien avant encore.

A ceux que j'oublie...

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Abréviations.....	25
Introduction.....	26
I. Généralités	27
I.1. Un contexte.....	27
I.1.1. Autour d'un substantif.....	27
I.1.2. Histoire de la différenciation juridique entre médecin et guérisseur	28
I.1.3. En Limousin.....	31
I.1.3.1. Milieu géographique	31
I.1.3.2. Contexte socio-économique	32
I.1.3.3. Démographie générale en Limousin	33
I.1.4. Démographie spécifique liée au guérisseur	33
I.2. Le guérisseur limousin contemporain	35
I.2.1. Le maintien des traditions	35
I.2.1.1. Le Don, le « secret » et les règles	35
I.2.1.1.1. Le Don, un pouvoir thérapeutique inné	35
I.2.1.1.2. Le secret, un pouvoir thérapeutique enseigné	36
I.2.1.1.3. Exception du pouvoir thérapeutique recherché	36
I.2.1.1.4. Les règles de l'usage du guérissage	37
I.2.1.2. Le rituel : le geste, le verbe.....	38
I.2.1.2.1. Le rituel manuel.....	38
I.2.1.2.2. Le rituel oral	39
I.2.1.2.3. La puissance de la symbolique	39
I.2.1.3. Les Bonnes Fontaines Limousines	40
I.2.1.4. La pharmacopée populaire	42
I.2.2. Modernisation des pratiques	43
I.2.2.1. Vers une professionnalisation.....	43
I.2.2.1.1. L'entrepreneuriat comme mode d'exercice	43
I.2.2.1.2. Une volonté de regroupement.....	44
I.2.2.1.2.1. Les associations	45
I.2.2.1.2.2. Les instituts de formation et écoles	46
I.2.2.1.2.3. Le syndicalisme	47
I.2.2.2. Le magnétisme, cas particulier	49
II. Matériel et méthode.....	51
II.1. Objectifs	51
II.2. Type d'étude	51
II.3. Recrutement de l'échantillon.....	51
II.4. Méthode	52
II.4.1. Le guide d'entretien.....	52
II.4.2. Entretien semi-dirigé	53
II.4.3. Recueil des données.....	54
II.4.4. Analyse des données	54
II.4.4.1. Analyse descriptive.....	54
II.4.4.2. Analyse axiale.....	55
III. Résultats.....	56
III.1. Présentation de la population des guérisseurs rencontrés	56

III.1.1. Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieu d'exercice des guérisseurs	56
III.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles des guérisseurs.....	58
III.1.3. Caractéristiques religieuses des guérisseurs	60
III.2. Analyse descriptive	61
III.3. Analyse thématique	62
III.3.1. Ce qui se reçoit, ce qui se donne : la transmission et la formation	62
III.3.1.1. Hérité et héritage	62
III.3.1.2. La question du Don.....	63
III.3.1.3. La révélation	64
III.3.1.4. Se former	65
III.3.2. Les pratiques, les pathologies, leur causalité.....	66
III.3.2.1. Les pratiques	66
III.3.2.1.1. Premier contact avec le guérisseur	66
III.3.2.1.2. La consultation	66
III.3.2.1.2.1. Les modalités de consultation	66
III.3.2.1.2.1.1. Le lieu	66
III.3.2.1.2.1.2. Le temps	67
III.3.2.1.2.1.3. La patientèle	68
III.3.2.1.2.2. Le déroulement de la consultation	68
III.3.2.1.2.2.1. La parole et le non-verbal	68
III.3.2.1.2.2.2. Les gestes.....	69
III.3.2.1.2.2.3. Les outils.....	70
III.3.2.1.2.3. La question de la rémunération	71
III.3.2.1.2.4. Le suivi	72
III.3.2.1.3. Ce qui est ressenti.....	72
III.3.2.2. Pathologies prises en charge par le guérisseur	74
III.3.2.3. Causalités	75
III.3.2.3.1. Interprétations de la causalité : pourquoi est-on malade ?.....	75
III.3.2.3.2. Et les théories associées : comment est-ce qu'on guérit ?	76
III.3.2.3.3. « Prendre le mal »	77
III.3.3. La relation du guérisseur avec ses malades	78
III.3.4. La relation du guérisseur avec le médecin et ses confrères	79
III.3.4.1. La relation guérisseur-médecin.....	79
III.3.4.2. La relation du guérisseur avec ses confrères	81
IV. Discussion.....	82
IV.1. Validité interne.....	82
IV.2. Validité externe.....	84
IV.2.1. Les débuts du guérisseur limousin : la transmission, la formation.....	84
IV.2.2. Les pratiques, les pathologies et leur causalité	85
IV.2.2.1. Les pratiques.....	85
IV.2.2.2. Pathologies.....	86
IV.2.2.2.1. Les pathologies prises en charge par les guérisseurs de notre étude... 86	
IV.2.2.2.2. Motivations et motifs de recours au thérapeute parallèle.....	86
IV.2.2.2.3. Et au guérisseur en particulier	88
IV.2.2.3. Causalités et interprétations de la maladie et de la santé	90
IV.2.2.3.1. Les interprétations des guérisseurs de l'étude	90
IV.2.2.3.2. Qu'est-ce que la santé ?	91
IV.2.2.3.3. Modèles étiologiques et thérapeutiques	92

IV.2.2.3.3.1. La maladie est un élément étranger et hostile et la guérison sa jugulation allopathique.....	92
IV.2.2.3.3.2. La maladie vient de l'intérieur et la guérison est une action régulatrice.....	92
IV.2.2.3.3.3. La médecine populaire et la médecine officielle.....	93
IV.2.2.3.4. Quand il s'agit de magie.....	94
IV.2.2.3.4.1. La pensée magique.....	94
IV.2.2.3.4.2. La dynamique de sorcellerie.....	95
IV.2.2.3.4.2.1. Quand il s'agit d'envoûtement...une lutte entre les forces du Bien et du Mal.....	95
IV.2.2.3.4.2.2. La crise de sorcellerie.....	96
IV.2.3. Interactions du guérisseur avec les malades.....	98
IV.2.3.1. La relation guérisseur-malade dans l'étude.....	98
IV.2.3.2. Articulation des itinéraires thérapeutiques.....	98
IV.2.3.3. Le rôle de l'entourage.....	100
IV.2.3.4. La relation thérapeutique.....	101
IV.2.3.4.1. Définition.....	101
IV.2.3.4.2. La relation perçue par les guérisseurs de l'étude.....	101
IV.2.3.4.3. Explications sur la relation thérapeutique.....	101
IV.2.3.4.4. Eléments de psychodynamique d'une relation soignant-soigné.....	103
IV.2.4. Interactions du guérisseur avec le médecin.....	105
IV.2.4.1. La relation guérisseur-médecin de l'étude.....	105
IV.2.4.2. Vers un pluralisme thérapeutique assumé ?.....	106
Conclusion.....	108
Références bibliographiques.....	109
Annexes.....	116
Serment d'Hippocrate.....	135

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des caractéristiques de genre, de lieu d'exercice et d'âge des guérisseurs.....	57
Figure 2 : Répartition des niveaux scolaires des guérisseurs	58
Figure 3 : Répartition professionnelle des guérisseurs.....	59
Figure 4: Répartition des réseaux autour des guérisseurs	60
Figure 5 : Répartition des croyances chez les guérisseurs	61
Figure 6 : D'après l'étude de P. CATHEBRAS	87
Figure 7 : D'après l'étude de A. FURNHAM et C. VINCENT	88
Figure 8 : Schématisation des itinéraires thérapeutiques.....	100
Figure 9 : Combinatoires thérapeutiques selon F. LAPLANTINE	104
Figure 10 : Liste des codes	134

Table des tableaux

Tableau 1 : Part de personnes âgées de ≥ 75 ans (en %), Agence Régionale de Santé (ARS), 2010.....	33
Tableau 2 : Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieux d'exercice des guérisseurs	56
Tableau 3 : Caractéristiques socio-professionnelles des guérisseurs	58
Tableau 4 : Caractéristiques des réseaux autour des guérisseurs.....	59
Tableau 5 : Caractéristiques religieuses des guérisseurs	60

Abréviations

APE : Activité Principale Exercée

ARS : Agence Régionale de Santé

CFE : Centre de Formalités des Entreprises

CNTRL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

EI : Entreprise Individuelle en nom propre

EIRL : Entreprise Individuelle à Responsabilité Limitée

EURL : Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

GNOMA : Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SARL : Société A Responsabilité Limitée

SAS : Société par Action Simplifiée

SNAMAP : Syndicat National des Magnétiseurs et Praticiens en Méthodes Naturelles et Traditionnelles

UEMR : Union Européenne des Magnétiseurs et Rebouteurs

URSSAF : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

Chaque époque et chaque société possède ses thérapeutes, qu'ils soient médecins ou guérisseurs. Ils répondent aux besoins d'une population confrontée à la maladie, la mort, la souffrance et le doute, et qui tend vers un idéal de santé morale et physique, variable et propre à chaque civilisation.

En tant que scientifiques, rationnels, éduqués à l'evidence-based medicine¹, nous sommes amenés à écarter d'emblée tout ce qui n'est pas strictement prouvé ou expliqué, et à rejeter le reste, mais nous pratiquons une science autour et pour l'humain, et l'humain n'est pas un animal rationnel, il aspire également à des besoins spirituels, philosophiques. Il a la volonté de donner du sens à ce qu'il vit, à ses douleurs et ses maladies, et c'est dans ce champ de la vie sociale qu'interviennent les guérisseurs, dans toute leur complexité et leur diversité.

Je n'avais jamais réalisé l'importance de leur rôle au sein de notre société avant d'y être confrontée en milieu professionnel médical, ne venant pas d'une famille où le recours à ces pratiques est usuel, et mon étonnement fut grand lorsqu'on m'a demandé d'aller chercher la « sorcière », un jour où une dame âgée résidant dans la maison de retraite où je travaillais pour l'été, avait déclaré un zona intercostal. La sorcière en question était une aide-soignante qui « coupait le feu », et elle avait donc été sollicitée bien avant le médecin !

Une autre anecdote est survenue au début de mon internat, où un vieux monsieur hospitalisé dans mon service se mit en tête de me transmettre le barrage du feu, car il me trouvait sympathique, n'avait pas d'héritier direct, et se pensait à l'article de la mort. Je n'ai une nouvelle fois que peu prêté attention à cela, car étant relativement sceptique de par mon éducation et par mes études. Mais au fil des ans les histoires de ce genre se sont accumulées pour me rendre de plus en plus perplexe : mais finalement, qui sont ces guérisseurs ?

Je profite donc de ce travail de thèse pour approfondir ma réflexion sur ce réseau thérapeutique, parallèle et souvent souterrain, et qui intervient dans le même champ d'action que les médecins, sans que nous y soyons confrontés directement ou de façon exceptionnelle.

Je pense que nous avons tout intérêt en tant que professionnels de santé à mieux connaître ces pratiques qui font partie de la vie de nombreux de nos patients. Il me semble qu'une meilleure connaissance des soins exercés par d'autres thérapeutes aboutit à une compréhension plus globale des patients, de leurs représentations et de leurs attentes, et ainsi nous permet une prise en charge optimale, sans tabou et sans jugement.

Et, pour citer le Pr Pascal Cathebras, professeur de médecine interne ayant travaillé sur le sujet : « même si la science biomédicale s'estime capable de juger toutes les pratiques de la santé, elle n'est ni infaillible, ni définitive, et les vérités d'aujourd'hui sont parfois les erreurs de demain ». [1]

¹ Médecine basée sur les preuves

I. Généralités

I.1. Un contexte

I.1.1. Autour d'un substantif

Le mot « guérisseur » est un terme générique, global, qui désigne celui qui n'est pas médecin et exerce des pratiques thérapeutiques différentes de la biomédecine. Il s'agit d'un seul mot pour des réalités multiples.

Le Larousse en fait la définition suivante : « personne qui prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable et qui agit en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine. » [2]

On remarquera la dépréciation sous-jacente du travail du guérisseur, de son rôle social, culturel et de son importance dans les trajectoires de soins, ainsi que l'opposition faite avec la biomédecine.

Olivier Schmitz développe quant à lui dans sa thèse de docteur en anthropologie, la notion de « guérisseur syncrétiste », qui correspond à une réalité contemporaine et désigne le guérisseur comme une combinaison hétérodoxe faite de l'intégration d'éléments étrangers au sein d'une tradition donnée. Il met en évidence les combinaisons thérapeutiques mises en place par les guérisseurs dits syncrétistes, qui adaptent donc la tradition à laquelle ils ont été initiés, avec des données nouvelles, tel un patchwork de connaissances, relayant parfois des distorsions scientifiques, qui permettent de donner du sens à leur pratique. [3]

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) en fait également une définition, plus simple : « Personne ou thérapeutique qui guérit ». Mais avec une annotation : « personne qui guérit, en dehors de l'exercice légal de la médecine, par des procédés magiques ou empiriques, en vertu de dons mystérieux ou à l'aide de recettes personnelles. » [4]

On retrouve également la position du guérisseur mis en comparaison avec le médecin par le biais de la législation, et la connotation négative liée à un savoir empirique, tout en soulignant l'aspect magique, inconnu, du « Don » qui leur est conféré par le regard que la société avoisinante leur porte.

Il existe cependant des similitudes entre les tradipraticiens, notamment le rôle du « Don », et celui du « secret », qui semblent récurrents.

Il me semble que pour le définir, il est tout d'abord nécessaire d'adopter une neutralité objective, et de constater qu'est guérisseur chaque individu qui apporte ses soins à la communauté en dehors de la biomédecine.

I.1.2. Histoire de la différenciation juridique entre médecin et guérisseur

En plus de faire partie d'une nébuleuse thérapeutique primitive ancestrale, dont les éléments originels mêlent tradition celte à travers l'héritage gaulois des Lémovices¹ et empirisme rural, l'origine du guérisseur en France tel qu'on le connaît aujourd'hui trouve racine principalement dans la différenciation juridique qui le distingue du médecin. [5]

L'histoire du guérisseur est donc indissociable de l'histoire de la médecine. Si le rôle du médecin est millénaire, c'est à partir du X^e siècle qu'apparaît une volonté d'enseignement et de formation, avec la création de l'École de Salerne en Italie, première école de médecine d'Europe, puis en France avec la construction en 1137 de l'Université de Montpellier. [6]

Malgré cela, la pratique des soins reste l'apanage des ecclésiastiques jusqu'au XVIII^e siècle au moment de la Révolution, et les progrès de la médecine sont lents, puisque l'Église catholique considère que l'art médical empiète sur les desseins de la Providence. [5]

Le XVIII^e siècle est riche en bouleversements, notamment concernant le statut du médecin et du guérisseur, avec les balbutiements de la législation réprimant l'exercice illégal de la médecine. Un des premiers textes à ce sujet, paru en mars 1707 et rédigé par Louis XIV, roi de France (1638-1715), s'intitule *Edit du Roy : Portant règlement pour l'étude et l'exercice de la Médecine*. L'alinéa XXVI rend alors l'exercice de la médecine licenciée obligatoire, c'est-à-dire après une formation de trois ans, dispensée par une faculté de médecine. [7]

À la suite de la Révolution de 1789, plusieurs lois concernant l'exercice médical se succèdent. La loi Le Chapelier votée en août 1791 par l'Assemblée Constituante² abolit toutes les corporations³, médicales y compris, le corporatisme étant perçu comme liberticide. Cette loi prolonge le décret d'Allarde de mars 1791 qui établit la liberté totale d'exercice professionnel. Il en résulte la suppression de toutes les communautés d'exercice collectif.

Vient ensuite le décret du 18 août 1792, voté par l'Assemblée Législative⁴, qui ordonne la suppression de toutes les congrégations, autant laïques qu'ecclésiastiques, universités, facultés et sociétés savantes. Puis en septembre 1793, la Convention⁵ abolit les collèges de

¹ Lémovices (en latin, *Lemovices*) : peuple gaulois provenant d'Europe centrale puis ayant migré dans l'ancienne région française du Limousin auquel ils ont donné leur nom ainsi qu'à la ville de Limoges.

² Assemblée Constituante, ou Assemblée Nationale Constituante (1789-1791) : première assemblée constituante française, instituée par des députés des états généraux (composés du clergé, de la noblesse et du tiers état) lorsqu'ils s'érigèrent d'eux-mêmes en une « Assemblée nationale » le 17 juin 1789, sous le régime de monarchie absolue du roi Louis XVI.

³ Définition de l'Encyclopaedia Universalis : « Le terme de corporation [...] désigne une association d'artisans ou de marchands spécialisés qui s'unissent pour réglementer leur profession et défendre leurs intérêts. »

⁴ Assemblée nationale législative (1791-1792), fait suite à l'Assemblée Constituante, et se tient sous un régime de monarchie constitutionnelle, toujours sous le règne de Louis XVI.

⁵ Convention nationale (1792-1795) : régime politique succédant à l'Assemblée Législative, et qui fonde la Première République.

médecine, mais également de chirurgiens, d'apothicaires, les facultés de médecine et toutes les universités, dont les biens seront vendus l'année suivante. [8]

Toutes ces mesures aboutissent à la destruction d'un exercice médical encadré et certifié, et on assiste à une période de liberté totale avec un véritable essor des soignants empiriques et du charlatanisme¹, puisque dorénavant la réussite thérapeutique auprès des patients fait office de diplôme. La catastrophe sanitaire qui s'ensuit conduit finalement à la création en 1794 de trois Ecoles de Santé nationales, à Paris, Strasbourg et Montpellier. [5]

La période du Consulat² remet finalement à jour la notion d'exercice illégal de la médecine avec la loi du 10 mars 1803 qui stipule que : « Nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi. » [9]

Cette loi met en place une médecine à deux vitesses, pratiquée par deux types de thérapeutes : d'une part les docteurs en médecine et d'autre part les officiers de santé. [10]

Ainsi, les docteurs en médecine sont diplômés des Ecoles de Santé, soutiennent des thèses en latin à partir de 1806, et sont également détenteurs de baccalauréats ès-sciences, obligatoires pour l'admission en faculté dès 1823. Ce sont donc des médecins gradués, universitaires, qui dispenseront leurs soins en général en ville et à des populations aisées.

Les officiers de santé, quant à eux, représentent à la fois l'ensemble des praticiens de l'Ancien Régime non diplômés mais aussi les nouveaux venus. Les premiers exercent pour la plupart depuis de nombreuses années, et même si leur savoir est empirique, leur rôle est primordial notamment en milieu rural, auprès des classes populaires, ouvriers, paysans, indigents. Cette loi leur impose à tous en revanche une validation de leurs compétences auprès d'un jury composé de médecins, après un cycle de trois ans d'un enseignement théorique ou six à huit ans de pratique auprès d'un médecin.

Le baccalauréat n'est pas obligatoire, mais ils doivent être enregistrés dans leur département de validation des acquis, avec obligation d'y exercer, alors que les docteurs disposent de la liberté d'installation et de prescription. [11] [12]

Au long du XIX^e siècle, les médecins côtoient donc, en plus des officiers de santé, les matrones accoucheuses et les religieuses qui dispensent elles-aussi leurs soins aux plus démunis, mais déplorent l'activité des « charlatans », rebouteux et autres panseurs, qui s'accaparent une partie de leur patientèle. Les malades en milieu rural n'accordent pas encore leur confiance au médecin scientifique, trop cher, trop loin, et qui tient un discours qu'ils ne comprennent pas. Ainsi les plus vives critiques essuyées par les guérisseurs viennent des docteurs titulaires, ce qui aboutit à une législation de plus en plus sévère à leur égard. [11] [12]

¹ Terme issu du verbe italien « ciarlare » : bavarder, ou jaser.

² Consulat (1799-1804) : régime politique issu du coup d'Etat du 18 Brumaire an VIII (9 novembre 1799) qui renverse le régime du Directoire (1795-1799) et qui met Napoléon Bonaparte au pouvoir comme Premier consul, jusqu'à sa proclamation en tant qu'Empereur des Français en 1804, ce qui marque le début du Premier Empire et la fin de la Première République française.

Si ce maillage de dispense des soins médicaux est inégalitaire, il n'en est pas moins le reflet d'une volonté d'offrir une médecine officielle à tous, et de faire accepter la médicalisation, même lente, d'une société en pleine évolution.

Si certains guérisseurs s'essayèrent à l'exercice d'officier de santé, ce n'est pas le cas de tous, et nombreux sont ceux ayant préféré rester dans le secret et la clandestinité. Ils ont toutefois chacun participé à perpétuer une filiation ininterrompue jusqu'à nos jours.

Les officiers de santé, malgré leur utilité, restent cependant largement critiqués jusqu'au milieu du XIX^e siècle, et le Parlement¹ finit par voter en 1892 avec la loi Chevandier l'abolition de ce statut et donc l'unification des professionnels de santé avec un exercice médical réservé aux docteurs en médecine. [13]

Même si l'Université de Médecine de Limoges ouvre ses portes en 1841, la démedicalisation des campagnes liée à la disparition des officiers de santé est difficile à combler par les médecins installés.

Pierre Pageot, historien, rapporte que si en France en 1845 la densité médicale moyenne est de 1 médecin pour 1750 habitants, elle est plus faible en Limousin, avec une densité en Corrèze de 1 médecin pour 1825 habitants et en Haute-Vienne de 1 médecin pour 1920 habitants. Les choses vont en s'aggravant puisque trente ans plus tard, la densité médicale en Bas Limousin n'est plus que de 1 médecin pour 3000 habitants.

Il décrit également les propos d'un médecin corrézien qui constate que les patients effectuent d'abord quelques neuvaines² et des pèlerinages, aux Bonnes Fontaines par exemple, avant de recourir au médecin. Le manque d'instruction, la persistance des superstitions religieuses, ou encore le fatalisme et la résignation face à la maladie et à la mort sont autant de freins à la médicalisation de la campagne limousine au XIX^e siècle, et autant d'arguments à la présence du guérisseur. [12]

L'accès aux soins devient un service public avec la loi du 15 juillet 1893 qui rend l'assistance médicale gratuite et obligatoire, répartie en assistance hospitalière et assistance à domicile. Elle élargit et installe une médicalisation rurale plus pérenne. Également à cette période, la mise en place de consultations gratuites hebdomadaires pour les ouvriers des manufactures porcelainières et leurs familles, la première en Limousin étant celle de Haviland³ en 1870, participe à la démocratisation des soins médicaux. [12]

On assiste à une re-médicalisation dynamique des campagnes françaises, puisque en 1911 il existe dans chaque département français au moins trois à quatre médecins pour 10 000 habitants en moyenne soit 1 médecin pour 2500 habitants, y compris en Limousin. [14]

¹ Chambre des députés de la Troisième République (1876-1940), composée d'une Assemblée nationale et d'un Sénat.

² Définition Larousse du terme neuvaine : « prières, actes de dévotion poursuivis pendant neuf jours, selon des règles précises, en vue d'obtenir une grâce particulière. »

³ Haviland : entreprise française du secteur des arts de la table de luxe, fondée en 1842 par l'Américain David Haviland, établie à Limoges et toujours en activité.

En 1906, un Congrès National contre l'exercice illégal de la médecine se tient à Paris et est à l'origine d'un Office Central pour la répression de l'exercice illégal, chargé de recenser et sanctionner les pratiques non encadrées.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins voit ensuite le jour sous sa forme actuelle en 1945, puis le Code de Santé Publique vient cadrer les termes de l'exercice illégal de la médecine par l'article L4161-1 (annexe 1). [15]

Comme l'explique Olivier Faure, historien spécialisé dans l'histoire de la santé, la révolution culturelle autour des pratiques de santé au cours du XIX^e et XX^e siècle qui rallie la population à la médecine scientifique et officielle est autant issue d'une volonté populaire qu'imposée par les médecins et les autorités. Elle finit d'isoler les guérisseurs et les retrace dans une situation de « médecine populaire », mise à l'écart. [6] [14] [16]

I.1.3. En Limousin

I.1.3.1. Milieu géographique

L'Ancienne Région Limousin, région administrative de 16 942 km² regroupant la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne, et intégrée à la grande région Nouvelle-Aquitaine depuis 2016, est un territoire rural, occupant le nord-ouest du Massif Central. Le Larousse le décrit comme un ensemble de « plateaux étagés coupés de gorges, climat océanique dégradé, élevage de boucherie prédominant, paysage à bocage et bosquets, habitat rural semi-dispersé, stagnation démographique, désindustrialisation préoccupante ». [17]

La région est composée de plateaux : la Montagne Limousine, couvrant le plateau des Millevaches au centre-est, ainsi que le Massif des Monédières et le plateau de la Courtine, mais également le plateau du Limousin avec les Monts de Châlus et les Monts de Fayat, et le plateau de Combrailles au nord-est. C'est également un territoire de tourbières comme celle de la Réserve Naturelle des Dauges, de bocages liés à l'élevage bovin, de forêts consécutives au reboisement artificiel effectué après l'abandon des terres exploitées lors de l'exode rural au cours de la deuxième partie du XX^e siècle.

En 2010, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) estime que près de 45 % de la population limousine vit dans une commune à dominante rurale, ce qui est supérieur à la moyenne nationale qui est de 23 %. La densité de 44 habitants/km² pour l'ensemble du Limousin (contre 98.8 hab./km² en moyenne en France) en fait donc une région à la démographie clairsemée, éparpillée et majoritairement rurale. [18] [19]

Par ailleurs, le Limousin, malgré sa position géographique centrale, est longtemps resté isolé des axes principaux de communication. La construction de l'autoroute A20 ne se fait qu'en 1992 pour permettre la déviation de Limoges, et celle de l'autoroute A89 en 1991 sur l'axe

Bordeaux-Lyon. Le réseau ferroviaire relie la région à des métropoles comme Paris, Toulouse ou Poitiers, grâce à des lignes à grande vitesse comme la LGV Poitiers-Limoges, malgré l'abandon de l'aménagement de l'ancienne ligne Paris-Orléans-Limoges-Toulouse. Le réseau aérien se développe plus récemment avec notamment la construction de l'aéroport de Brive en 2010 et l'ouverture de lignes vers l'Angleterre, la Belgique ou la Croatie au départ de Limoges. [20]

Si le projet de construction de l'Hyperloop en fait rêver plus d'un, il ne s'agit pour l'instant que d'une esquisse qui pourrait désenclaver la région, grâce à ce train qui relierait Limoges à Paris en vingt-cinq minutes. Pour l'instant, la position centrale de la région, qui pourrait être un atout majeur, ne fait finalement que renforcer son isolement face à la difficulté de mise en place de ces réseaux. [21]

I.1.3.2. Contexte socio-économique

Si le Limousin connaît un des taux de chômage les plus bas de France métropolitaine avec un taux de 8.1% en 2010, la région reste néanmoins pauvre, avec un Produit Intérieur Brut par habitant de 24 789 euros en 2008, ce qui la place au 18^{ème} rang national sur les 22 régions.

L'emploi est dominé par le secteur tertiaire avec 68.1 % des emplois salariés ou non, le secteur industriel vient en deuxième position avec 18.2 % puis l'agriculture et la construction (6.9 et 6.3 %).

Il existe en Limousin une forte prépondérance d'agriculteurs exploitants, notamment spécialisés dans l'élevage bovin (86 % des exploitations), qui représentent donc 6.9 % de l'activité, ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale de 2.7 %.

Même si 36 % des exploitations ont disparu en 15 ans, les agriculteurs adoptent de nouvelles stratégies, comme la labellisation de produits du terroir, avec par exemple le « veau du Limousin » ou la « pomme du Limousin ».

D'autres secteurs sont touchés, comme le milieu du textile et du cuir qui perdent 50 % de leurs effectifs en 10 ans. Également des problèmes concernant l'utilisation des matières premières avec la fermeture des mines d'or (la dernière en 2001 à Bourneix en Haute-Vienne) à cause de la pollution, l'exploitation du kaolin utilisé pour la porcelaine, secteur qui connaît des difficultés, mais aussi l'exploitation de l'uranium qui crée une pollution radioactive.

Cependant quelques réussites industrielles maintiennent une activité dynamique, comme celle de la société Legrand, ou celle de Renault Trucks et Valeo pour l'industrie automobile.

La situation socio-économique a donc été délicate sur les dernières décennies. [20] [22]

I.1.3.3. Démographie générale en Limousin

Le Limousin est la 2^{ème} région la moins peuplée de France métropolitaine après la Corse. Il compte 741 100 habitants en 2011 selon le recensement de l'INSEE. [18]

Ainsi, de 1982 à 2006, deux cantons sur trois perdent des habitants, contre un canton sur deux de 2006 à 2011 dans les zones rurales. L'excédent des décès par rapport aux naissances et le déficit migratoire explique le dépeuplement et le vieillissement de la population. La tendance à la décroissance démographique s'inverse discrètement à partir de 2006 avec une augmentation de 0.5 % de population, liée davantage à la venue de nouveaux habitants d'origine néerlandaise ou anglaise, que par une augmentation de la natalité.

La population se concentre dans les zones péri-urbaines, autour de Brive, Limoges ou Tulle, et autour des grands axes de communication, au détriment des campagnes.

Une des particularités de la région est également la vieillesse de sa population. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus y est multipliée par 1.5 fois (1.8 fois en Creuse) par rapport à la moyenne nationale, et représente jusqu'à 24 % de la population dans certains cantons. [18] [23] [24]

Tableau 1 : Part de personnes âgées de ≥ 75 ans (en %), Agence Régionale de Santé (ARS), 2010

<i>Part des personnes âgées de ≥ 75 ans (en %)</i>			
<i>France</i>	<i>Corrèze</i>	<i>Creuse</i>	<i>Haute-Vienne</i>
8.3	13.0	14.8	11.3

I.1.4. Démographie spécifique liée au guérisseur

Difficile de recueillir des données de nombre et de lieux pour les guérisseurs, qui travaillent par définition dans le secret.

Des statistiques, rapportées par Dominique Camus (ethnologue, sociologue et historien ayant travaillé sur le monde des guérisseurs) mentionnent un article du journal Le Point en 1993 et évoquent une densité d'environ 50 000 voyants, astrologues, numérologues ou sorciers en France, pour un volume de 10 millions de consultations par an et un chiffre d'affaires total de 21 milliards de francs (soit 3 milliards 200 millions d'euros). Il s'agit bien évidemment d'informations très générales qui ne différencient pas les guérisseurs à proprement parler de toutes les autres para- sciences.

Un reportage réalisé sur France 2 en février 2015 évoque le chiffre de 5000 à 8000 guérisseurs en France à ce moment. [1] [25] [26]

Pierre Pageot mentionne que « jusqu'aux lendemains de la Première Guerre mondiale, dans chaque commune du Limousin [...] vivait au moins un guérisseur que l'on dénommait ainsi panseur de secrets, barreur, cerneur, « metze »¹ ou « mège » ». [12] [27]

Une étude de Maurice Robert, ethnologue, recensait de façon non exhaustive la présence de 64 rebouteux et guérisseurs sur la commune de Limoges entre 1945 et 1970. [28]

Plus récemment, le nouveau statut accessible depuis 2009 aux guérisseurs qui est celui d'auto-entrepreneur permet de focaliser sur ceux qui ont une activité « professionnalisée » et qui sont donc référencés sous le terme « soins hors d'un cadre réglementé », notamment dans les Pages Jaunes. Le résultat par le moteur de recherche Google lors de la recherche « guérisseur » + « Limousin » le 8 février 2018 affiche 192 réponses, mais ne différencie pas les diététiciens, naturopathes, sophrologues, même si quelques-uns sont notifiés guérisseur ou magnétiseur. [29]

Le Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives (GNOMA), quant à lui, répertorie 105 adhérents professionnalisés installés en France en 2017, dont un seul en Limousin, mais ne rend pas compte de ses adhérents qui pratiquent sans rémunération.

Si les chercheurs évoquent régulièrement leurs difficultés à réaliser une épidémiologie fiable, c'est évidemment lié au secret de la pratique, et à la nécessité « d'appartenir au milieu ».

Et si Pierre Pageot élève leur nombre à celui de 1 par commune vers 1918 et les associations à un seul guérisseur pour l'ensemble du Limousin en 2017, le grand écart ne fait que rendre compte de l'impossibilité à les recenser. [12]

A travers ce bref résumé qui tente de contextualiser la trajectoire du guérisseur limousin contemporain, on peut constater deux éléments majeurs de son évolution : à la fois la différenciation juridique de statut entre le médecin et le guérisseur, avec des frontières qui ont souvent été floues dans ce rôle de soignant, mais aussi la difficulté de la médicalisation en milieu rural, avec la persistance d'un système de soins traditionnel.

Le Limousin, pays de bocages et de forêts, avec sa population peu dense, vieillissante et rurale, constitue un terrain propice à la conservation de ses traditions, même si on peut se demander pour combien de temps encore. Ainsi, le maintien du guérisseur tient autant à des éléments culturels, que socio-économiques et historiques.

Le guérisseur que l'on aurait pu croire disparu, a non seulement perduré mais s'est aussi adapté à la modernité. Il est, avant tout, un élément du patrimoine ancestral, une marque d'identité. [11]

¹ Ou « meige » en vieux français, désigne en patois limousin le médecin, le mage et le magicien.

I.2. Le guérisseur limousin contemporain

Le guérisseur limousin d'aujourd'hui a de multiples facettes, ancré à la fois dans son héritage respectueux de la tradition régionale, et ouvert sur un monde qui évolue rapidement. Ainsi, si certains se préservent en exerçant de façon secrète avec des outils thérapeutiques puisés dans la force symbolique du rituel auquel ils ont été initiés ou dans la pharmacopée populaire, d'autres complètent volontiers leur pratique en participant à des formations, en se fédérant en associations et en organisant leur métier de guérisseur comme une entreprise.

I.2.1. Le maintien des traditions

I.2.1.1. Le Don, le « secret » et les règles

Un guérisseur s'adonne à des pratiques de soins qui lui sont propres, reliées à une histoire culturelle à la fois personnelle et régionale, et est doté d'un don de guérison ou d'un « secret ».

I.2.1.1.1. Le Don, un pouvoir thérapeutique inné

Le Don correspond à une qualité intrinsèque innée, qui serait responsable de l'efficacité thérapeutique, grâce à une réceptivité particulière à des forces invisibles.

Il peut être « transmis » de manière intra-familiale par les liens du sang, ce qui donne parfois naissance à des dynasties de guérisseurs, comme la famille Camus à Nouhant en Creuse (mentionnée dans plusieurs ouvrages). L'héritage familial a pour réputation de « sauter une génération », c'est-à-dire de passer de grand-mère en petite-fille, ou bien de passer à l'aîné des enfants, et d'intéresser toujours le même sexe. [5] [12]

Il peut également être favorisé par les conditions de venue au monde du guérisseur. Ainsi un accouchement par le siège ou les pieds, une naissance en rapport avec les chiffres 3 et 7 (le septième enfant d'une fratrie), le jour de naissance (comme le 31 octobre par exemple), la présence de taches de naissance, ou un nouveau-né coiffé (c'est-à-dire venu au monde avec la poche amniotique lui recouvrant la tête, rappelant un voile) seraient autant de signes annonciateurs. [12] [25]

Mais il arrive aussi que certains individus dotés se voient révéler leur Don en dehors de ces conditions, dès l'enfance mais aussi à l'âge adulte, par des phénomènes curieux qui les conduiront à rencontrer un guérisseur aguerri qui va « annoncer » l'existence du Don. Certains poursuivront néanmoins leur quête initiatique seuls, d'autres tairont leurs capacités, et quelques-uns auront la surprise de se faire « diagnostiquer » comme détenteur d'un Don par un autre guérisseur, de façon fortuite ou au hasard d'une consultation auprès de lui. [5]

A noter que l'on constate que la révélation du Don à l'âge adulte fait souvent suite à un événement de vie traumatisant, qui en devient le catalyseur.

Celui qui possède déjà le Don se retrouve donc en bonne position pour recevoir ensuite le « secret », afin de devenir un thérapeute émérite. Par ailleurs, certains guérisseurs habiles et détenteurs du Don développeront leur pratique de manière autodidacte, et d'autres resteront malheureusement « en friche ». [30] [31] [32] [33]

I.2.1.1.2. Le secret, un pouvoir thérapeutique enseigné

« Avoir le secret », « panser le secret », « savoir le secret », que ce soit pour « barrer » ou « couper » le feu (qui correspond aux brûlures, aux démangeaisons, à tout ce qui « chauffe »), l'eczéma, les darts, les rhumatismes ou encore l'épilepsie, sont autant de pratiques relevant de la même modalité. Il s'agit de faire barrage à un mal précis par l'intermédiaire du guérisseur qui « sait ». Le secret se transmet à l'oral, et peut être rédigé de façon manuscrite sur un papier qu'il faudra parfois détruire par la suite, ou être conservé sans être montré à quiconque. Certains « panseurs de secret » tiennent ainsi des cahiers de secrets, remplis à la fois d'indications verbales (le « verbe », c'est-à-dire les formules, des prières) et des indications gestuelles (le « geste »), mais aussi de recettes de cataplasmes ou de décoctions. [30]

Le guérisseur qui transmet son secret peut choisir à qui il le lègue. Il peut s'agir de quelqu'un de sa famille, sans forcément être un héritier direct, comme un neveu ou nièce, un cousin, mais aussi quelqu'un d'extérieur mais proche, un voisin de confiance par exemple. [31] [34] [33]

I.2.1.1.3. Exception du pouvoir thérapeutique recherché

Bien plus rare est celui qui, ne bénéficiant pas d'un contexte favorable à la pratique du guérissage, soit par absence d'ascendance dotée du Don ou de pansements de secrets, soit par absence également de tierce personne révélatrice, va rechercher activement à obtenir un pouvoir thérapeutique. C'est François Laplantine, docteur en philosophie et en anthropologie, qui décrit ce phénomène et en donne l'exemple suivant : « Pour acquérir le pouvoir de soulager le mal de dent, vous devrez prendre une taupe dans chaque main et les faire crever

tout doucement en les serrant. Vous les faites alors bouillir à feux doux pendant vingt-quatre heures et avec la graisse obtenue, vous imbiblez des gants que vous garderez pendant quarante-huit heures. » [30]

Ces procédés datent du début du XX^e siècle et ne sont, à priori, plus utilisés de nos jours.

I.2.1.1.4. Les règles de l'usage du guérissage

Plusieurs règles de conduite entourent la pratique du guérisseur, bien qu'elles ne soient pas unanimement suivies.

Tout d'abord, le guérisseur se doit de transmettre toujours vers quelqu'un de plus jeune que lui, et de confiance, qui devra mettre ses compétences au service de la communauté pour « faire le bien ». Le moment choisi pour communiquer son don parvient lorsque le guérisseur devient trop âgé pour l'exercer comme il le voudrait ou qu'il estime avoir suffisamment honoré sa tâche. La passation se fait en toute discrétion, sans formalités, de façon peu solennelle, et l'impétrant a obligation de suivre les instructions données à la lettre. Ils peuvent ensuite soit exercer de façon concomitante, soit successivement, afin d'éviter de perdre tous deux leur efficacité thérapeutique. [35]

En revanche, il est impératif pour le guérisseur de toujours léguer son secret à un tiers. [30] [36]

Le guérisseur doit exercer ensuite bénévolement, ne jamais être rémunéré, car la budgétisation du soin pratiqué entraînerait la perte du Don. Cette croyance n'est pas partagée par tous les guérisseurs, puisque certains estiment aussi que « tout travail mérite salaire », d'autant plus lorsqu'il s'agit de leur activité principale. [37]

Ensuite le respect du secret, largement suivi, consiste à ne pas divulguer les conditions spécifiques du rituel de guérissage. Ainsi, les formules orales seront murmurées pour rester inintelligibles, voire récitées mentalement, les gestes exécutés rapidement, et l'ensemble de ce qui se passe au sein de la consultation ne sera pas répété au dehors. La violation du secret menace, comme toujours, l'efficacité des moyens thérapeutiques mis en place. [3] [31] [32]

I.2.1.2. Le rituel : le geste, le verbe

Chaque rituel de guérissage est individuel et il est délicat de retranscrire une « consultation-type ». En revanche, on peut distinguer le rite manuel, qu'il s'agisse du mouvement de croix, de cercle, ou encore l'usage du souffle et la salive, et le rite oral, murmuré ou récité mentalement.

I.2.1.2.1. Le rituel manuel

Il est réalisé de façon solennelle, dans l'intimité de la consultation, et regroupe plusieurs sous-entités qui peuvent être combinées entre elles.

Le geste peut être effectué autour du corps, l'effleurer, comme dans les techniques d'imposition des mains des magnétiseurs, ou bien de manière plus vive, par empoignement, celui par exemple des rebouteux qui vont manipuler les articulations afin de les « remettre bout à bout ». Aussi, la main guérisseuse peut se présenter à plat ou en poing, comme pour apaiser ou attaquer le « mal », parfois les doigts placés en pointe pour « concentrer les forces » ou encore le pouce entre l'index et le majeur. L'index cible alors le mal, offensif et le pouce apporte sa « puissance ». [11]

Le mouvement du cercle, ou « encadrement », sert à « encercler le mal », c'est-à-dire à circonscrire la zone malade à traiter d'un geste circulaire qui la délimite des zones saines. Ce faisant, le guérisseur l'empêche de se répandre avant de passer à l'offensive.

Le signe de croix, symbole de mission, de rédemption, et emblème de la conjuration, est effectué au-dessus ou sur l'organe déclaré souffrant. La croix opère alors comme une arme. « C'est un « catalyseur de forces », qui relie les énergies qu'elle capte aux quatre points cardinaux avant de les projeter sur la maladie pour mieux la terrasser ». Elle n'a donc pas de caractère religieux systématique. En signant ainsi le mal, le guérisseur matérialise la dynamique de l'attaque thérapeutique qu'il effectue. [25] [38]

On rencontre également l'usage du souffle sur la brûlure ou de la salive, que ce soit pour encercler ou barrer, et qui répond à la loi d'antipathie : on soigne le mal par son contraire, ici le froid contre le « chaud ». Certains guérisseurs expliquent faire le « souffle froid » ou le « souffle chaud » en fonction des maladies. [30]

En exemple, pour « faire l'entorse », ou « lever le coup », le guérisseur effectue trois croix avec le pouce humecté de salive sur l'articulation endolorie. [28] [31] [36] [32]

I.2.1.2.2. Le rituel oral

L'importance du « verbe » prend sa place auprès de celle du « geste », et s'y associe volontiers bien qu'elle puisse être sollicitée seule.

Sous différentes formulations, incantations, vœux, serments ou formules, voire historiettes rimées, les mots qui accompagnent la thérapie se doivent d'être tenus secrets pour ne pas être divulgués. Ils seront murmurés pour rester inintelligibles, ou récités intérieurement, ce qui renforce l'aura de mystère autour de la pratique. Les formules seront parfois consignées sur papier voire dans des cahiers, car souvent complexes, de par leur longueur, l'usage du latin ou de la langue d'oc. [11] [39]

Qu'elle soit incantatoire ou conjuratoire, la prière lorsqu'elle fait référence à des Saints chrétiens, renvoie à leurs particularités selon le principe de sympathie, ou d'analogie. La thaumaturgie¹ a ici une influence forte, puisqu'on s'appuie sur l'histoire du Saint pour choisir lequel solliciter. On rencontre également des références chrétiennes dans la formulation « Pater noster », ou « Ave Maria ». [30] [31] [40] [32]

I.2.1.2.3. La puissance de la symbolique

Le « geste » et le « verbe » peuvent être amenés à être réitérés afin d'en accentuer l'intensité. Le chiffre n'est pas choisi par hasard, puisqu'on retrouve souvent la référence au 3, qui renvoie à la Trinité, au 5 qui rappelle entre autres les cinq plaies du Christ sur la croix, et au 7 l'Apocalypse selon la Bible, avec ses 7 cavaliers. Ce ne sont que des exemples, mais il s'agit essentiellement de rappels judéo-chrétiens, qui ont pour rôle d'apporter leur puissance de suggestion au rituel.

Le transfert symbolique du mal sur un objet ou un autre individu intervient dans la dynamique du « sort ». Le signeur « prend le mal » sur lui et le décharge ensuite sur une série de supports, selon un rite de transfert. Le choix des substituts est large, de la pomme de terre enterrée pour soigner les verrues à la branche de gui déposée sous le lit pour « capter » le mal. Ces objets symboliques, végétaux, minéraux ou même animaux, peuvent être à la fois purificateurs et sacrificiels selon le rituel. On retrouve ici le principe de sympathie, car le « mal » qui « circule » doit le faire à travers un contact entre les objets. Il s'agit d'une théorisation de la maladie et de la guérison qui décrit le sort comme étant le symptôme, la maladie renvoie à l'agression et la thérapie correspond à l'expulsion, à la délivrance du « mal ». [27] [41] [39]

L'efficacité symbolique est renforcée par les gestes et les formules utilisés, très expressifs comme le mouvement de la croix, ou encore la réalisation du rituel sous des auspices planétaires, au lever du jour, pendant une nuit de pleine lune, ou lors de solstices. L'utilisation

¹ Définition de l'Encyclopaedia Universalis du terme thaumaturgie : « pouvoir de faire des miracles ».

de l'air par le souffle, de la terre et des végétaux ancre la pratique dans le rapport du guérisseur avec son environnement, et vient aussi ajouter de la force à ses soins. [31]

L'importance de l'épreuve joue également son rôle puisque les participants, guérisseur et malade, perçoivent que plus ils s'investissent, c'est-à-dire que plus le rituel est difficile et compliqué à réaliser, plus les chances de guérison sont élevées. [30]

A noter que bien que les références chrétiennes soient nombreuses, ni le guérisseur ni ceux qui le consultent ne sont nécessairement croyants.

I.2.1.3. Les Bonnes Fontaines Limousines

On prête depuis longtemps aux fontaines des vertus thérapeutiques, la capacité à guérir aussi bien les hommes que les animaux, et elles sont également sollicitées pour l'obtention de faveurs, la protection des enfants ou le pouvoir de faire pleuvoir.

Le culte de l'eau, hérité de la religion celte depuis l'époque gauloise des Lémovices, puis très présent dans la religion gallo-romaine, a traversé les siècles pour rester une pratique contemporaine en Limousin. Les fontaines, lieux de vénération de ces religions polythéistes, mais aussi enjeu de spéculation, sont l'objet à partir du IV^e siècle d'une lutte contre l'idolâtrie païenne de la part de l'Eglise chrétienne. Si l'Évangélisation en Limousin connaît quelques difficultés, elle parvient cependant à « récupérer » un grand nombre de bonnes fontaines. L'Eglise leur attribue donc des patronages de saints, qui se substituent à la divinité païenne locale, elle y place des reliques chrétiennes ou construit des chapelles et des églises à proximité. [42]

La dénomination de la source se fait selon des critères soit d'analogie de prononciation avec la pathologie « soignée » par la source (comme la Fontaine Saint-Eutrope à Népoulas sur la commune de Compreignac en Haute-Vienne, prisée par les « estropiés », boiteux et manchots, qui y viennent en dévotion le 30 août chaque année), soit par des critères hagiographiques (la Fount Sent-Alei ou Font Saint-Eloi à Chaptelat, Haute-Vienne, car Saint-Eloi serait né à proximité et aurait fait jaillir la source). [12] [42]

Aujourd'hui le culte se pratique soit de façon collective, le clergé se chargeant de certaines dévotions, à travers les fêtes votives, qui sont célébrées une fois par an en l'honneur du saint, dites « frairie » ou « vote », soit de façon individuelle par des pèlerinages. On compte 193 bonnes fontaines en Haute-Vienne, 232 en Corrèze et une centaine en Creuse. [5] [42] [43] [44]

Ainsi, le malade, souffrant de maux divers comme les rhumatismes, les migraines, la fièvre, ou d'affections dermatologiques ou oculaires, part en quête de la fontaine qui le soulagera de son mal. Maurice Robert, ethnologue, écrit que « on ne va pas chez le guérisseur ou à la bonne fontaine avec sa raison, mais avec son affectivité, ses émotions, sa croyance ». [42]

Cette quête débute avec la rencontre avec une « recommandeuse », ou « metteuse de part », qui va « tirer les saints », c'est-à-dire déterminer par un procédé de divination, quelle fontaine correspond au mal, quel Saint est à la fois responsable de la maladie et sauveur de celle-ci. Les metteuses de part tiennent leur savoir d'un héritage familial, souvent transmis entre femmes, et sont tributaires du Don. [45]

Les techniques pour « nommer les bons saints » sont diverses et varient selon les régions. Ainsi en Basse-Marche, on « tire les voyages » avec des morceaux d'étoffe appartenant au malade et disposés sur un verre d'eau. Pendant que la metteuse de part entonne la litanie des Saints, elle observe le tissu. Le premier morceau qui s'enfonce dans l'eau désigne alors le Saint à invoquer. Dans la région de Limoges et de Solignac, on brûle une tige de bois de coudrier. C'est l'extinction de la flamme qui montre le Saint. Vers Chalus, ce sont des charbons de tiges de noisetier qui sont déposés à la surface d'un récipient d'eau, et de la même façon qu'avec les bouts de tissus, la recommandeuse entonne la liste des noms des saints qui va la guider en fonction de la chute au fond du bassin des morceaux incandescents. [46]

Une fois le Saint désigné, le malade doit se rendre à la fontaine et effectuer une dévotion, un rituel, parfois rédigé sur « ordonnance » par la devineuse afin de s'assurer de sa bonne réalisation. S'il est dans l'incapacité de se déplacer, le malade peut demander à un tiers, souvent moyennant finance, ou à un proche, de faire le voyage vers la fontaine à sa place. En Limousin, on les nomme les « roumieux », ou « roumiers ». Le pèlerin une fois sur place, effectue, le chapelet à la main, le tour de la fontaine, fait un signe de croix, puis boit l'eau de la source, et réitère ce rituel trois fois. Il poursuit en se lavant la partie du corps à soigner, puis se lave les mains pour se « débarrasser du mal ». Il s'agit d'un exemple de dévotion car les modalités en sont bien évidemment variables. [27] [35] [47]

L'utilisation d'instruments de dévotion, comme accessoires thérapeutiques visant à rendre la dévotion plus efficace, est largement répandue : rubans, chiffons découpés (pratique répandue en Basse-Marche), vêtements, appartenant au malade et ayant été en contact avec la partie souffrante, qui seront soit laissés sur place, soit emportés pour être conservés après trempage dans l'eau de la source. Ou encore épingles pour les jeunes filles à marier, cierges, médailles et pièces de monnaie, fleurs, croix et nourriture, sont autant d'objets que l'on retrouve à la bonne fontaine.

Si ceux-ci sont des accessoires à but thérapeutique, on remarque aussi au même endroit des ex-voto¹ qui sont quant à eux des témoignages de guérison. [3] [42] [48] [34]

¹ Définition du CNTRL du terme ex-voto : « objet quelconque placé dans un lieu vénéré, en accomplissement d'un vœu ou en signe de reconnaissance. »

I.2.1.4. La pharmacopée populaire

Si le malade limousin se soigne souvent seul au XIX^e siècle, ou avec l'aide d'un guérisseur, on retrouve encore aujourd'hui ce genre de pratiques, à base de remèdes et de talismans.

Ce savoir conjugue transmission orale intra-familiale (communément dites « recettes de grand-mère »), empirisme et emprunts littéraires, grâce notamment à l'attrait dès le XVII^e siècle et particulièrement au XIX^e et début du XX^e siècle pour les almanachs, les brochures de colportage, et les petits traités de médecine à destination du peuple.

Cette « bibliothèque bleue », en référence à leur couverture en papier bleu, est diffusée en Limousin par les colporteurs de la grande route Genève-Bordeaux, et par les marchands venus du Haut-Limousin vers l'Auvergne. En exemple le populaire *Le Médecin des Pauvres, par le Dr Beauvillard* publié avant 1920, contient des dessins d'herbes médicinales avec leur usage, mais aussi des conseils d'hygiène et d'alimentation.

La littérature de colportage représente en 1850 près de 9 millions de volumes vendus. [11] [30] [49] [50] [32]

Les remèdes bruts sont puisés dans le monde animal, minéral ou bien végétal. Les substances sont choisies selon deux principes, étudiées par James Frazer lors de ses travaux sur la magie dite « sympathique ».

D'une part la loi de similitude ou d'analogie, qui veut que le semblable agisse sur le semblable et que le semblable appelle le semblable, et d'autre part la loi de contagion, qui explique que chaque chose reste en contact avec le « tout » auquel il appartient, avec donc possibilité d'extension illimitée.

La loi de contagion explique donc que certains guérisseurs « travaillent » à distance par le biais d'une photographie ou d'un vêtement, voire même uniquement du nom et du prénom de la personne à soigner, puisque « tout est dans le tout ».

La loi de similitude est rencontrée, par exemple, lorsqu'on utilise le « souffle chaud » pour soigner les brûlures. [5] [12] [39] [51]

Ainsi les plantes seront sélectionnées selon leur forme, leur couleur, leur aspect, mais aussi cueillies selon des critères précis : avant le lever du soleil, au coucher du soleil, au moment de la pleine lune, entre autres. Et préparées de diverses manières : cataplasmes, infusions, lotions, mixtures, purgatifs, lavements, compresses ou décoctions. Les produits animaux sont également mis à contribution, avec l'utilisation d'œufs, de vers, de limaces voire d'excréments.

En Limousin, les recettes sont nombreuses, en voici quelques exemples :

« Contre la grippe : Boire un bouillon de légumes fait avec deux têtes de lapin coupées en deux. Contre l'asthme : Il faut manger, à jeun, deux oignons blancs cuits sous la cendre avec de l'huile et du sucre ou bouillis avec du beurre et du miel. [...]

Contre l'eczéma : Badigeon de framboises ou de myrtilles. [...] Contre la surdité : Vaincue en 30 ou 60 jours, trois gouttes d'urine de hérisson versée dans l'oreille suffisent largement. [...]

Contre les coliques : On applique un cataplasme d'une bouillie de vers de terre cuits. » [40]

Les talismans, activés selon un rituel associant le geste à la parole, se font plus discrets de nos jours. Les « brivés », ou « brivets », sont des scapulaires¹ fabriqués par le guérisseur et à porter autour du cou ou sur soi. Ils peuvent renfermer des invocations écrites, et il est interdit de les ouvrir sous peine d'inefficacité.

Certains sont fabriqués avec des végétaux, des minéraux, comme l'ambre associé à la sauge. Le Dr Graille en Corrèze était parvenu à déchiffrer un « brivé » et avait donc pu y lire : « Sanctus + homo sob + libera a verminibus + nom du malade + in nomine Patris + et Filii + et spiritu sancti + amen ». L'usage du latin à l'écrit renvoie à l'utilisation d'une prière chrétienne remaniée, par un guérisseur lettré, qui cite la trinité puis conclue par « amen ». [5] [12] [27] [35]

Un autre exemple, décrit par le Dr Tailleur à Saint-Sulpice-Laurière, qui avait constaté l'utilisation de ces pendentifs au cou des enfants lors des visites médicales scolaires, renfermant donc des parchemins avec des inscriptions « soi-disant magiques », mais aussi des pattes de canard auprès des nouveaux-nés pour les protéger des douleurs dentaires, ou encore des bracelets faits de la laine que les moutons laissent accrochée aux buissons. [39]

Si ces méthodes ne sont plus d'actualité pour la plupart, certains guérisseurs en utilisent toutefois encore quelques-unes, principalement à base de végétaux, en application locale ou bien en décoctions. [3] [49] [52] [32] [53]

I.2.2. Modernisation des pratiques

I.2.2.1. Vers une professionnalisation

I.2.2.1.1. L'entrepreneuriat comme mode d'exercice

Créé en 2008 par la loi de modernisation de l'économie, l'auto-entrepreneuriat ouvre la porte aux guérisseurs qui peuvent alors s'enregistrer comme rebouteux ou magnétiseur par exemple. Il leur permet une activité professionnelle libérale dite non réglementée, c'est-à-dire non soumise à un ordre professionnel et sans obligation de diplôme. En revanche, il leur est nécessaire de déclarer leur activité auprès de l'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) afin de s'acquitter des cotisations sociales. Lors de l'immatriculation auprès du Centre de Formalités des Entreprises (CFE), le code APE (Activité Principale Exercée) délivré par l'INSEE le plus adapté est le code 8690F : « Activités de santé humaine non classées par ailleurs ». [29]

¹ Définition du CNRTL de scapulaire : « Forme réduite de ce vêtement, consistant en un carré d'étoffe bénite, souvent double, orné ou non d'images pieuses, retenu par des rubans passés autour du cou et porté sous les vêtements [...] ». »

Différents modes d'entreprise sont possibles, selon les objectifs attendus. En effet, un guérisseur souhaitant exercer seul se tournera davantage vers l'auto-entreprise, quand les instituts qui proposent des formations se monteront plus volontiers en société à responsabilité limitée (SARL), par exemple.

Quelques explications complémentaires sur l'entrepreneuriat :

-la micro-entreprise, ou auto-entreprise : elle permet de payer les cotisations sociales sur la base du chiffre d'affaires réalisé. L'enregistrement est possible directement en ligne avec le choix de l'activité « guérisseur ».

-l'entreprise individuelle en nom propre (EI) : les charges sociales sont calculées sur les bénéfices, et susceptibles de varier d'une année sur l'autre.

-l'entreprise individuelle à responsabilité limitée (EURL) : même fonctionnement que l'EI mais meilleure protection du patrimoine car possibilité de déclarer un « patrimoine affecté » à l'entreprise qui sera seul mis en jeu en cas de créances.

-l'entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL, ou SARL à associé unique) : le gérant de la société détermine lui-même sa rémunération, qui sert de base au calcul des charges sociales.

-la société à responsabilité limitée (SARL) : fréquente pour le domaine de la formation, nécessité de 2 associés minimum et capital social librement fixé par les associés.

-la société par action simplifiée (SAS), ou SASU si unipersonnelle : obligation de prendre des décisions collectives au cours d'Assemblées Générales, obligation de nommer un président, mais pas de capital minimum imposé. [54]

I.2.2.1.2. Une volonté de regroupement

En France, la profession de guérisseur n'est ni strictement interdite par l'Etat ni reconnue. Il n'existe aucun diplôme officiel, et l'exercice de ces pratiques est libre tant qu'il ne se substitue pas à la médecine classique sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Qu'ils soient rebouteux, magnétiseurs, coupeurs de feu, ou autres, de nombreux tradipraticiens ont toutefois le désir d'être reconnus professionnellement par l'Etat Français. Outre l'avantage d'apporter du crédit à leur métier et de valoriser leurs pratiques, ils souhaitent également se différencier des abus, et défendre leur statut. Pour cela, il existe plusieurs moyens :

I.2.2.1.2.1. Les associations

Le cadre du milieu associatif, réglementé par la loi du 1^{er} juillet 1901 concernant les associations à but non lucratif, permet aux guérisseurs de se fédérer, d'organiser des formations, des réunions, et de diffuser leurs enseignements.

Plusieurs associations françaises existent en ce sens, comme le GNOMA, créée en 1951, par le Dr Charles Claoue, chirurgien, et Charles de Saint Savin, magnétiseur, afin de regrouper les guérisseurs de France. Elle s'étend au-delà des frontières françaises : à l'ensemble de l'Union Européenne, à la Francophonie, et à tous les ressortissants qui en font la démarche.

Les objectifs du GNOMA sont multiples, comme il est mentionné sur leur site web :

« Le GNOMA a pour but notamment :

- de convaincre les pouvoirs publics de l'efficacité des méthodes alternatives et particulièrement le magnétisme, pour le mieux-être, d'obtenir la reconnaissance de leur exercice et d'adapter en conséquence le code de la santé publique,

- de soumettre aux autorités habilitées les moyens d'apporter et de restituer le mieux-être aux personnes qui en ont le besoin, par le recours au magnétisme et aux pratiques traditionnelles et/ou naturelles dont ils réclament le libre exercice, d'assurer la représentation et les intérêts des dits praticiens auprès des pouvoirs publics et des médias,

- d'assurer la liaison entre tous les adhérents pour faire prévaloir la politique définie par l'Assemblée Générale, de permettre au malade de choisir lui-même thérapeutiques et praticiens, de favoriser les relations de sympathie et d'amitié entre les membres, et d'accroître leur solidarité,

- de diffuser leurs travaux et leurs recherches. » [55]

Par ailleurs, les membres du GNOMA s'engagent à respecter le code de déontologie de l'association (annexe 2), qui mentionne entre autres la notion de respect du secret professionnel, de respect du serment d'Hippocrate, et engage ses membres à ne jamais formuler de diagnostic, à ne jamais interrompre ni traitement médical ni chirurgical, ni suivi médical.

L'association Espérance, créée quant à elle en 1989 par Jean-Claude Collard, guérisseur, souhaite « le libre accès de chacun aux médecines alternatives et populaires qui ont fait leurs preuves depuis des siècles ». Ses objectifs sont tout d'abord « d'apporter une formation de

qualité à ceux qui se sentent la vocation de guérir », mais aussi de « défendre les médecines traditionnelles et populaires dans leur pureté ». [56]

Également, l'Union Européenne des Magnétiseurs et Rebouteurs (UEMR), depuis 1992, s'axe particulièrement sur la volonté de reconnaissance par les pouvoirs publics. Elle possède aussi son code de déontologie, qui reprend les thèmes du secret professionnel, et de la non substitution à la médecine (Annexe 3).

L'Institut Psynapse Héritage, déclaré en association, se décrit comme un « institut de formation professionnelle qui forme aux thérapies traditionnelles occidentales et orientales », incluant les « techniques éprouvées [...] telles que celles pratiquées par nos guérisseurs, appelés rebouteurs ou magnétiseurs ». L'Institut, outre la formation au reiki¹ et au shiatsu², propose une « formation rebouteurs » et une « formation d'hypno-magnétisme ». La formation rebouteurs se décompose en 10 jours avec des thèmes quotidiens : dénouage des tissus, traitement des condensations par les points « trigger » (traitement des amas sanguins), relâchement des muscles et des articulations, libération des articulations, reboutement axial, reboutement des nerfs et reboutement des viscères. L'Institut est donc déclaré en association, avec un code APE 8690F correspondant aux « Activités de santé humaine non classées ailleurs ». Cet exemple montre l'imbrication du modèle associatif et entrepreneurial pour la formation, car le fonctionnement est similaire aux « instituts » déclarés en sociétés. [57]

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des associations regroupant les guérisseurs, mais de quelques exemples qui présentent des caractéristiques communes, comme le souhait de reconnaissance de statut par les institutions officielles, notion prévalente, et le désir d'être différencié à la fois des personnes abusives, malhonnêtes, mais aussi des médecins, dont ils soulignent qu'ils ne leur substituent en aucun cas. On remarquera que les codes de déontologie rédigés par ces associations sont relativement similaires.

I.2.2.1.2.2. Les instituts de formation et écoles

Toujours dans une optique de reconnaissance, la mise en place d'un système de formations certifiantes, mais non reconnues légalement, est un fait relativement récent. Sous la dénomination « écoles » ou « instituts », il s'agit d'entreprises, enregistrées en SARL, SAS ou en EURL, qui dispensent des formations et des stages payants, souvent sur plusieurs jours.

¹ Méthode de soins non conventionnelle d'origine japonaise, fondée sur des soins dits « énergétiques » par imposition des mains.

² Méthode thérapeutique consistant à appliquer des pressions des doigts sur certains points du corps.

Le magnétisme s'y prête tout particulièrement, de par ses fondements théoriques, qui voudraient que chacun est capable de soigner à travers son propre « fluide magnétique », à condition d'apprendre à l'utiliser.

Ils sont nombreux à proposer leurs services. Parmi eux, l'Ecole Française de Magnétisme, société commerciale inscrite en SAS depuis 2013 sous le nom « Académie Européenne d'Hypnose », dispense des stages sur 2 jours de « praticien en magnétisme thérapeutique », pour la somme de 490 euros, avec à la clé la remise d'une « attestation de formation ». [58]

L'Institut Français de Magnétisme est une marque déposée de L'Institut Français du Corps et de l'Esprit (SARL SCOP, c'est-à-dire une société coopérative de production), qui dispense des sessions de formation en « praticien magnétisme ». [59]

Également la Fédération Française de Magnétisme ou Société Française de Magnétisme qui délivre des certificats de praticien magnétiseur, est une SARL enregistrée au départ en 2012 comme « Ecole Française des Médecines Douces ». [60]

L'Institut Supérieur de Rebutement, crée en 2003 par George Bergoz, explique sur son site web avoir pour vocation « d'équiper les rebouteux et les magnétiseurs dans l'âme, de l'initiation jusqu'au niveau professionnel. » Cette entreprise se divise en deux parties : l'Ecole des Rebouteux, avec une formation sur 2 ans (en 6 week-ends par an), et l'Ecole des Guérisseurs, sur 2 ans et demi. Il existe des pré-requis pour pouvoir s'inscrire, à savoir le nombre de patients reçus par semaine (un débutant recevrait donc moins de 6 patients par semaine). Il dispense des formations en « massage rebouteux, « reboutage articulaire », ou « reboutement viscéral », avec des ouvrages conseillés avant le stage, qui sont pour la plupart des atlas d'anatomie. [61]

L'absence de reconnaissance officielle aboutit à la création d'entreprises, qui permettent la délivrance de « certificats » qui se veulent professionnels et tentent d'accréditer la pratique. On constate que le magnétisme y est plus volontiers mis en valeur, mais la question qui se pose est celle du bénéfice lucratif des entreprises qui proposent ces stages et formations.

I.2.2.1.2.3. Le syndicalisme

En France, le Syndicat National des Magnétiseurs et Praticiens en Méthodes Naturelles et Traditionnelles (SNAMAP) est en activité depuis 1997, à l'initiative du Conseil d'Administration du GNOMA.

Ses objectifs sont :

« -de représenter auprès des instances locales, nationales et européennes, les professionnels du Magnétisme et les praticiens des Méthodes Naturelles, Traditionnelles et connexes du Bien-être,

-de rechercher tous moyens susceptibles d'étendre à l'ensemble de l'Union Européenne une reconnaissance officielle de ses praticiens, déjà existante en tout ou partie dans certains de ses Etats-membres,

-de défendre les intérêts professionnels, moraux et matériels de ses adhérents dans leur généralité et chacun d'entre eux en particulier,

-de veiller à un exercice professionnel digne, loyal et honnête, au maintien des principes de moralité indispensables dans l'accomplissement des professions représentées et à l'observation, par tous ses membres, des droits, devoirs et obligations professionnels inscrits dans les Statuts et le Règlement Intérieur ainsi que dans des règles édictées par le Code de Déontologie du SNAMAP, base d'un statut général qui sera proposé aux Pouvoirs Publics,

-de garantir par là même auprès de tous, leurs qualités intrinsèques,

-d'entreprendre toutes recherches permettant de connaître la nature des activités empiriques de ses membres et d'expliquer les succès incontestés qu'ils remportent dans tous les domaines qui sont les leurs, pour le bien-être de la population, tout en contribuant à la formation continue de ses adhérents,

-d'entretenir entre tous ses membres des liens de solidarité et de confraternité sincère,

-de tenir à jour un registre de ses adhérents et leur offrir la possibilité de souscrire un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle,

-d'informer les personnes intéressées par l'objet du SNAMAP par l'organisation de conférences, réunions, congrès ainsi que par la publication et la diffusion d'articles, revues et livres. » [62]

L'action du SNAMAP est dans la continuité de celle du GNOMA, avec un rôle de protection envers ses adhérents plus important, notamment avec la possibilité de souscrire à une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle. Il s'agit du seul syndicat actif regroupant guérisseurs et magnétiseurs. A titre indicatif, il existe également un Syndicat National des Radiesthésistes.

I.2.2.2. Le magnétisme, cas particulier

Le magnétiseur intervient dans le champ de la pratique syncrétiste telle que le décrit Olivier Schmitz. De développement plus récent, il appartient autant au praticien traditionnel qui va utiliser l'imposition des mains pour « rééquilibrer les énergies » qu'au néo-praticien qui souhaite s'y initier. [3]

François Laplantine, anthropologue spécialisé dans la santé et philosophe, en fait une approche différente en mettant en parallèle la similarité des gestes entre le rituel du thérapeute paysan, interprété comme une victoire en train de s'exercer sur les forces du Mal, alors que le magnétiseur manie les « fluides », ou encore le sourcier et sa baguette de coudrier face au radiesthésiste et son pendule. [30]

Si certains se découvrent doués d'un « magnétisme » fort de façon fortuite, d'autres s'appliquent à apprendre à le manier et le développer.

Le magnétisme se base sur la théorie des correspondances, qui considère que tout objet appartient à un ensemble unique. Le Dr Franz-Anton Mesmer (1734-1815) participe grandement au regain d'intérêt envers le magnétisme avec la publication de sa thèse de doctorat *De l'influence des astres sur le corps humain* en 1766, puis de *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* en 1779, dans lequel il expose ses vingt-sept propositions, qui deviendront les piliers du « mesmérisme ». Toute chose émettrait des ondes que l'on est susceptible de capter, dans une vision vibratoire du monde. Le corps humain est alors perçu comme un émetteur et un récepteur d'ondes qui le traversent, et la maladie résulterait d'un déséquilibre entre les corps célestes, la terre, et le monde animé. La recherche d'un remède adéquat se fait par syntonisation avec l'organe malade, c'est-à-dire par la mise en oscillation sur la même fréquence, à l'aide d'un pendule le plus souvent, afin de restaurer cet équilibre perdu.

Le terme de « radiesthésie » est employé pour la première fois en 1926, par l'abbé Alexis Timothée Bouly (1865-1958), sourcier et curé. Il s'agit d'un néologisme qui évoque à la fois les « rayons » et la « cryptesthésie », c'est-à-dire la perception par un sixième sens de choses ou d'événements cachés. Il sera le fondateur de l'Association des Amis de la Radiesthésie en 1929. La radiesthésie se rapporte à l'ensemble des techniques, notamment à travers l'utilisation du « pendule », qui permettent de détecter et de mesurer les ondes ou les vibrations des êtres ou des objets. Ces techniques ont pour but de canaliser le fluide, l'emmagasiner ou le transmettre à d'autres personnes.

L'abbé Alexis Mermet (1866-1937) publiera en 1936 l'ouvrage *Comment j'opère, pour découvrir de près ou à distance sources, métaux, corps cachés, maladies*, qui connaîtra un franc succès et participera également à la diffusion de cette pratique et est considéré comme le premier ouvrage de radiesthésie médicale. [63]

Le magnétiseur est un exemple de thérapeute professionnalisé, exerçant volontiers en cabinet, sur rendez-vous, ou à domicile, sa pratique est « médicalisée », presque calquée sur

celle d'un médecin libéral. Ici pas de « verbe », mais du « geste » car il utilise la technique d'imposition des mains autant pour soulager les douleurs que pour « couper le feu » en « rééquilibrant les énergies ». En ce sens il rejoint les pratiques traditionnelles puisqu'il soigne souvent les mêmes pathologies avec des gestes codifiés réalisés à distance du corps du malade. [64]

Le magnétisme fait partie du maillage des guérisseurs contemporains et rencontre une popularité non négligeable. Ses bases théoriques le rendent accessibles à tous, et nombre de guérisseurs traditionnels, tributaires du Don ou du « secret », « font » parfois également du magnétisme. [3] [25] [31]

II. Matériel et méthode

II.1. Objectifs

On constate au détour des conversations les plus anodines, que si elles dérivent vers le sujet du guérisseur, du rebouteux ou du magnétiseur, les langues se délient très rapidement. Les esprits s'échauffent, et l'aura de mystère s'épaissit. Chacun y va de sa propre anecdote, vécue ou relatée, et de son opinion personnelle. « Et toi, tu y crois ? ». Mais croire à quoi exactement ? De quoi est-ce que nous parlons ?

L'objectif principal de cette étude est de dresser l'état des lieux du monde des guérisseurs, tels qu'ils existent aujourd'hui sur la région Limousin, notamment sur des questions de pratique et de transmission.

Les objectifs secondaires sont de mieux comprendre comment s'articule le parcours de soin d'un patient entre son médecin généraliste et le guérisseur, et de mieux connaître la trajectoire individuelle des guérisseurs pour identifier plus clairement leur rôle dans le système de soins.

II.2. Type d'étude

L'approche quantitative ne permettant pas d'analyser complètement les différentes nuances qui composent la pratique du guérissage, une analyse qualitative était préférable. Elle a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, avec l'aide d'un guide d'entretien rédigé en amont.

Dans un second temps, une analyse logicielle a été faite avec le logiciel N'Vivo, logiciel d'analyse qualitative qui permet une étude descriptive et axiale des données recueillies en verbatim.

II.3. Recrutement de l'échantillon

La population cible était celle des guérisseurs, des rebouteux et des magnétiseurs, résidant sur le territoire de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

Le recrutement s'est avéré plus difficile que prévu. Plusieurs ressources d'informations ont été utilisées pour avoir un échantillon varié et représentant toute la zone géographique souhaitée. Tout d'abord le recueil des noms et des coordonnées a été fait à travers mes collègues de travail du Centre Hospitalier La Valette à Saint-Vaury (23320), et de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Beynat (19190). Ensuite, par des amis et des proches résidants en Limousin, dont les familles sont en milieu rural. Puis à travers les patients rencontrés en stage

de dernier semestre en libéral de mai à octobre 2017, sur la zone de Guéret, Beynat et Oradour-sur-Glane. Ensuite, les ressources web ont été très utiles. Les guérisseurs eux-mêmes ont contribué également à me communiquer quelques noms.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas prédéterminé. Il dépendait avant tout de leur possibilité de réalisation sur le terrain. Au total, 7 entretiens ont été utilisés pour la constitution du verbatim.

II.4. Méthode

II.4.1. Le guide d'entretien

Le questionnaire utilisé était composé d'une première partie avec sept questions fermées ou à choix multiples qui concernaient les caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées.

Elle se composait de :

- Genre du guérisseur : homme/femme.
- Age du guérisseur : réparti en 5 catégories, à savoir : moins de 30 ans, 30-44 ans, 45-59 ans, 60-74 ans, et plus de 75 ans.
- Lieu d'exercice : nom de la commune et différenciation entre milieu rural (évalué arbitrairement à < 2000 habitants), et milieu urbain (> 2000 habitants).
- Activité professionnelle principale exercée.
- Parcours scolaire, niveau d'études.
- Education religieuse : oui et laquelle, ou non.
- Travail : seul ou en réseau, et si réseau, lequel : regroupement associatif, contact avec des confrères ou autre.

La seconde partie reposait sur l'entretien semi-structuré. Cet entretien comprenait huit questions, courtes et neutres, qui permettait d'orienter la discussion, sans être strictement verbalisées dans l'ordre chronologique du formulaire.

Le questionnaire, après avoir été construit dès la formulation de la problématique, n'a donc pas été remanié puisque la parole était libre, avec quelques demandes de précisions pour permettre de répondre aux questions qui figuraient sur le questionnaire.

Il s'articulait autour de :

- Comment se déroule une consultation ?
- Quels sont les soins que vous prodiguez ?
- Comment se forme votre clientèle ?
- Pourquoi pensez-vous que les gens viennent vous consulter ?
- Etes-vous rémunéré dans le cadre de votre pratique ?
- Comment avez-vous été formé à votre pratique ?
- Quelle interprétation de la maladie et de la santé avez-vous ?
- Comment envisagez-vous la relation avec les médecins généralistes pour optimiser la prise en charge de vos patients ?

L'ensemble du questionnaire est présenté en annexe. (Annexe 4)

II.4.2. Entretien semi-dirigé

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude ont été contactés par téléphone, soit directement, soit après avoir été informés par un tiers qui leur avait préalablement demandé leur accord.

Le sujet principal de la thèse et les objectifs ont été exposés dès la première prise de contact téléphonique, sans précision sur les questions du guide d'entretien afin de ne pas biaiser la spontanéité des réponses. Il a alors été convenu d'un rendez-vous de visu, soit au domicile des interrogés ou sur leur lieu d'exercice, soit dans un lieu neutre choisi.

Les entretiens n'ont pas été enregistrés car cela était mal vécu par les interrogés, et la prise de notes écrites en continu a donc été préférée, afin de favoriser la liberté de parole. La retranscription s'est faite le jour suivant l'interview, en donnant le maximum de détails sur la formulation des réponses, avec des passages en mot-à-mot. Si l'ordre chronologique au cours de l'entretien n'a pas été respecté, il a été corrigé lors de la mise à l'écrit, tout en restant fidèle au discours.

II.4.3. Recueil des données

Les entretiens ont été retranscrits rapidement après leur réalisation, en restant le plus fidèle possible à la réalité de la discussion. Des informations complémentaires sur le lieu d'entretien, et sur la gestuelle, donc les éléments non-verbaux accompagnant le discours, ont été annotés entre parenthèses. L'anonymat a été préservé en utilisant un numéro attribué à chaque individu.

Ce recueil de données constitue le verbatim à partir duquel l'analyse a été effectuée. Un exemple de verbatim est montré en annexe. (Annexe 5)

II.4.4. Analyse des données

L'analyse des verbatims a été faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo.

II.4.4.1. Analyse descriptive

Dans un premier temps, un codage ouvert a été effectué dans le verbatim, c'est-à-dire que chaque idée émergente entraînait la création d'un code ou "nœud" descriptif. Ce nœud était réutilisé si l'idée était de nouveau retrouvée ultérieurement. A chaque code, le logiciel rattachait la citation explicite et la source de l'extrait. Enfin, chaque code était associé à un nombre de citations et de sources. Un exemple est donné en annexe. (Annexe 6)

Dans notre étude, le nombre maximal de sources était le nombre d'entretiens semi-dirigés réalisés. Le nombre de citations était variable en fonction de la récurrence de l'idée reliée.

Le codage du premier entretien a été réalisé en double aveugle avec la directrice de thèse, puis l'ensemble des nœuds extraits ont été relus et corrigés, parfois regroupés ou supprimés selon leur pertinence.

II.4.4.2. Analyse axiale

Les différents codes obtenus ont été ensuite regroupés en thèmes plus généraux pour répondre au mieux à la problématique de l'étude.

Il en est ressorti plusieurs axes de réflexion principaux, qui correspondent aux 4 thèmes de l'analyse thématique :

- la transmission et la formation,
- les pratiques, les pathologies, leur causalité,
- les relations du guérisseur avec ses malades,
- les médecins et ses confrères.

A noter que l'analyse matricielle n'a malheureusement pas été réalisée faute de temps.

III. Résultats

III.1. Présentation de la population des guérisseurs rencontrés

Au total, 7 entretiens semi-structurés ont été réalisés. 4 se sont déroulés sur leur lieu d'exercice, 2 dans un lieu public et le dernier par téléphone.

III.1.1. Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieu d'exercice des guérisseurs

Les données socio-démographiques des guérisseurs recrutés sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	SEXE		AGE					LIEU D'EXERCICE	
	Homme	Femme	< 30 ans	30-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	> 75 ans	Milieu rural	Milieu urbain
CAS 1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
CAS 2	1	0	0	0	0	0	1	1	0
CAS 3	1	0	0	0	1	0	0	0	1
CAS 4	0	1	0	0	0	0	1	1	0
CAS 5	1	0	0	0	0	1	0	0	1
CAS 6	0	1	0	1	0	0	0	0	1
CAS 7	1	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	4	3	0	1	2	1	3	3	4

Tableau 2 : Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieux d'exercice des guérisseurs

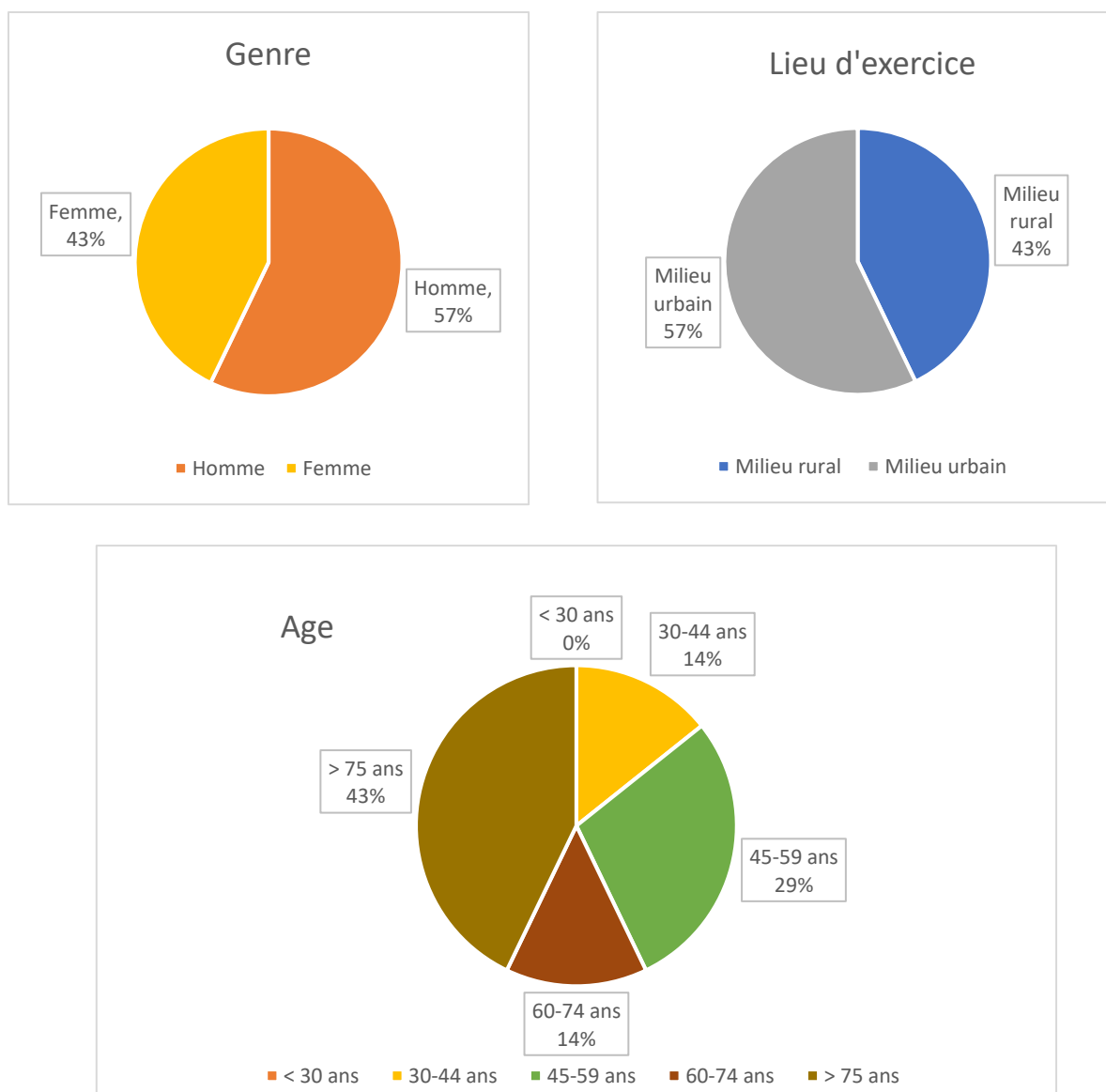


Figure 1 : Répartition des caractéristiques de genre, de lieu d'exercice et d'âge des guérisseurs

Tout d'abord, on constate que l'échantillon recruté se compose (tableau 2, figure 1) :

- majoritairement d'hommes à 57 % (4 hommes pour 3 femmes),
- d'un âge relativement avancé avec 43 % de plus de 75 ans, pour 29 % de 45-59 ans, 14 % de 60-74 ans et 14 % de 30-44 ans, et aucun individu de moins de 30 ans,
- et un exercice plus volontiers urbain que rural à 57 % contre 43 %.

III.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles des guérisseurs

	ACTIVITE PRINCIPALE	SCOLARITE
CAS 1	Rebouteuse/auto-entrepreneur	Certificat d'études
CAS 2	Retraité	Certificat d'études
CAS 3	Guérisseur/auto-entrepreneur	BEP sténo -dactylo et comptabilité
CAS 4	Retraité	Certificat d'études
CAS 5	Retraité	Baccalauréat
CAS 6	Gestion entreprise BTP/auto-entrepreneur	CAP porcelaine
CAS 7	Guérisseur/auto-entrepreneur	Etudes sup/web

Tableau 3 : Caractéristiques socio-professionnelles des guérisseurs

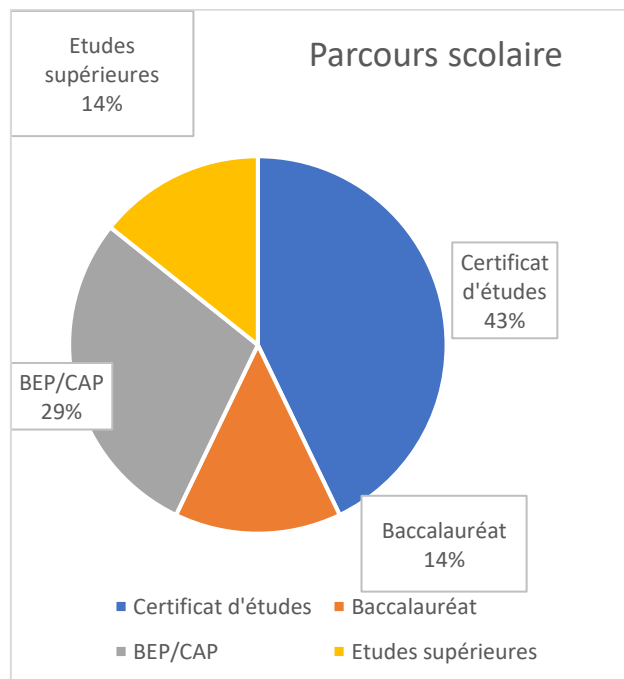


Figure 2 : Répartition des niveaux scolaires des guérisseurs

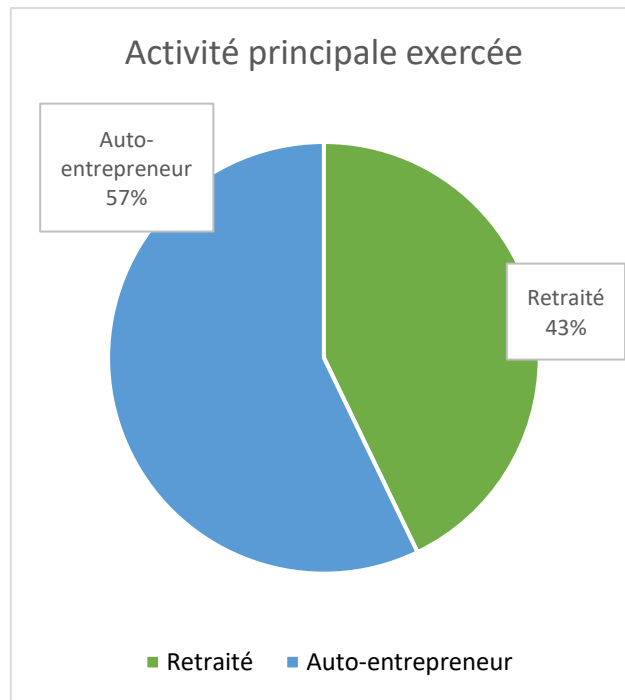


Figure 3 : Répartition professionnelle des guérisseurs

On remarque ici (tableau 3, figures 2 et 3) :

- que la plupart des guérisseurs interrogés ont un niveau certificat d'études pour 41 % d'entre eux, puis un niveau BEP/CAP à 28 %, 17 % ont poursuivi des études supérieures et 14 % un baccalauréat,

-et que 57 % sont installés comme auto-entrepreneurs pour leur pratique de guérisseur, contre 43 % déjà retraités.

Concernant leur réseau professionnel, les caractéristiques sont représentées ci-dessous (tableau 4, figure 4) :

RESEAU				
	Seul	Réseau/associatif	Réseau/confrères	Réseau/autre
CAS 1	1	0	1	0
CAS 2	0	1	0	0
CAS 3	0	1	1	0
CAS 4	1	0	0	0
CAS 5	1	0	0	0
CAS 6	0	0	1	0
CAS 7	0	0	0	1
TOTAL	3	2	3	1

Tableau 4 : Caractéristiques des réseaux autour des guérisseurs

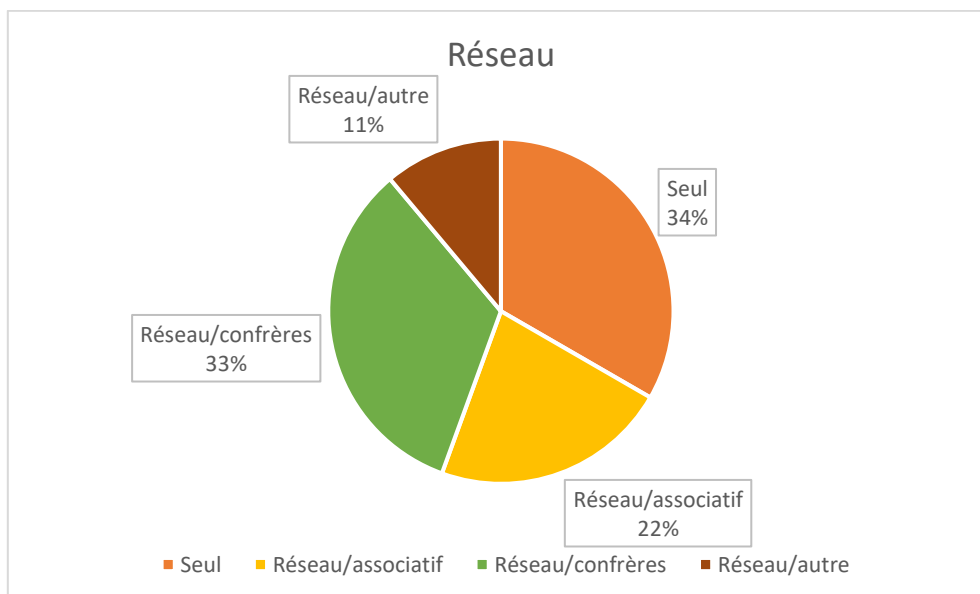


Figure 4: Répartition des réseaux autour des guérisseurs

Ici, le graphique met en évidence une répartition plutôt égalitaire entre ceux qui pratiquent leur activité de façon isolée (à 32 %), et ceux qui bénéficient d'un réseau qu'il soit associatif (à 22%) ou avec des confrères (à 33%) ou autre (à 13 %, à savoir un réseau médical et paramédical notamment).

III.1.3. Caractéristiques religieuses des guérisseurs

EDUCATION RELIGIEUSE

	Oui	Non/âge adulte	Non
CAS 1	Catholique croyant non pratiquant	0	0
CAS 2	0	0	1
CAS 3	0	Bouddhiste Christiste	0
CAS 4	Catholique croyant non pratiquant	0	0
CAS 5	Catholique croyant pratiquant	0	0
CAS 6	0	Catholique croyant non pratiquant	0
CAS 7	0	0	1

Tableau 5 : Caractéristiques religieuses des guérisseurs

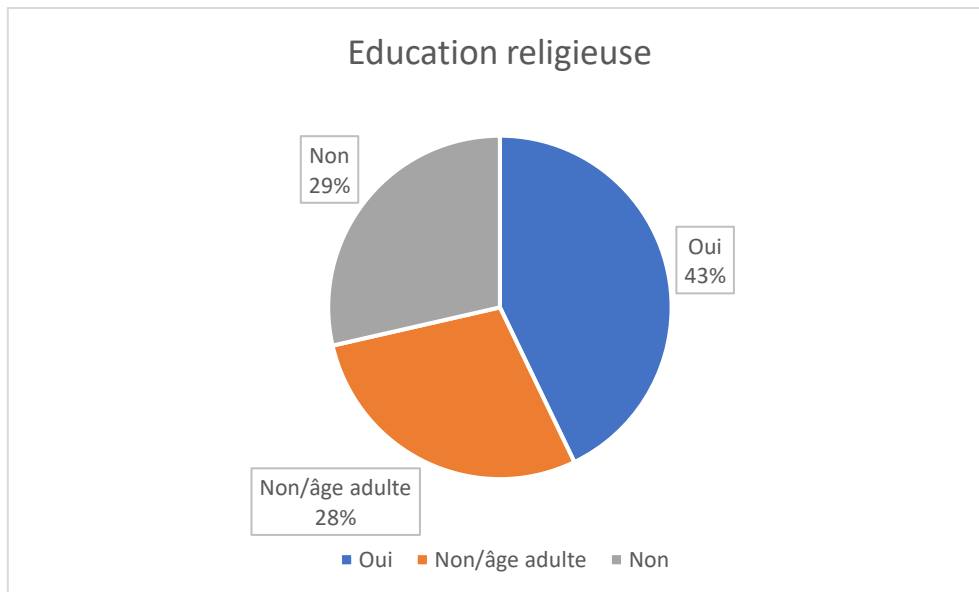


Figure 5 : Répartition des croyances chez les guérisseurs

Ce graphique (figure 5) permet de rendre compte que si 29 % des guérisseurs interrogés ne se déclarent d'aucune religion, 43 % d'entre eux sont croyants catholiques depuis l'enfance de par leur éducation, et parmi les 28 % restants qui se sont intéressés à la religion à partir de l'âge adulte, 1 guérisseur sur 2 est également de confession catholique.

III.2. Analyse descriptive

L'analyse descriptive du verbatim a fait ressortir 215 codes, retranscrits intégralement en annexe (annexe 7). Le code couleur utilisé permet une visualisation plus rapide et plus simple de la fréquence à laquelle les nœuds apparaissent (ici du jaune clair au jaune foncé pour le nombre de sources, et du bleu clair au bleu foncé pour les références).

III.3. Analyse thématique

Les 215 codes extraits ont été regroupés en 4 grandes thématiques. Les nœuds apparaissent en gras et les citations entre guillemets.

III.3.1. Ce qui se reçoit, ce qui se donne : la transmission et la formation

III.3.1.1. Hérité et héritage

Devenir guérisseur repose sur un faisceau d'événements qui amènent un individu à embrasser cette pratique.

Certains bénéficient d'une ascendance familiale connue, et savent dès leur plus jeune âge qu'ils seront peut-être amenés à reprendre le flambeau. Cette **hérité** est partagée par plusieurs d'entre eux avec donc une **transmission générationnelle** :

- « Ma petite-fille, elle a le Don », « ma grand-mère avait le Don elle aussi », « mon arrière-grand-mère l'avait », ou encore « il s'agit d'un héritage familial, ma mère et mon grand-père soignaient aussi ». La **transmission orale** est alors de rigueur : « elle m'a transmis les formules à l'oral ».

Cela induit à la fois la notion de transmission par les liens du sang, **transmission involontaire**, mais aussi celle du **Don** : « le Don c'est indépendant, ça se transmet pas volontairement ».

Toutefois il est souligné l'importance d'une **transmission générée** :

- « A la 1^{ère} fille », « dans la famille, on en est à la 4^{ème} génération de femmes avec moi ! », « je suis en train de l'apprendre à ma fille », « je transmets à ma fille », qui prendrait le dessus sur la transmission intra-familiale car « il aurait fallu qu'il passe à un homme, même si c'était pas de sa famille ! Tant que c'est le même sexe ».

Il serait donc possible d'adopter une **transmission extra-familiale**, et de façon **volontaire** cette fois car « on peut transmettre, même si c'est pas forcément à quelqu'un de la famille ». Mais toujours en respectant certaines règles, en plus de celles liées au genre : **celles liées à l'âge** des participants à la passation car il faudrait « toujours transmettre vers quelqu'un de plus jeune, sinon ça marche pas ».

Il existe donc des **règles avec des sanctions** si elles ne sont pas respectées lors de la transmission, comme le consentement de l'impétrant guérisseur :

- « J'ai connu un guérisseur, donc un homme, il a essayé de former sa petite-fille pour qu'elle reprenne son affaire, et les choses ont mal tourné... elle voulait pas, et puis elle a quand même essayé, et finalement elle s'est suicidée ! »

-Ma petite-fille, elle a le Don. C'est elle ! Mais ça l'intéresse pas donc je l'embête pas avec ça. En plus, comme elle est métisse, son Don, il est bien plus fort que le mien ! » avec une précision apportée concernant l'**influence de la couleur de peau** sur la puissance du Don.

L'**influence de la pratique d'un guérisseur unique** sur l'efficacité est aussi notée car « c'est plus fort quand il y en a plus qu'un qui fait ».

Il est des guérisseurs qui n'avaient ainsi **pas d'ascendance** particulière : « je n'ai pas d'hérédité familiale », mais pas toujours non plus de descendance directe. Soit par absence de successeur familial, soit tout simplement car ils pensent qu'il n'y a **pas de transmission**, ou parce qu'ils exercent « sans avoir la prétention de transmettre ce Don ».

Quant à ceux qui lèguent leur héritage, le choix conscient du néo-guérisseur se fait selon sa **capacité d'assimiler**, qui devient donc un **critère d'éligibilité**, sur un mode de **transmission non universelle** : « je ne peux pas le transmettre à tout le monde ».

On comprend alors que ne devient pas forcément guérisseur qui veut.

III.3.1.2. La question du Don

On vient de constater les nombreuses références au **caractère inné du Don**, qui évolue de manière intra-familiale et garant d'efficacité thérapeutique.

Cette notion est controversée chez les guérisseurs qui ne se déclarent pas tous tributaires d'un Don quelconque, notamment chez les magnétiseurs qui considèrent que « le magnétisme c'est universel, mais les gens apprennent ou non à s'en servir. [...] Ce n'est pas un don. »

L'**universalité du magnétisme** et celle de la **capacité à soigner** en général restent des idées récurrentes :

- « Tout le monde en est capable »,
- « Je pense que tout le monde a la capacité mais il faut le vouloir et aller chercher au fond de soi ».

III.3.1.3. La révélation

Que le développement de l'individu qui se meut en guérisseur **début** dans l'enfance :

- « Je me suis rendu compte que j'avais le Don vers 5 ans », « à 4-5 ans j'avais déjà une baguette à la main pour chercher les sources ! », « depuis l'enfance » ou « depuis tout petit ».

Ou plus **tardivement** :

- « C'était il y a 15 ans », « j'ai eu une révélation en 1991, à 33 ans et 33 jours exactement », « j'avais environ 40 ans ».

Il est souvent de **découverte fortuite** : « pour m'amuser », « d'instinct », « sans m'en douter », et peut faire suite à un événement de vie traumatique, relié à une certaine **proximité avec la mort**, qui devient un **facteur déclenchant** vers la révélation de la capacité de soin :

- « Après avoir fait une méningite »,
- « J'ai fait un gros problème de santé. J'ai fait une péritonite perforée, j'ai failli y passer »,
- « Suite à une dépression »,
- « Mon père est tombé malade et j'ai reconsidéré les choses. Je me suis dirigé complètement vers la relation de soin ».
-

Avec une place importante que joue la **tierce personne révélatrice**, et qui va amorcer ou non le début d'une trajectoire initiatique individuelle :

- « J'ai su un jour par une voyante que j'avais le Don »,
- « Il sentait chez moi un magnétisme important
- « J'en ai parlé à un ami qui m'a conseillé d'aller voir un médium. [...] Je l'ai rencontrée et elle m'a prédit ma vie sur plusieurs années, et tout s'est réalisé ».

Cette aptitude au soin est donc parfois perçue par les guérisseurs avertis comme une aura, synesthésiques¹. Le guérisseur qui **ressent le Don chez autrui** va avoir du mal à expliquer ce qu'il perçoit précisément si ce n'est : « je ressens si les gens sont capables », ou « je ressens chez un de mes fils une certaine capacité ».

De l'autre côté des **individus peuvent ressentir leur propre magnétisme** sans se l'expliquer et vont se tourner vers le guérisseur pour obtenir des réponses, et ce malgré le **scepticisme** dont ils peuvent faire preuve au départ : « j'étais sceptique, j'ai refusé ».

¹ Définition du petit Larousse du terme synesthésie : « association spontanée par correspondance de sensations appartenant à des domaines différents. »

III.3.1.4. Se former

Si la **tradition** joue un rôle majeur car « c'est comme ça qu'on m'a appris », et que l'**absence de formation** particulière est remplacée par une **pratique empirique** :

- « J'ai jamais été formée », « je n'ai eu aucune formation particulière »,
- « Je l'exerce naturellement », « j'ai vraiment commencé à 18 ans en pratiquant ».

Cela n'exclue pas l'acquisition individuelle de compétences théoriques complémentaires comme l'**apprentissage de l'anatomie**, ou de **notions biomédicales** :

- « J'ai appris tous les noms des muscles, des os, des nerfs... »
- « J'envoie les gens au toubib pour faire la prise de sang pour l'acide urique et la vitesse de sédimentation, vous connaissez ? ».

Ou avec l'aide d'un tiers, que ce soit un **apprentissage auprès de religieux** : « j'ai fait de nombreux entretiens avec des curés, qui m'ont formé », ou par des **formations plus encadrées** comme l'**apprentissage du magnétisme** qui peut se faire « en école » sur des **formations longues** parfois « pendant 5 ans », même si par la suite ils ne font **pas obligatoirement de formations ponctuelles**.

Certains construisent une **formation très hétéroclite**, comme ceux qui se **forment à la tradition corse des Signadore**, ou en **thérapies esséniennes**, qui reposent sur des techniques énergétiques globalisantes, mais encore lors de **voyages** et des rencontres qu'ils y font et qui viennent agrémenter leurs connaissances.

Les guérisseurs et ceux qui pratiquent le magnétisme en particulier deviennent aussi **formateurs** auprès de leurs successeurs :

- « Il y a aussi des gens qui viennent car ils le ressentent et ils ne comprennent pas, alors je les initie au magnétisme », mais aussi au moment des transmissions intra-familiales comme vu précédemment, car « je suis en train de l'apprendre à ma fille ».

III.3.2. Les pratiques, les pathologies, leur causalité.

III.3.2.1. Les pratiques

III.3.2.1.1. Premier contact avec le guérisseur

En Limousin, difficile de ne pas trouver quelqu'un qui ne connaisse pas de guérisseur, que ce soit directement soit via une personne tierce.

Le **bouche-à-oreille** est un outil majeur dans le processus déclencheur de cette démarche, puisque la totalité des guérisseurs rencontrés étaient connus majoritairement par ce biais-là :

- « Des gens qui ont entendu parler de moi en bien »,
- « Ils entendent parler de moi par d'autres gens qui leur donnent mon numéro. »

La confiance attribuée à la tierce personne qui oriente est à double sens, autant envers le malade qui lui demande les coordonnées que du côté du guérisseur qui accepte de le rencontrer. Ainsi le **cercle proche reste prioritaire**, puis évolue « de proche en proche » :

- « Je soigne d'abord les proches et les connaissances ».

Ce qui induit des relations de **fidélité** avec « des gens qui me connaissent qui reviennent ».

Pour ceux qui ne bénéficient pas de ce réseau, certains guérisseurs modernisés ont monté leur propre page en ligne : « j'ai mon site ». Le **contact via leur site web** reste relativement **peu fréquent** : « peu par le site web », « par Internet seulement 10 % », même si cela leur permet d'être plus facilement accessibles.

III.3.2.1.2. La consultation

III.3.2.1.2.1. Les modalités de consultation

III.3.2.1.2.1.1. Le lieu

Certains guérisseurs **travaillent à domicile** exclusivement, ils n'ont **pas de local dédié** particulier et reçoivent les malades chez eux.

Le choix de la pièce utilisée est conscient mais varie, puisqu'on rencontre ceux qui **excluent la chambre** pour la pratique de leurs soins, et ceux qui justement **travaillent dans leur chambre** pour être plus au calme, même si « le mieux c'est dehors ».

Cela peut donc se dérouler « ici, à la maison », « dans cette chambre », « chez moi », ou à l'opposé « jamais dans la chambre » mais toujours « dans un endroit non public ». La chambre confère alors un espace d'intimité et de sacré où le soin est accepté ou rejeté.

D'autres guérisseurs ont en revanche un **local dédié** à leur activité qui est professionnalisée : « dans mon cabinet, « j'ai donc un local que je loue ».

Il est toutefois possible pour les guérisseurs de s'affranchir complètement d'un lieu attitré puisqu'ils peuvent pour la plupart **travailler à distance** :

- « Ils ont pas besoin d'être présents forcément pour que je les soigne »,
- « Je n'ai pas besoin de les toucher »,
- « Je fais aussi à distance », « je peux travailler à distance ».

La **présence physique du patient n'est pas nécessaire** grâce notamment à l'utilisation d'objets de transfert comme les photographies :

- « Je peux travailler à distance sur photo », « je fais sur photo », ou aussi « par téléphone ».

Il leur arrive également de se déplacer directement au domicile de leurs patients en **visite**, voire d'être amenés à effectuer des **visites hospitalières** sur demande des patients ou des médecins. Leurs visites peuvent être sectorisées ou parfois plus **lointaines** :

- « Je me déplace », « je vais parfois à l'hôpital, et à domicile chez les patients, « je peux me déplacer ».

III.3.2.1.2.1.2. Le temps

La gestion du temps se fait sur un mode de fonctionnement médicalisé : **horaires fixes** et **mode de consultation sur rendez-vous** sont fréquemment rencontrés :

- « Je ne reçois que sur rendez-vous. Un peu le matin et soir », « uniquement sur rendez-vous », mais les horaires fluctuent car certains déclarent « je n'ai pas d'horaires ».

La **durée est très variable** pour une consultation, puisqu'elle dépend du motif et des soins prodigués, mais aussi de la pratique de chacun :

- « Le temps de consultation ça change », « ça dure entre 5 minutes et 1 heure, même si 1 heure c'est rare ! », « une séance [...] dure quelques minutes », « ça dure pas vraiment longtemps, peut-être un quart d'heure », ou parfois « presque 1h au final », « la consultation dure au moins une heure, voire deux heures », et « la consultation dure environ une heure ».

Et ce en faisant preuve de **disponibilité** aussi car ils travaillent parfois « six jours sur sept ».

III.3.2.1.2.1.3. La patientèle

Concernant le volume de travail, le **nombre de patients par jour est variable** et difficile à estimer car il dépend évidemment du guérisseur, du temps qu'il accorde à chacun et de la façon dont son activité s'articule.

La **patientèle est variée**, sans qu'il existe une patientèle-type clairement identifiée :

- « Je soigne tous les corps de métier »,
- « Ma patientèle est composée à 30 % de thérapeutes, des médecins, des kinés... »

III.3.2.1.2.2. Le déroulement de la consultation

On constate un **déroulement médicalisé du soin**, avec un premier temps d'interrogatoire, puis un second temps de soin :

- « La consultation commence par l'interrogatoire », « ensuite on fait la séance de soins ».
- « C'est seulement après ce moment d'écoute que je passe au soin proprement dit ».

III.3.2.1.2.2.1. La parole et le non-verbal

Les guérisseurs accordent une grande **importance à l'écoute** de leurs patients, à la qualité du **dialogue** qui s'instaure.

Si les questions ne sont pas toujours formulées explicitement comme pourrait le faire le médecin, la technique de communication non-verbale d'**écoute active** est favorisée :

- « On discute beaucoup, donc je dirais presque 1h au final »,

- « Je prends le temps de l'écoute, qui est la première partie et la plus longue, la plus importante [...]. Je passe donc beaucoup de temps à écouter »,
- « L'écoute est primordiale »,
- « En écoutant la nature de leurs maux, leur douleur ou leur souffrance, de leur propre bouche ou rapportés par leurs proches, c'est un premier travail d'écoute. »

Certains ont exploré la **psychanalyse**, mais aussi acquis des **notions de psychologie** : « j'ai beaucoup lu ! Surtout de la psycho. »

De plus, le guérissage est la combinatoire d'un rituel qui relie le pouvoir du geste à celui du verbe. Les **formules**, les **prières**, murmurées ou récitées intérieurement avec ce qu'elles véhiculent de symbolique, de magique et de secret, viennent renforcer le mystère autour de la pratique :

- « Il y a aussi les prières, il y en a plusieurs selon le motif », qui sont « transmises à l'oral ».

III.3.2.1.2.2.2. Les gestes

La main du guérisseur concentre toute sa puissance thérapeutique. Qu'il empoigne ou se tienne à distance, elle est souvent son principal outil de travail.

Par « imposition des mains », ou **aposition des mains** est une **méthode** fréquente :

- « C'est surtout par l'imposition des mains », « je fais l'imposition »,
- « Je mets ma main sur la tête et l'autre main à 15-20 cm du corps »,
- « Je commence par mettre ma main au-dessus de la tête au niveau du « chakra coronal » ou « centre coronal », puis je fais, comme ça, des mouvements avec la main gauche du haut de la colonne vers le bas, sans toucher ».

La main peut être aussi plus ferme lors de pratiques de **reboutement**, car le guérisseur va maintenir et diriger les zones endolories pour les soulager, ce qui sera réalisé directement en **présence du patient** puisqu'il s'agit d'une technique manuelle :

- « Je remets en place, tout doucement... le secret c'est qu'il faut pas forcer mais il faut guider l'os pour le remettre dans l'axe »
- « La plus grosse partie c'est la manipulation physique, je m'occupe des fractures, des entorses, des problèmes de genou, de ménisque, les sciatiques... tout ce qui est osseux »,
- « Je reboute s'il y a des sciatiques... ».

La prise en charge des brûlures thermiques ou secondaires à la radiothérapie a été souvent évoquée. Le **barrage de feu**, où le guérisseur **encercle le « mal »** pour le circonscire avant

de passer à l'offensive en effectuant des **signes de croix** autour ou sur la zone à traiter, parfois en utilisant des prières de façon conjointe confère une puissance symbolique importante au geste. Ici, le patient n'a pas forcément à être physiquement présent :

- « Je coupe le feu », « je peux couper le feu », « je barre aussi le feu », « je suis aussi barreur de feu »,
- « En mettant de l'eau froide en amont de la brûlure environ 20 cm et en descendant très progressivement puis je fais le « souffle froid » sur la brûlure », on retrouve l'utilisation du souffle, que ce soit le **souffle froid** ou le **souffle chaud** selon les situations et parfois même de la salive du guérisseur, qui augmenterait le pouvoir thérapeutique du rituel.
- « On fait une séance de soins par séance de rayons puis une dernière pour nettoyer ».

III.3.2.1.2.2.3. Les outils

Selon les pratiques, les guérisseurs peuvent **utiliser des instruments si nécessaire** : « si j'ai besoin », mais parfois ils n'ont simplement **pas de matériel spécifique** : « j'ai pas de matériel particulier. »

Lorsque les outils sont mis à profit, ils sont choisis en fonction de la pratique et des objectifs du rituel mis en place.

Ainsi, ceux qui reboutent, qui manipulent les membres vont se servir de **matériel d'immobilisation** : « je fais des bandages et des attelles », « après je maintiens par une attelle ».

L'usage d'une **pharmacopée multiple** se retrouve plutôt par l'application locale de plantes avec des cataplasmes et des « compresses avec des plantes » : « il y en a plein, ça dépend... ». Il n'a pas été fait mention au cours des entretiens d'emprunts au monde minéral et animal à visée thérapeutique, ce qui n'exclue pas qu'ils puissent être également usités.

Ceux qui travaillent à distance vont pouvoir utiliser des objets de transfert comme des **photographies** le plus souvent, ainsi que le **pendule**. Le pendule est répandu aussi chez les magnétiseurs qui sont alors radiesthésistes, mais aussi chez les **sourciers**, qui vont eux aussi se servir d'autres outils comme les **baguettes**.

La **baguette de coudrier** peut être brûlée par ceux qui adressent aux **Bonnes Fontaines** les malades qui viennent leur en faire la demande :

- « Pour le matériel, je me sers juste d'une baguette de coudrier que je fais brûler pour adresser aux Bonnes Fontaines, mais ça, c'est encore autre chose ! »

Les procédés divinatoires ensuite permettent une large diversification des dispositifs : le pendule toujours, mais aussi la **boule de cristal**, et les **cartes**, car certains ont des dons de **médium** :

- « Je suis médium, je vois des mots, des phrases, c'est comme un déclic »,
- « Je ressens des flashes avec des dates au contact des gens ».

Côté thérapeutique, la lithothérapie trouve aussi une place avec les **pierres** comme matériel de soin car « tout peut aider ! », mais également l'**aromathérapie**, l'**hypnose** « en dernier recours », la **méditation** et plus rare le **tambour chamanique** pendant la consultation :

- « Comme matériel, je me sers essentiellement d'un tambour chamanique. »

III.3.2.1.2.3. La question de la rémunération

On constate deux manières différentes d'appréhender la question financière liée à la pratique du guérissage.

D'une part les guérisseurs qui ne sont **pas rémunérés** :

- « J'exerce gratuitement », « je ne suis pas rémunérée » et donc qui dispensent leurs soins « sans aucun objectif de rétribution », mais qui parfois acceptent d'être **rémunérés en nature** avec du « vin », des « fleurs » ou des « chocolats...alors là ça va ».

Ou qui considèrent que **toute rémunération annule l'efficacité** de leurs soins :

- « Ça annule tout », ou encore qu'elle serait suspecte de **charlatanisme** : « je trouve que ceux qui font payer, ce sont des charlatans ! ».

Et d'autre part, ceux qui après avoir exercé des **métiers antérieurs différents**, parfois très éloignés de leur pratique actuelle :

- « J'ai travaillé dans la porcelaine, dans l'imprimerie beaucoup »,
- « J'ai travaillé une quinzaine d'années dans le web »,
- « Je travaillais aux Galeries à Paris, et le patron m'avait fait installer un petit local sous les grands escaliers, ou je recevais les filles qui s'étaient fait mal ».

Se sont installés en tant qu'**auto-entrepreneurs** et ont **professionnalisés** leur pratique pour exercer cette **activité à plein temps** :

- « J'ai fini par m'installer en tant que guérisseur »
- « J'ai fait comme ça longtemps avant de devenir rebouteuse tout le temps ».

Mais aussi ont conservé les deux et ont donc **deux métiers simultanés** :

- « Je me suis installée dès que j'ai pu, même si je travaille pour mon mari à côté », même si leur **pratique de guérissage est restée continue** : « jamais je n'ai arrêté de pratiquer », mais **secrète** toutefois : « c'était pas normal pour tout le monde alors pour en parler je mettais du temps avant de bien connaître les gens pour leur dire. »

On comprend bien que dans ces cadres-ci la **rémunération financière**, qu'elle soit **fixe** ou modulable selon la situation des patients et les **déplacements** effectués, permet au guérisseur de vivre de son activité et de s'y consacrer.

III.3.2.1.2.4. Le suivi

Il arrive qu'une **consultation unique** suffise : « pas besoin de revoir les gens », « une fois c'est réglé ».

Mais parfois **plusieurs consultations** peuvent s'amorcer :

- « Il faut plusieurs fois », « parfois il y a besoin de plusieurs séances », « l'idéal c'est de faire 2-3 séances », avec un **suivi si besoin** adapté au cas : « pour ce qui est de les revoir après, c'est pareil ça dépend du problème ».

Voire des **soins quotidiens si c'est nécessaire** :

- « Je les soigne tous les jours », « je le leur fais tous les jours ».

Et parfois des « exercices simples, à faire à la maison » comme avec la méditation, et qui participent à l'**éducation du patient** à sa santé.

III.3.2.1.3. Ce qui est ressenti

Si la **pratique peut être fatigante psychologiquement** pour le guérisseur qui est confronté à la mort et à la maladie, elle n'en reste pas moins une passion qui peut aussi leur procurer une grande **satisfaction personnelle** :

- « Ça me procure une grande satisfaction », « une grande joie ou satisfaction quand je réussis dans mon action ».
- « Les fractures c'est vraiment mon truc ! C'est ce que je préfère faire. » qui témoigne d'un véritable **attrait pour le reboutement**.

Au moment du soin, le **guérisseur peut ressentir des sensations physiques** qui traduisent l'intensité de ce qu'il réalise :

- « Quand je soigne, je sens l'énergie », « j'ai des sensations physiques »,

Ou qui signent le **succès du soin** : « à la fin de la séance, il y a un déclenchement physique qui me signe que ça a fonctionné, c'est souvent le ventre qui gargouille, ou un bâillement. »

Avec un **ressenti du soin agréable** : « on fait la séance de soins, qui est un moment de détente, de bien-être. On ressent des sensations physiques au moment du soin...du chaud, du froid... ».

Le guérisseur peut toutefois traverser des perceptions plus désagréables si par erreur il **prend le mal**, c'est-à-dire qu'il attire vers lui les maux du malade qu'il soigne.

Le **patient expérimente lui aussi des sensations physiques** lors du soin, avec un **soulagement qui peut être immédiat** ou différé, mais aussi des impressions de froid ou de chaud :

- « Mes patients me disent qu'ils ressentent ma chaleur, et qu'ils sont soulagés immédiatement »,
- « Il y a toujours un pic de douleur après, parce que ça agit ».

III.3.2.2. Pathologies prises en charge par le guérisseur

Les thérapeutes traditionnels n'ont pas la prétention de garantir la **guérison** à leurs malades, ils **soignent les symptômes** « avant tout » et constatent que « le mot « guérir » « fait peur » autant qu'il nourrit l'espoir.

Les **motifs variés** de recours au guérisseur recouvrent autant des **motifs psychologiques** que physiques :

- « Pour tout ! »,
- « Je soigne de nombreux problèmes »,
- « Ça dépend de pourquoi ils me demandent, il y a de tout »,
- « Les pathologies sont très variées ».

Les **problèmes cutanés** occupent une place importante, notamment chez ceux qui barrent le feu, avec la prise en charge des « brûlures », de la « syphilis », de « l'eczéma », des « zonas » ou du « psoriasis » et des « verrues plantaires ».

Les **problèmes articulaires**, les **problèmes de rachis**, d'**entorses**, de **fractures** ou de **squelette** de façon plus globale sont également des motifs récurrents de consultation chez le guérisseur : « sciatiques », « mal de dos », « douleurs articulaires », « tendinites », « arthrite », « arthrose », « problèmes de genou, de ménisque », font partie de leur quotidien.

Parfois sont traités les **problèmes oculaires** comme « les chalazions », ou les **problèmes uro- digestifs** comme « les cystites »,

ou les « maladies liées au ventre, les maladies auto- immunes comme la maladie de Crohn ».

Les guérisseurs sont également confrontés à la mort et au **cancer**, car il leur arrive d'être sollicités pour soulager les symptômes des **radiothérapies** et des **chimiothérapies** :

- « Je soulage les effets secondaires des chimiothérapies, des radiothérapies... »

C'est le soulagement de la **douleur** qui revient souvent au premier plan, de la « souffrance », physique mais aussi morale, bien que le terme de « dépression » soit rarement énoncé clairement. Il est évoqué « d'autres problèmes, de moral, tout ça... » ou « des burn-out », des « tocs » et des « phobies ».

Connaître le **motif de consultation n'est pas une condition nécessaire au soin** cependant car un guérisseur évoque :

- « Je préfère quand les gens ne me disent pas pourquoi ils viennent, je n'ai pas besoin de savoir pour pratiquer un soin. »

III.3.2.3. Causalités

III.3.2.3.1. Interprétations de la causalité : pourquoi est-on malade ?

Quant à l'interprétation de l'origine de la maladie par les guérisseurs, elle reste finalement très cartésienne. On note l'importance des **maux liés à l'âge** et l'**interprétation de l'arthrose** qui lui est associée :

- « Il y a l'âge, l'usure »,
- « Le problème c'est l'acidité à l'intérieur de l'articulation à cause de l'acide urique, qui abîme les articulations et c'est ça qui fait mal ».

Une « mauvaise hygiène de vie », l'**alcool**, le **tabac** et la **sédentarité** leurs paraissent des vecteurs majeurs de pathologies :

- « Si on fume, si on boit et tout, je pense que ça vient beaucoup de là »,
- « On fait pas gaffe ».
- Ils dispensent donc parfois des conseils sur les **règles hygiéno-diététiques** de base, comme le fait d'encourager « à l'activité physique » par exemple.

L'**origine psychosomatique de la maladie** est souvent évoquée, avec une pratique du guérissage adaptée en conséquent :

- « Je pense que la maladie est une manifestation psychosomatique de tout ce qui a été refoulé ou intériorisé avant »,
- « Il y a l'aspect psychologique, il faut enlever la colère, le vécu qui est douloureux, et se détacher des mauvais sentiments »,
- « Je pense qu'une maladie, c'est à 98% psychologique, par déséquilibre psycho-énergétique. Il faut aider à exprimer des émotions intra-utérines ».

La **recherche de la causalité des maux** permet de prendre en charge les symptômes collatéraux :

- « J'amène à chercher la cause »,
- « L'eczéma par exemple qui est alimenté par le stress...et bien on cherche la cause du stress ».

III.3.2.3.2. Et les théories associées : comment est-ce qu'on guérit ?

Les guérisseurs n'ont pas tous une idée franche de la manière dont leur pouvoir thérapeutique agit. Ils constatent souvent seulement les retours de leurs malades et les sensations qu'ils éprouvent, et n'y associent **pas d'interprétation** spécifique :

- « Je n'ai pas d'avis particulier », « l'interprétation, ça me dépasse », « je ne sais pas comment ça marche ! ».

Si certains considèrent « qu'il faut « croire en quelque chose » pour que ça marche », la **croyance comme condition nécessaire** à l'efficacité n'est pas unanime :

- « Je pensais qu'il fallait être baptisé pour pouvoir être soigné, et puis en pratiquant, je me suis rendu compte que ça changeait rien ! », « je pense pas qu'il y ait un vrai rapport ». Il n'y aurait donc **pas de lien immuable entre la religion et la pratique** du guérisseur.

En revanche les **interprétations du magnétisme** ne manquent pas et rejoignent les **théories fluidistes énergétiques**, qui perçoivent le corps comme traversé et sensible à des **mouvements de fluide** responsables de déséquilibres internes de **polarités**, négatives ou positives, et qu'il faudrait rééquilibrer pour parvenir au **soulagement** voire à la guérison :

- Le **magnétisme**, « c'est le don de combattre »,
- « On le reçoit de la couronne solaire et on le redonne. [...] On rééquilibre les gens en leur enlevant leur magnétisme négatif et en les rechargeant en magnétisme positif. »
- Cela fonctionnerait par « passage d'ondes magnétiques par les mains » qui permettraient « d'évacuer le magnétisme négatif » et de « recharger en magnétisme positif ».

Ainsi, le « thérapeute énergétique » va effectuer « un soin de l'intérieur vers l'extérieur ». Un « soin énergétique » consisterait « à rééquilibrer le pH du corps » :

- « La forme pensée est une entité énergétique qui s'amarre dans le corps, et le soin est en fait la libération des formes pensées. Je me branche en quelque sorte sur la bonne fréquence énergétique, sur un canal qui va apporter de l'énergie qui stimule les fonctions de guérison. Comme une « onde de vie » qui activerait la guérison. »

Avec la mise en **relation de l'anatomie et de la théorie énergétique**, et de nombreuses **notions d'anatomie** :

- « Le principe c'est que c'est le lobe pariétal qui est le centre qui enregistre la douleur, et la glande pinéale qui a le contrôle du cerveau, comme un troisième œil. En régulant la glande pinéale, ça agit sur le centre de la douleur. »
- « Et là, je stimule la thyroïde ».

On remarque aussi des emprunts à la médecine orientale avec des références aux **chakras** et l'utilisation des **mudras**, voire au **chamanisme** car le « déséquilibre psycho-énergétique » pourrait être régulé par « un travail de rééquilibrage des chakras, qui guident les émotions » :

- « Je dirais que ce que je fais, c'est de la **médecine quantique progressiste**. »

Le **magnétisme serait efficace sur les plantes et les animaux**, mais serait en revanche **bloqué par les objets métalliques**, qui **contre-indiquent cette pratique** chez les malades concernés puisque le port de « piles ou de corps étrangers » induisent un « risque de dérèglement ».

A noter que la pratique du magnétisme est aussi applicable aux objets, et notamment aux domiciles qui seraient traversés eux aussi par des champs magnétiques, parfois cartographiés comme avec le **réseau de Hartmann et Curie**, et que ceux qui s'y emploient sont alors des **géobiologues**.

III.3.2.3.3. « Prendre le mal »

La maladie, la douleur se rejoignent sous une même entité : « le mal », qui est dynamique et circule entre les individus qui **prennent le mal**, le gardent ou le renvoient :

- « Je prends le mal sur moi, parfois jusqu'à me sentir mal », « sous peine de garder le mal », « Je prends le mal. Je le sens car j'ai des sensations physiques ».

Qui oblige les guérisseurs à **utiliser des protections** pour se mettre à l'abri car il est important pour eux de **savoir ne pas prendre le mal** :

- « J'utilise toujours des protections », « ne pas oublier d'ancrer ses pieds à la terre, et le haut de sa tête au ciel, comme ça, ça protège »,
- « Pour ça j'ai deux méthodes : soit me recharger auprès d'un arbre, après avoir uriné et m'être lavé les avant-bras, avec un chêne en bonne santé de préférence, et je l'entoure de mes bras avant de me retourner et de « rouler » tout autour pour mettre tout mon corps en contact. Soit dans un ruisseau, en me déchaussant et en mettant son pied droit vers le sens par lequel l'eau arrive, et le pied gauche dans le sens où l'eau repart. »
- « Pour commencer, je me lave toujours les mains, puis je fais l'imposition, et je me relave les mains après sinon je garde le mal. »

A la fois en tant qu'outil mais aussi fort de la symbolique et du rattachement à la terre et au sacré, à quelque chose d'ancré : on remarque l'**importance de la nature** avec le **rôle prépondérant de l'eau** et des arbres qui préservent l'individu.

On constate la présence d'une thématique de **conjuraction** ou le Bien et le Mal s'affrontent et dans laquelle le guérisseur intervient afin de rétablir un équilibre. Le **mauvais œil** n'est jamais très loin et se retrouve responsable des afflictions les plus diverses :

- « C'est signe de mauvais œil », « je m'occupe également de conjurer le mauvais œil ».

III.3.3. La relation du guérisseur avec ses malades

Il apparait que la relation que les guérisseurs construisent avec les personnes qui leur demandent de l'aide se base sur une confiance mutuelle, il doit s'agir d'une **demande active de la part du malade**. C'est une **relation d'aide** dans laquelle ils jouent un **rôle de support** :

- « Mais être soignant, c'est d'abord être vers les autres, aider », les guérisseurs sont présents pour « aider à supporter », « aider le plus et le mieux possible ».
- « Je suis là comme soutien ».

Ces guérisseurs, dévoués, ressentent un **besoin impérieux d'aider**, un sentiment d'accomplissement à exercer leur pratique :

- « Si je ne travaille pas, si je n'aide pas, je ne me sens pas à ma place ».

Ils font preuve de **dévouement** car « toute personne qui vient chercher de l'aide doit la trouver », et se définissent eux-mêmes comme une **aide complémentaire**, « en complément », sans se substituer au médecin :

- « Je suis juste là en plus si besoin ».

La notion de **dernier recours** lors de la demande de soin auprès du guérisseur est ressentie autant par les guérisseurs que par les malades qui viennent à eux :

- « On est un peu le dernier rempart, la dernière porte de sortie ».

III.3.4. La relation du guérisseur avec le médecin et ses confrères

III.3.4.1. La relation guérisseur-médecin

Les guérisseurs rencontrés mettent tous de la distance entre leur activité et celle du médecin, et en particulier du médecin de famille qui est confronté à un quotidien similaire, face à des demandes variées et imprévisibles le plus souvent.

Ils **se différencient du médecin** et soulignent le fait qu'ils n'émettent **pas de diagnostic** tout en accompagnant la même patientèle, et parfois au même moment :

- « Je suis pas médecin moi », « je ne fais pas de diagnostic ».

Ils **respectent le traitement médical** déjà mis en place :

- « Il ne faut jamais arrêter un traitement médical », « il ne faut pas arrêter les médicaments », ou encore « je n'arrête jamais les traitements du médecin ! »

Le **respect du médecin** et la reconnaissance de son **importance** délimitent encore les différences entre les professions :

- « C'est très important de voir son toubib ! Tout le monde a besoin ! »,
- « Je respecte tout ce qu'il me dit »,
- « Moi j'en sais rien je leur dis de continuer et que c'est pas mon domaine et si ils ont des questions c'est à leur médecin qu'il faut demander ».

Cette attitude de retrait face au médecin n'empêche cependant pas leurs interactions de se dérouler. Si les **interactions discrètes** sont de mise, elles se font volontiers par le biais des patients qui sont **adressés par leur médecin** :

- « Parfois c'est les toubibs qui me les envoient ! »,
- « Les toubibs, par ici, ils me connaissent tous, et moi je les connais, alors dès qu'ils ont besoin ils m'envoient des gens »
- « Et il y a des médecins généralistes qui m'envoient les zonas. Et les rayons aussi. »

Dans un « circuit souterrain » ou médecin et guérisseur ne communiquent pas directement :

- « C'est les gens qui me disent qu'ils leurs ont conseillé de me voir »,
- « Ils parlent de moi au patient et c'est lui qui vient ! »

Les guérisseurs même s'ils sont donc avant tout **sollicités par le patient** peuvent également **l'être par le médecin**, voire directement par l'hôpital :

- « Parfois je vais à l'hôpital sur demande des médecins »,
- « L'hôpital m'appelle parfois quand ils n'y arrivent pas sur les hémorragies ! Alors je fais et ça passe » (il s'agit ici d'**arrêter le sang** selon le terme employé par les guérisseurs),
- Quitte à se déplacer sur place : « quand je vais à l'hôpital ».

La **relation au médecin** est donc bilatérale puisque les guérisseurs n'hésitent pas à **adresser au médecin** les patients **si besoin** lorsqu'ils sentent que **leurs limites sont atteintes** :

- « Moi aussi je leur envoie quand je sens qu'il y a besoin »,
- « J'adresse toujours les gens au médecin dès que possible »,
- « Si je sens un problème, je n'hésite pas à renvoyer au spécialiste »,
- « Quand c'est comme ça j'envoie les gens au toubib », ou encore « Et moi je leur envoie aussi. [...] Et prendre des cachets car moi, contre ça, je peux rien faire ! »,
- « Je réadresse ailleurs aussi les gens qui veulent arrêter le tabac ».

Un des guérisseurs se sentait néanmoins rejeté par la médecine officielle, et perçu comme une **concurrence à la médecine** : « comme une dangereuse concurrence », avec une **diabolisation du magnétisme** qu'il pratiquait car « c'est une sorte d'hérésie ».

La **dévalorisation** de son travail était un frein à ses relations avec les médecins qui le considèrent selon lui « comme une aimable plaisanterie ». Il en pensait que « la relation avec la médecine traditionnelle est quasi impossible à l'heure actuelle », mais concédait une certaine **ouverture de la médecine au magnétisme** récente :

- « Le monde médical commence à peine à s'entrouvrir à ce domaine ».

Et si les **interactions sont rares**, « la plupart du temps en catimini », des **rencontres avec les médecins** arrivent :

- « Je les rencontre quand je vais à l'hôpital surtout. Sinon j'ai beaucoup travaillé avec le Pr Descottes à Limoges. »

Avec l'existence d'un **travail avec un réseau médical et paramédical**, collaboratif et au service du patient qui est la pierre angulaire de la relation entre les trois participants, le médecin, le guérisseur et le malade :

- « J'ai un réseau de médecins, de psychiatres, de psychologues »,
- « C'est un circuit souterrain, et ils me renvoient souvent des patients »,
- « Je travaille avec un réseau de médecins notamment ».

III.3.4.2. La relation du guérisseur avec ses confrères

Les interactions entre thérapeutes traditionnels seraient en fait relativement rares, certains n'ont absolument **aucune relation avec d'autres guérisseurs**, car ils n'en connaissent parfois tout simplement pas :

- « Des guérisseurs, j'en connais pas d'autres que moi ».

Mais même lorsqu'ils se connaissent, les échanges restent distants, voire méfiants :

- « Les autres guérisseurs je les connais aussi, je les vois pas beaucoup ».
- « Il y en a un qui vient d'arriver, et bien il est même pas venu se présenter ! Enfin on verra bien... »

La **relation distante avec les autres guérisseurs** n'est cependant pas une généralité, puisque certains se regroupent en associations, notamment via l'**association GNOMA**. Certains des guérisseurs interrogés possédaient des **répertoires, informatisés** ou sur carnets avec les coordonnées de chaque autre confrère et des médecins avec qui ils travaillent.

IV. Discussion

IV.1. Validité interne

Le choix de la méthode qualitative a été fait pour permettre d'étudier les comportements et les sujets dans leur environnement et ainsi observer l'émergence de nouvelles données.

Cette démarche de recherche qualitative, issue des sciences sociales, est la plus adaptée ici puisqu'elle permet d'explorer des phénomènes non quantifiables, des comportements, des expériences personnelles mais aussi le ressenti et le vécu des individus. [65]

Cette étude présente de ce fait tous les biais liés à cette technique.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Pour cela plusieurs procédés peuvent être utilisés :

- La triangulation : de la technique de recueil des données, qui n'a pas pu être réalisée dans cette étude car l'enregistrement audio des entretiens était soit refusé soit logistiquement impossible et les notes manuscrites ont été préférées. La triangulation des sources de données ne s'appliquait pas à la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec un seul investigateur et un seul participant à chaque séance.

- Le codage du verbatim en double aveugle : qui a été respecté car le premier entretien a été codé en double aveugle avec l'aide de la directrice de thèse, l'ensemble des codes extraits ont été ensuite comparés pour être harmonisés, soit modifiés soit supprimés, après accord mutuel et pour permettre une analyse pertinente et la plus complète possible.

Les critères d'inclusion des participants étaient : la reconnaissance du statut de guérisseur par les interrogés, leur lieu d'exercice en Limousin, et leur accord pour l'entretien.

La taille de l'échantillon empêche de statuer sur une éventuelle représentativité de la population des guérisseurs limousins mais cela n'est pas nécessaire en recherche qualitative et c'est l'analyse des données jusqu'à saturation qui a guidé l'arrêt de l'inclusion. Il n'était alors pas obligatoire de calculer le nombre de sujets nécessaires.

En recherche qualitative, l'objectif n'est pas de recruter un échantillon statistiquement significatif et caractéristique de la population cible, et sachant que la difficulté première résidait ici dans la recherche de cette population, les entretiens ont été menés sur des personnes avec des profils les plus variés possibles.

La méthode de l'entretien semi-directif avec analyse logicielle présente plusieurs avantages :

- il laisse le participant s'exprimer au cours d'un échange dynamique où toutes les idées peuvent être verbalisées,
- il permet d'explorer les facteurs sociétaux, comportementaux et les expériences individuelles,
- toutes les informations peuvent être prises en compte et codées avant d'être analysées.

Mais aussi des biais qui sont indissociables de la recherche qualitative :

-un biais de sélection : la problématique première a été de recruter l'échantillon. Les individus recrutés étaient difficiles d'accès de par leur pratique de guérisseur parfois souterraine, et d'autant plus en n'étant pas reconnue moi-même comme « du coin ». Nous disposons parfois d'informations partielles avec des noms sans coordonnées et inversement, il est arrivé également qu'on refuse de me recevoir tout simplement, par manque de temps ou par gêne. Les participants étaient tous donc volontaires et curieux.

-un biais d'intervention : lors des entretiens, il est arrivé que la discussion s'égare et digresse et il a fallu parfois recentrer sur les questions liées au guide d'entretien sans toutefois le respecter stricto sensu, ce qui a pu induire une certaine direction dans le dialogue. La demande de reformulation et d'explications complémentaires ont été les plus brèves possibles mais ont également participé à orienter les participants.

-un biais d'information : les données des dialogues sont déclaratives avec donc un biais de déclaration par omission ou maladresse bien que les échanges aient été spontanés. La retranscription par écrit dans le même temps que l'entretien est également source d'imprécisions, même si le verbatim a été respecté au mieux et que la réécriture a été faite au décours de l'entrevue.

-un biais d'interprétation : que ce soit dans la façon de poser les questions qui a peut-être influencé les participants, dans la retranscription des entretiens ou dans l'analyse des données ensuite par logiciel, il existe un biais d'interprétation qu'il a fallu limiter par le codage en double aveugle qui ne montraient pas de réelle discordance, et par la rédaction rapide des données verbales.

IV.2. Validité externe

IV.2.1. Les débuts du guérisseur limousin : la transmission, la formation.

A travers notre étude, il en ressort plusieurs éléments qui rendent compte de la diversité des guérisseurs limousins.

On retrouve dans les débuts initiatiques à la fois la transmission des « secrets » chez quelqu'un possesseur d'un Don préalable, mais aussi une transmission indépendante d'un Don ou l'absence totale de transmission.

La transmission est alors :

- Soit générationnelle, par transmission orale de manière volontaire ou involontaire via le « Don », notion controversée chez les guérisseurs et qui renvoie à une capacité innée à soigner et qui différencie de « l'homme normal » ceux qui le possède, et répond à certaines règles de transmission notamment genrée ou d'âge,
- Ou extra-familiale,
- Ou inexistante si le guérisseur développe seul sa pratique car cette habilité est universelle et il ne dépend que de la volonté de l'individu de la développer.

Le début du parcours d'un individu vers cette pratique peut commencer dès l'enfance ou à l'âge adulte, souvent au décours d'un traumatisme, de façon fortuite ou suite à une rencontre avec un tiers annonciateur.

Puis vient le moment de la formation auprès d'un tiers (guérisseur-mentor, écoles ou formations) ou seul, avec une pratique empirique majoritairement et des apports hétéroclites : apprentissage de l'anatomie, du magnétisme, ou encore de notions biomédicales.

IV.2.2. Les pratiques, les pathologies et leur causalité

IV.2.2.1. Les pratiques

Le bouche-à-oreille est le moyen le plus fréquent de rentrer en contact avec le guérisseur limousin, qui est connu ainsi de proche en proche et qui priorise les gens qu'il connaît déjà ou dont il connaît les « proches annonceurs ». Certains des guérisseurs rencontrés, notamment les auto-entrepreneurs possèdent un site web propre qui permet aussi quelques contacts.

Les guérisseurs de cette étude travaillent soit de façon « médicalisée » : horaires fixes, prise de rendez-vous, grille de tarifs, et consultation dans un local dédié. Ou de façon plus traditionnelle : à domicile ou chez les malades, avec une rémunération en nature variable.

Ils sont tous capables de travailler à distance, et certains effectuent des visites plus ou moins lointaines, et parfois hospitalières.

Le travail à distance ne donne pas toujours lieu à une discussion prolongée, il suffit parfois seulement d'un prénom, d'un nom ou d'une photographie, qui établit le lien entre le guérisseur et le malade.

Leur pratique s'articule souvent en deux temps :

- Un temps de parole, d'écoute active,
- Puis un temps de soin constitué d'une combinaison variable entre un rituel manuel (aposition des mains, terme moins agressif que « imposition » car il n'est pas question d'imposer quelque chose à quelqu'un, mais aussi reboutement, signes de croix ou de cercle, usage du souffle) et un rituel oral (prières, formules répétées trois fois par exemple).

La recherche de la causalité des maux pour prendre en charge les symptômes collatéraux n'est pas sans rappeler la démarche d'un médecin, et le guérisseur adopte donc une attitude clinique avec démarche diagnostique puis thérapeutique.

De nombreux outils sont utilisés : pendules, baguettes, et photos sont récurrents, mais aussi le recours à une pharmacopée tenue secrète.

Le suivi n'est pas toujours nécessaire mais selon les motifs il arrive que plusieurs consultations se succèdent.

Toutes ces informations sont retrouvées dans la bibliographie et développées en introduction, ce qui démontre une certaine uniformité chez les guérisseurs en France. Il n'a pas été retrouvé de discordances entre les données littéraires et les données recueillies sur le terrain.

IV.2.2.2. Pathologies

IV.2.2.2.1. Les pathologies prises en charge par les guérisseurs de notre étude

Du côté des thérapeutes de notre étude, à la question du « pourquoi » les gens venaient les consulter la réponse s'est orientée chaque fois naturellement vers les motifs bruts avec les pathologies concernées mais pas au trajet qui avait mené les malades jusqu'à eux.

Les motifs étaient donc très variés, psychologiques ou physiques avec la prise en charge de problèmes rhumatologiques et dermatologiques au premier plan, mais aussi les effets secondaires des thérapeutiques liées au cancer, chimiothérapie et radiothérapie, et le soulagement de la douleur quelle que soit son origine. Ils précisaient qu'ils prenaient en charge les symptômes de la maladie principalement et pas forcément la guérison au sens d'une disparition totale du trouble.

Pour compléter ce travail il aurait été intéressant de mener une étude auprès des patients des guérisseurs et de comparer les données sur le même terrain d'étude, mais quelques pistes existent dans la bibliographie :

IV.2.2.2.2. Motivations et motifs de recours au thérapeute parallèle

Quelques éclairages concernant les motivations du recours au thérapeute parallèle sont apportés dans l'étude du Pr Pascal Cathebras, *Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme*, menée dans deux services de médecine interne de la région stéphanoise, l'un situé dans un hôpital universitaire, et l'autre dans une ville de 50 000 habitants éloignée d'une cinquantaine de kilomètres.

Des questionnaires étaient distribués aux patients qui les remplissaient de façon anonyme ou non. Cent vingt questionnaires ont été exploités. Il ressort de cette étude que plus d'un patient sur deux (67/120, soit 56%) avoue avoir recours au moins épisodiquement aux médecines parallèles, et 42% (50/120) y ont recours de manière habituelle.

Il est décrit plusieurs catégories d'initiation du recours, qui sont différentes des motifs réels de consultation, à savoir :

- l'expérience positive d'un membre de l'entourage (62%, soit 36/58),
- la multiplication des chances de guérison (41.5%, 24/58),
- la crainte des effets secondaires des médicaments classiques (21%, 12/58),
- le meilleur contact avec les thérapeutes alternatifs (13%, 6/46),
- et l'absence de confiance envers le médecin (1.7 %, 1/58).

Il met également en relief les motifs de non-recours à la médecine parallèle pour les raisons suivantes : l'inefficacité (6%, 3/53), le charlatanisme (4%, 2/53), mais surtout l'absence d'occasion (66%, 35/53) et la confiance en la médecine (49%, 26/53).

Aussi, la différence est faite entre les motifs de premier recours et ceux des recours subséquents : le premier recours intervient dans une recherche de soins curatifs et les recours ultérieurs dans un désir de prévention, d'écoute, de sécurité, de compréhension et de recherche de sens.

On peut opposer à ce moment le recours pragmatique à la quête existentielle, philosophique ou culturelle. [1]

A noter les biais à prendre en compte quant à la lecture de ces données, comme le caractère hospitalier exclusif du recueil des données et le faible nombre de questionnaires utilisés.

Motifs de recours	
Expérience positive d'un membre de l'entourage	62 %
Multiplication des chances de guérison	41.5 %
Crainte des effets secondaires des médicaments	21 %
Meilleur contact avec le thérapeute alternatif	13 %
Absence de confiance envers le médecin	1.7 %

Motifs de non-recours	
Absence d'occasion	66 %
Confiance envers la médecine	49 %
Inefficacité	6 %
Charlatanisme	4 %

Figure 6 : D'après l'étude de P. CATHEBRAS

Une étude en Grande- Bretagne a été menée sur 268 patients, et a mis en relief vingt raisons susceptibles de conduire les patients vers les thérapies non-conventionnelles au sens large, incluant l'ostéopathie, l'acupuncture et l'homéopathie.

Ils ne proposent pas de catégorie spécifique au recours au guérisseur, mais étant donné qu'il s'agit également d'une forme de thérapie alternative, nous pouvons imaginer que les motifs de recours sont semblables, sans statuer quant aux statistiques qui en ressortent. [66]

<u>20 motifs de recours aux thérapies alternatives</u>
1- Car le traitement conventionnel ne s'est pas avéré efficace sur mon problème
2- Car le traitement conventionnel que j'ai reçu était trop pénible
3- Car le traitement conventionnel que j'ai reçu avait des effets secondaires
4- Car je pense que la médecine conventionnelle a trop d'effets secondaires
5- Car je pense que la médecine conventionnelle est inefficace
6- Car mon médecin n'a pas compris mon problème
7- Car j'ai trouvé difficile de parler avec mon médecin
8- Car mon médecin ne m'a pas consacré assez de temps
9- Car j'ai été convaincu de venir par un proche
10- Car il était plus facile d'obtenir un rendez-vous avec un thérapeute alternatif
11- Car j'ai une relation plus égale avec mon thérapeute alternatif qu'avec mon médecin
12- Car je pense que les thérapies complémentaires seront plus efficaces
13- Car je pense que les thérapies complémentaires me permettent d'être plus actif dans ma prise en charge
14- Car j'apprécie d'être pris en charge dans ma globalité
15- Car je me sens relaxé après les séances de thérapie complémentaire
16- Car l'explication de ma maladie par le thérapeute alternatif a du sens pour moi
17- Car j'apprécie les formes de thérapie qui incluent le contact physique
18- Car je pense que les thérapies alternatives sont plus naturelles
19- Car les thérapies alternatives sont moins coûteuses
20- Car je suis désespéré et que j'essaierai tout

Figure 7 : D'après l'étude de A. FURNHAM et C. VINCENT

IV.2.2.2.3. Et au guérisseur en particulier

Pour revenir au guérisseur limousin et à son impact au sein du réseau de santé, l'attrait qui le caractérise auprès de ses patients peut être compris par le spectre de l'opposition récurrente qui en est faite face à la médecine officielle.

On assiste à une dichotomisation de deux structures soignantes virtuellement opposées : le médecin, ayant fait de nombreuses années d'études, savant, scientifique, voire austère et déshumanisé, pratiquerait une médecine mutilante et technologique, et le guérisseur, « qui ne peut pas faire de mal » serait vecteur de pratiques ancestrales, naturelles, et respectueuses du malade dans sa globalité. [67] [25]

Le guérisseur perçu en tant « qu'homme du peuple », est sur un même pied d'égalité avec le souffrant qu'il rencontre, il parle le même langage que lui, non médicalisé, contrairement au médecin qui est d'emblée considéré comme faisant partie d'une classe sociale différente, plus aisée, et qui ne serait pas à-même de considérer l'ensemble des problèmes rencontrés par les membres d'une communauté. Le décalage socio-culturel envers le soignant est donc réduit lors de l'interaction avec le guérisseur, qui crée un contexte de soin différent, avec la mobilisation d'un arsenal médico-psychologique et religieux au service du patient qui le

sollicite. Il devient alors non pas un « réparateur » mais un intermédiaire privilégié dans le déroulement d'un processus qui trouve son origine ailleurs. [67] [25]

Les travaux du Pr Jean-Marie Léger, psychiatre, mettent en relief les lacunes de la médecine actuelle comme vecteur de recours au guérisseur. La médecine officielle représentant un modèle abstrait, avec un raisonnement objectif et rationnel au sein duquel tout aspect affectif ou émotionnel est suspect et doit être rejeté, la relation médecin-malade qui en découle en est alors éprouvée.

Le motif de recours principal auprès du guérisseur, selon lui, repose d'abord sur l'inefficacité totale ou partielle des méthodes orthodoxes. Bien que rarement sollicité seul dès le départ, le guérisseur le sera plus volontiers après le pharmacien, et si le soulagement attendu ne se produit pas à l'issue. Le recours simultané au guérisseur et au médecin lui apparaît cependant comme l'itinéraire le plus fréquent.

Le rejet de la médecine officielle devient collatéral de l'exercice actuel avec deux éléments prépondérants : une clientèle importante limitant le temps consacré au malade, qui accentue les difficultés d'un abord psychologique lors de la prise en charge, et les moyens scientifiques quantifiant les processus biologiques qui diminuent l'importance de la clinique et restreignent encore le contact avec le patient.

Ceci aboutit à la délivrance d'ordonnances non personnalisées et ubiquitaires, qui éloignent le patient du médecin. La relation médecin-malade est également altérée par les contraintes administratives liées au remboursement des frais par la Sécurité Sociale, la complexité du système fait que le recours au guérisseur peut paraître parfois plus simple.

Le guérisseur évolue donc dans un contexte différent, il propose une action personnalisée par son approche du corps non morcelé et non mécaniste. Son intervention est rarement directe mais médiatisée via un ensemble de symboles à la signification accessible au reste de sa communauté. Le guérisseur existe comme consensus social implicite et a comme « fonction de compenser les défaillances possibles du système officiel avec lequel il est en relation dialectique ». [67]

Michèle Bertrand, psychiatre, évoque, quant à elle, le fait que la configuration régionale du Limousin influe sur le recours au médecin ou au guérisseur, puisqu'en 1900, il n'existe qu'un pharmacien et un médecin par canton, soit accessible à deux heures à pieds et une heure en voiture parfois. Cet éloignement du médecin, accentué par les difficultés de communication de l'époque, mais aussi le coût jugé onéreux de la consultation médicale, sont autant de facteurs qui amènent les populations rurales à se tourner plus volontiers vers le guérisseur en premier lieu à cette période. [5]

Une étude menée en Limousin montrait qu'il n'existait pas de profil particulier de clients de guérisseur mais d'une part les clients occasionnels, les plus nombreux (à 84 % de l'échantillon), ayant recours au médecin en premier sauf pour ce qui concerne la petite traumatologie, ainsi que les affections cutanées, les douleurs post-zostériennes, rhumatismales, les convulsions, ou les manifestations psychosomatiques. D'autre part, les

clients réguliers du guérisseur, qui sont suivis en parallèle par leur médecin et dont la personnalité présenterait « quelques traits pathologiques avec une nette prédominance de l'anxiété ». [68]

Le phénomène guérisseur apparaît donc comme un système compensateur établi par une communauté au profit de ses membres pour atténuer les déficiences liées au maintien de la santé. [67]

IV.2.2.3. Causalités et interprétations de la maladie et de la santé

IV.2.2.3.1. Les interprétations des guérisseurs de l'étude

Dans notre étude, les guérisseurs interrogés considéraient la maladie soit comme une rupture d'équilibre de l'homme avec un ensemble plus vaste constitué d'énergies, ou soit comme une rupture avec lui-même par des désordres internes d'origine psychologiques avec un retentissement somatique.

Ensuite seulement venaient la maladie et la douleur comme conséquences d'une mauvaise hygiène de vie ou de l'âge. La guérison était rarement évoquée et était préférée la notion de soulagement des symptômes par des ressorts d'efficacité thérapeutique qui étaient majoritairement inconnus en dehors des thérapeutes qui expliquaient « rééquilibrer » les énergies de leurs malades.

Dans notre étude, la fréquence de l'évocation du « mauvais œil » et de la pratique de conjuration explicitement formulée ont retenu notre attention. L'importance de la circulation du « mal » qui se « prend » et se rejette est citée presque unanimement par les guérisseurs interrogés, qui utilisent des protections et des rites pour s'en prémunir.

Il paraissait important d'y revenir pour développer cette notion de dynamique du « mal », à travers la théorisation de la santé mais aussi par quelques explications concernant les pratiques de sorcellerie moderne.

On constate que si certains tiennent un discours cartésien similaire au discours hippocratique médical, on voit d'autres théories qui émergent de cette étude : énergies déséquilibrées, mauvais œil, origine psychosomatique.

La problématique est la suivante : la médecine dite populaire et la médecine officielle divergent-elle dans leurs fondements théoriques ? A quoi correspond le mauvais œil ? La sorcellerie est-elle un phénomène toujours actuel ?

IV.2.2.3.2. Qu'est-ce que la santé ?

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'apparition de l'entité « maladie » dans la vie d'un individu le fait basculer du champ de la normalité vers la marge. Marge corporelle, morale mais aussi sociale puisqu'il ne sera pas toujours à-même de poursuivre une activité professionnelle et de constituer un membre actif de sa communauté de vie. La maladie induit un comportement d'allure obsessionnelle chez le malade qui l'expérimente et qui va rechercher la guérison, la disparition de ses maux, pour rétablir l'homéostasie qui le rend « normal » à nouveau.

La santé est une « valeur interne essentielle de l'individu normal qui n'en fait une préoccupation actuelle importante que lorsqu'il l'a perdue ». La recherche de cette santé va mobiliser toutes les ressources qu'il a à sa disposition et qui dépendent donc du contexte socio-culturel qui l'entoure. Sa quête se situe ensuite sur deux niveaux : à la fois une demande affective émotionnelle avec un besoin d'être rassuré et de donner un sens à cette expérience (pourquoi ?), et une demande intellectuelle pour comprendre « comment ». [5] [69]

La diversité des médecines répond à la diversité socio-culturelle « d'un monde dont chaque société, chaque groupe, propose sa version », comme l'explique David Le Breton, professeur en anthropologie et sociologie. Les participants, qu'ils soient thérapeutes ou patients, ne font que choisir, modifier ou écarter les méthodes qui leur sont présentées en fonction de leur propre vécu et de leur contexte culturel. Les concepts de maladie, de souffrance et de guérison ne peuvent être extraits du milieu dans lequel évolue l'individu. [11] [70]

Les critères de santé et de la maladie dépendent pour le souffrant de repères qui lui sont propres à un moment présent de « malade » : un référentiel passé (avant la maladie) et un référentiel futur (quand je serai guéri).

IV.2.2.3.3. Modèles étiologiques et thérapeutiques

François Laplantine distingue deux grandes « constellations étiologico- thérapeutiques » qui diffèrent dans leur théorisation de la maladie et de la guérison :

IV.2.2.3.3.1. La maladie est un élément étranger et hostile et la guérison sa jugulation allopathique

Ce premier groupe d'interprétation spatialise la maladie, elle la localise à une zone du corps, un organe et la thérapeutique correspondante repose sur l'affrontement entre deux principes antagonistes. La maladie est une entité exogène qu'il faut repérer, nommer et juguler par une thérapeutique qui se doit pour être efficace d'être plus puissante, plus agressive. Il s'agit d'un modèle ontologique de nature physique avec un dualisme cartésien qui sépare le corps de l'esprit. C'est une médecine centrée sur la maladie.

La pratique médicale actuelle est une médecine pastorienne avec la théorie microbienne qui correspond à ce type de modèle, mais qui est commun également au « cérémonial d'exorcisme chrétien, aux pratiques médico-religieuses des sectes guérisseuses, à la pratique du guérisseur traditionnel, à la prescription de la pharmacopée populaire, et au rituel du « leueur de sort » ». [71]

L'individu est alors déresponsabilisé de sa pathologie qui est due à un « responsable coupable » (la bactérie, le mauvais œil par exemple) et va aller demander réparation à un tiers. La nomination d'un mal renvoie à l'idée que la maladie est une entité que l'on acquiert « en plus » extérieure à l'individu, c'est le modèle additif de la maladie.

Ce pôle conceptuel articule à la fois les modèles exogènes, ontologiques et additifs de la maladie et de la santé. [71] [30] [41] [72] [73]

IV.2.2.3.3.2. La maladie vient de l'intérieur et la guérison est une action régulatrice

Le deuxième groupe interprétatif perçoit la maladie comme un dysfonctionnement, une rupture de l'homéostasie avec des thérapies basées sur une activité de régulation puisque la maladie est une rupture d'équilibre qu'il faut rétablir. La maladie est un « processus de compensation et d'adaptation naturelle » et la responsabilité de celle-ci est attribuée à l'individu lui-même, elle est interne : c'est un modèle endogène.

C'est une médecine basée sur l'homme malade, un modèle relationnel ou fonctionnel autant en termes physiologiques, psychologiques, cosmologiques et sociaux.

Cette vision de la maladie est ainsi partagée autant par les médecins homéopathes que par les tradipraticiens adhérant à la théorie fluidiste énergétique comme les magnétiseurs.

Ici ce pôle combine modèle endogène et relationnel mais pas nécessairement un modèle soustractif (la maladie est « quelque chose » que l'on perd) car l'individu conserve sa globalité et il fait partie d'un « tout ». [71] [30] [41] [74]

IV.2.2.3.3.3. La médecine populaire et la médecine officielle

On comprend ici que l'opposition entre médecine savante et populaire est en fait fictive car médecins ou guérisseurs peuvent adhérer à l'une ou l'autre des théorisations étiologico-thérapeutiques et c'est le malade qui est seul décisionnaire de s'adresser au praticien qui lui correspond.

Un des points communs qu'ils partagent est celui en revanche de la dépendance totale du patient envers le soignant qui le prend en charge, qui consent à une part de soumission au moment où il demande de l'aide.

La spécificité des médecines dites populaires est d'apporter une interprétation complémentaire totalisante et de répondre à la question du « pourquoi » et non pas du « comment » qui correspond à l'approche médicale scientifique. Le « déplacement des interprétations des causes » et des « processus de la maladie vers les raisons ultimes invoquées » apporte finalement une « réponse intégrale à une série d'insatisfactions » du malade. [5] [71] [30] [41] [45]

IV.2.2.3.4. Quand il s'agit de magie

IV.2.2.3.4.1. La pensée magique

La pensée magique est une « expression qui désigne la croyance que certaines pensées pourraient provoquer l'accomplissement des désirs ou empêcher des événements ou des problèmes ». [75]

Pour mémoire, il s'agit d'une forme de pensée abstraite, qui coexiste avec une pensée concrète chez tout individu et ce à partir de l'adolescence. La pensée concrète se rattache aux apparences, aux choses, aux formes.

Elle associe des événements uniquement parce qu'ils se déroulent dans un contexte donné, et valorise donc l'immédiat et la proximité.

La pensée magique, quant à elle, défie les lois normales de la causalité. Cette forme de pensée est retrouvée chez les enfants, dans certaines cultures primitives, mais aussi dans des troubles de la personnalité comme la personnalité schizotypique.

Elle se raccroche plus au contenu, au fond, avec des mécanismes de symbolisation, d'analyse, de déduction ou de généralisation qui permettent l'intellectualisation des expériences. [76]

Les conduites magiques constituées lors du développement infantile s'estompent ensuite de manière plus ou moins prononcée sous l'influence des règles éducatives du rationalisme.

Ainsi la pensée magique, qui correspond à la couche la plus archaïque et la plus profondément enfouie de la stratification psychologique, tend à réapparaître à l'occasion d'une déstabilisation de la conscience.

Les conduites magiques, et pathologiques parfois, qui en découlent sont une manifestation de régression à ce stade de la « pensée magique pré -logique », décrite notamment par Lucien Lévy-Bruhl, sociologue, anthropologue et philosophe. Sa réactivation a une fonction de défense face à l'angoisse suscitée par une situation de crise et des faits difficiles à expliquer. [77] [78]

Claude Lévi-Strauss, anthropologue et ethnologue, considère que ces deux formes de pensée, science et magie, sont utilisées de façon préférentielle selon les sociétés et les événements et jouent en réalité un même rôle qui consiste à établir une communication entre les individus du groupe.

La pensée magique est alors une « gigantesque variation sur le thème du principe de causalité », et elle véhicule une exigence de « déterminisme plus impérieuse et plus intransigeante, et que la science peut, tout au plus, juger déraisonnable et précipitée ». [79]

Si « la science n'est que l'apanage de quelques-uns, l'universalité des conduites magiques devient l'expression d'une pensée symbolique qui permet à tous de participer à cet échange ». Alors la structuration des pratiques par les règles et le rituel, et l'adhésion du groupe social à

ces croyances sont des garants de sa cohésion et finalement de l'existence même de ce groupe. [80]

Dans le prolongement de Lévi-Strauss, Marcelle Bouteiller, anthropologue et philosophe, étudie les systèmes de rapports et les structures mentales de la pensée mythique. Elle explique que la pratique magique n'a de sens qu'au sein d'un système de rapports structurés, induits par la pensée de l'Homme qui « s'efforce de classer le Cosmos et de le rationaliser par une répartition en catégories, empreintes à la fois de souvenirs d'observations d'ordre expérimental et d'interprétation affective ».

Ces rapports structuraux s'expriment en intégrant « chaque élément de l'Univers, céleste et terrestre, animé et inanimé, dans un tout ordonné et solidaire, opposant les facteurs antithétiques à seule fin de marquer leur rôle complémentaire ». On rejoint alors les cosmologies dualistes mises en évidence dans les croyances paysannes. [45]

La pensée magique est une notion qui n'a pas été explicitée au cours des entretiens mais elle fait partie de la dynamique qui articule la pratique du guérissage et dont les guérisseurs ne semblent pas avoir entièrement conscience.

IV.2.2.3.4.2. La dynamique de sorcellerie

IV.2.2.3.4.2.1. Quand il s'agit d'envoûtement...une lutte entre les forces du Bien et du Mal

Le Larousse définit la sorcellerie comme une « pratique magique en vue d'exercer une action, généralement néfaste, sur un être humain (sort, envoûtement, possession), sur des animaux ou des plantes (maladies du bétail, mauvaises récoltes, etc.) » ou comme une « croyance qui prévaut dans certaines sociétés ou groupes sociaux, selon laquelle certaines catégories de malheurs peuvent être attribuées à l'action malveillante et invisible d'individus. » [81]

Jean-Paul Malaval, écrivain, fait remonter les origines de la sorcellerie en Limousin vers 600 après J-C mais surtout au XIII^e siècle avec l'évangélisation du royaume qui se heurte à ces pratiques. La sorcellerie est d'abord le reflet d'une révolte contre les forces de l'église en tant que parole sacro-sainte qui valorise les puissants et les nantis, « contre la morale officielle qui prêche la soumission ». Il la définit comme la « tentative de sublimation de l'être social en marge d'un pouvoir assis ».

Le rite sorcier apparaît comme une « religion inversée » née pour « surmonter la fatalité » qui « revendique la nécessité de transgresser la loi divine et s'attaque à la morale rédemptrice ». Elle forme une unité culturelle à partir d'éléments de la fantasmagorie populaire. [35]

Elle en est devenue une conception de la maladie comme étant due à un « principe étranger introduit dans le corps » et produite par des puissances occultes manipulées. S'ensuit une lutte effective matérielle à l'intérieur du corps avec l'affrontement des forces fastes ou néfastes, du Bon et du Mal. [72]

La persistance ou la résistance à la maladie devient la victoire du Mal et donc du Diable, et la guérison correspond à la chasse et au rejet de l'élément étranger responsable du Mal par un transfert dans un autre corps, qu'il soit humain, animal ou végétal, et ce soit directement ou par l'intermédiaire d'un objet de transfert. [28]

Le guérisseur intervient alors car il aurait le pouvoir d'entrer en relation avec des forces supranaturelles avec cette notion d'ambivalence qui sous-entend que « qui peut le bien peut le mal » dans une vision manichéenne du monde qui est récurrente. [28]

En ce sens, Marcelle Bouteiller admet une catégorisation des guérisseurs et des auteurs de « maux », en « tenant compte à la fois des démarches de la pensée mythique et de l'impact magico-religieux chrétien ». Le premier thérapeute serait-il alors Dieu lui-même, à travers les prières conjuratoires, les Saints, le prêtre, les conjureurs et les leveurs de sort, et s'opposerait à Satan et ses suppôts, le sorcier, et l'impie. [45]

Les chercheurs limousins ont constaté que la sorcellerie dans la région est générée par « l'existence entre la perception d'une situation vécue et son explication rationnelle » d'un « hiatus qui laisse place à toutes les suppositions et en particulier à la recherche d'une responsabilité extérieure à l'individu », à savoir le rejet sur un sorcier supposé à qui on impute la causalité des maux.

La nomination d'un bouc émissaire, le « sorcier », permet ainsi « la systématisation et la canalisation de l'angoisse », mais aussi la restructuration du groupe atteint, la communauté, qui peut devenir actif et diriger son combat. [80] [82]

IV.2.2.3.4.2.2. La crise de sorcellerie

Jeanne Favret-Saada, ethnologue, différencie le « malheur ordinaire » de la véritable « crise de sorcellerie ». Les afflictions subies par l'individu ne sont plus alors simplement des troubles physiques ou psychiques mais sont induites par une tierce personne malfaisante volontairement qui en devient responsable.

Elle devient le « sorcier » à travers la rumeur qui se crée puisque personne ne se proclame sorcier ouvertement et il s'agit d'une interprétation du contexte avec un raisonnement que l'on pourrait qualifier d'irrationnel. [83]

C'est un proche de la personne atteinte qui va « reconnaître les symptômes » de l'envoutement, et se porter en « annonciateur » du « mauvais œil » puis diriger vers le guérisseur. [3]

Le mauvais œil, ou « jettatore » est une caractéristique d'un individu qui serait « porteur d'un principe nocif », qu'il le soit par présence lorsque les effets se font sentir sur l'entourage de manière involontaire, ou par intention lorsqu'il est lui-même jeteur de sort. [78]

Un seul regard peut alors suffire à provoquer ses effets néfastes le plus souvent, et le mauvais œil reste « encore, à l'heure actuelle, l'objet de certaines craintes, apaisées par quelques rituels ». [32]

A noter qu'en Limousin, « être jovent » correspond à la capacité de détourner le mauvais sort et être « maujouvent » ou « masjouvent » signifie porter malheur. [83] [28]

La personne qui pense que « quelqu'un lui en veut » et « a le mauvais œil » se rend alors au conjureur avec une « double demande d'interprétation et thérapeutique ».

Cette crise de sorcellerie s'articule en trois temps :

-le moment de la déperdition : l'ensorcelé voit sa force, son « mana » qui représente son capital magique et vital, diminué car absorbé par le sorcier qui est « plus fort ». C'est ce qui donnerait une explication aux maux dont il est victime.

-le moment du recours : l'ensorcelé affaibli fait appel au désorceleur, au conjureur qui possède la même « force » que le sorcier.

-le moment de retournement : l'ensorcelé et le désorceleur s'associent et deviennent sorciers à leur tour en devenant plus forts ensemble que le sorcier de départ qui se retrouve alors ensorcelé, et donc avec son « mana » amoindri.

Le désenvoutement correspond à la « réponse à une agression matérielle supposée par une agression métaphorique effective pour atteindre le corps de la victime en l'absence de celle-ci ». [84]

Le « mauvais sort », système de pensée d'emblée irrationnel, est un mécanisme défensif qui implique qu'il faille devenir sorcier soi-même pour pouvoir contrer et retourner le sort. [83] [80]

Ainsi, les mécanismes de défense prépondérants qui entrent en jeu au cours de la dynamique de sorcellerie sont la « canalisation » de l'angoisse par la nomination du « mal », sa personnification, et la projection, qui déresponsabilise le malade. S'ensuit le combat thérapeutique qui est convenu entre les participants. [85] [82]

IV.2.3. Interactions du guérisseur avec les malades

IV.2.3.1. La relation guérisseur-malade dans l'étude

Dans notre étude, les guérisseurs concevaient leur interaction avec les malades comme une relation de soutien, d'aide, de support. En complément des thérapeutiques médicales, ils interviennent sur sollicitation active du patient pour apporter leurs soins. Ils sont souvent perçus comme un « dernier recours ».

On a constaté dans ce travail comment le bouche-à-oreille permet aux malades d'accéder au guérisseur, puis le relais qui s'installe entre le médecin qui adresse ses patients de façon souterraine et le guérisseur qui renvoie au médecin lorsqu'il le juge nécessaire.

Ainsi on peut avoir une idée des itinéraires thérapeutiques que les patients empruntent au cours de leur recherche de soulagement, de guérison.

IV.2.3.2. Articulation des itinéraires thérapeutiques

Les difficultés de la vie pouvant paraître insolubles à celui qui les subit, elles en deviennent génératrices d'une angoisse de solitude de laquelle émerge un processus plus ou moins complexe et diversifié de résolution de problèmes.

Comme l'explique le Pr Jean-Marie Léger : « Chaque communauté humaine possède tout un système d'assistance [...] pour leur permettre de supporter la souffrance (physique et morale), de surmonter la maladie et le désarroi et de retrouver ainsi un certain équilibre en son sein. » [67]

Un itinéraire thérapeutique correspond au parcours suivi par une personne exposée à un ennui de santé afin de tenter de le résoudre. [32]

La trajectoire débute lors de la perception par le sujet d'un état qu'il interprète comme pathologique et qui l'amène à élaborer un auto- diagnostic. Le malade cherche ensuite à déterminer si une solution peut lui être apportée en premier lieu au sein-même de sa communauté, ou sinon par un tiers extérieur. Il choisit ensuite le thérapeute qui lui paraît le plus adapté, c'est-à-dire dont la prescription est considérée comme la plus susceptible de répondre efficacement à son cas, et qui dépend du sens que le patient donne à sa maladie et à la cause qu'il lui attribue. [11] [86]

L'itinéraire que nous connaissons le mieux en tant que médecins correspond à la consultation chez le médecin généraliste en tant que premier recours global, autant sur des points biomédicaux relativement stricts que sur des questions sociales et psychologiques.

S'ensuit une éventuelle demande de consultation spécialisée vers un confrère ou une institution compétente, ou alors des rendez-vous de suivi au cabinet du généraliste. L'itinéraire se conclut soit par la guérison, soit la stabilisation ou encore par le décès du patient. Chaque étape peut devenir alors une source d'anxiété par le souffrant.

Le guérisseur intervient au long de la dynamique de guérison du patient lors de trois moments clés. Il peut être sollicité de façon isolée par le patient dès le départ du problème (cas 1 sur le schéma ci-dessous), car il sera jugé plus à-même de répondre aux besoins du malade en fonction de l'auto- diagnostic échafaudé.

Le patient n'a pas toujours besoin d'être mis en présence du guérisseur, puisque celui-ci peut parfois agir à distance, selon les lois de la magie sympathique. [51]

Il peut également être consulté de façon synchrone au médecin, pour la même requête mais avec des attentes qui sont différentes (2).

Comme mentionné dans notre étude, il est parfois utilisé comme « dernier recours » lorsque les limites de la biomédecine sont considérées comme atteintes (3), mais il arrive aussi que certains patients alternent les consultations chez le guérisseur et chez le médecin afin de confirmer ou d'infirmier les conclusions de chacun (4). Le fait de procéder à ce recours multiple, quelle que soit sa chronologie, n'est pas perçue comme paradoxale par les malades, qui ont ainsi, par exemple, le sentiment de multiplier leurs chances de guérison. [30] [67] [87] [88]

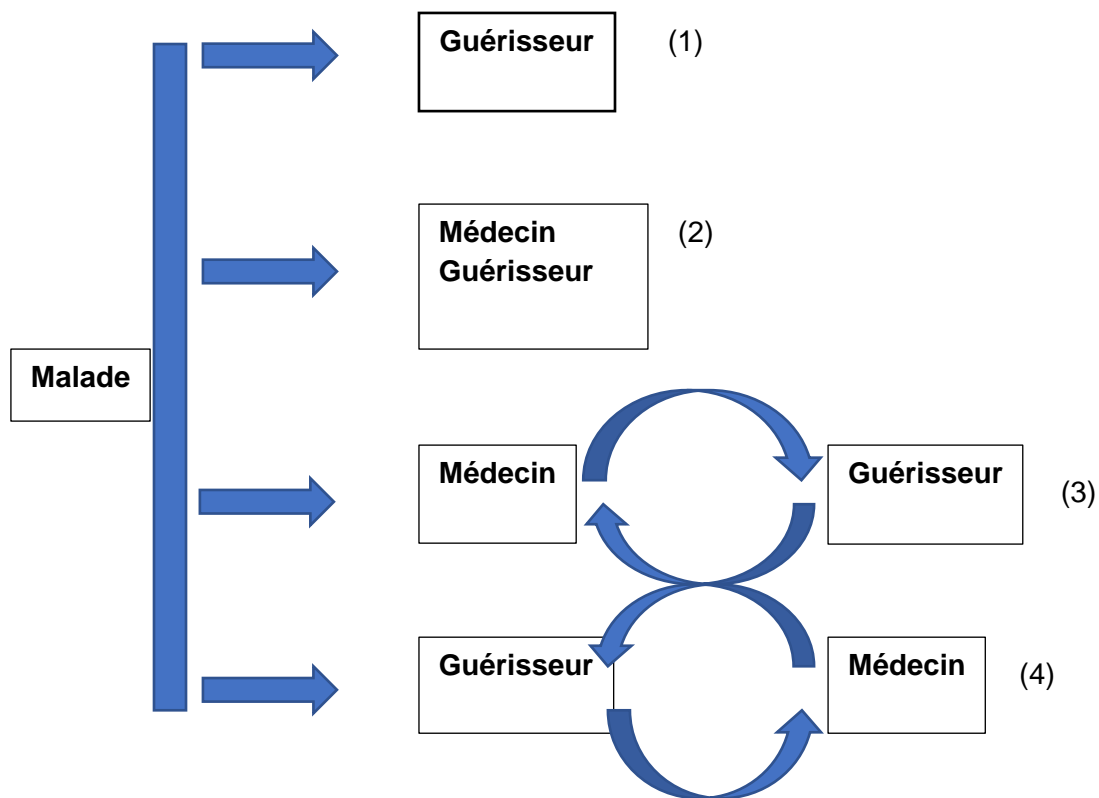


Figure 8 : Schématisation des itinéraires thérapeutiques

IV.2.3.3. Le rôle de l'entourage

Lors de notre étude, on a pu constater le rôle majeur du bouche-à-oreille et l'évolution de proche en proche qui s'effectue jusqu'à la rencontre avec le guérisseur.

L'importance dans les motivations de recours de l'expérience positive d'un membre de l'entourage, est une notion développée notamment par Jeanne Favret-Saada qui souligne le rôle du proche « conseiller », ou par Olivier Shmitz qui le nomme le proche « annonciateur ». Il s'agit de la première étape vers le guérisseur, par un tiers intermédiaire qui oriente le patient vers le thérapeute, grâce à son expérience ou celle d'une connaissance qui sont toutes deux positives. Cet intermédiaire peut être amené à établir un lien direct entre les deux. C'est une forme d'initiation, qui se fait souvent dans la plus grande discrétion. [84] [3]

Ce proche, qui sera un des éléments déclencheurs vers le recours au guérisseur, se situe en amont de la consultation, au moment où le malade cherche une solution au sein de sa communauté. [32] [87]

IV.2.3.4. La relation thérapeutique

IV.2.3.4.1. Définition

Jean-Paul Valabrega, docteur en psychologie et psychanalyste ayant écrit l'ouvrage *La Relation thérapeutique* en 1962, la décrit comme une « dialectique complexe du prendre et du donner où il n'est pas facile de démêler ce qui est spécifiquement l'acte thérapeutique » et qui se déroule entre un « être seul, dépendant, dans la détresse, ayant besoin d'aide et un être capable d'aider par son savoir et autoritaire par le pouvoir qui lui est solennellement conféré à la fois par ses connaissances et sa fonction institutionnelle ». [89]

On peut compléter en analysant la relation comme un « système d'échange affectif avec son cortège d'expressions ritualisées qui se développe entre un patient et un thérapeute choisi, en vue d'un soulagement ou d'une guérison ». [90]

IV.2.3.4.2. La relation perçue par les guérisseurs de l'étude

Les guérisseurs de notre étude s'accordaient sur leur rôle de support au cours de la maladie, dans ce qu'ils qualifiaient de « relation d'aide », complémentaire à la médecine officielle.

Le besoin de venir en aide à ceux qui les sollicitaient était naturel et parfois impérieux, avec une satisfaction personnelle dans la qualité des échanges qu'ils mettaient en place. Car « chaque personne qui demande de l'aide doit pouvoir la trouver », leur dévouement et leur implication était une caractéristique commune à tous ceux rencontrés.

On peut se demander si la qualité de la relation thérapeutique qui s'installe est un des ressorts de l'efficacité thérapeutique ? Qu'est-ce que la relation thérapeutique ?

IV.2.3.4.3. Explications sur la relation thérapeutique

La relation thérapeutique met donc en lien un soignant et un soigné dont « l'affrontement s'inscrit [...] dans un contexte social précis qui lui donne son sens ». [91]

La capacité des guérisseurs à « prendre le mal » sur eux lors de l'échange est démonstratif de la fusion qui s'exerce à ce moment, et qui élève la relation à une autre échelle que celle qui se joue entre le médecin et son malade.

Les psychiatres limousins ayant travaillé sur ce sujet ont mis en évidence deux grands aspects importants de la relation entre le guérisseur et son malade :

- D'une part le phénomène de double identification entre le soignant et le soigné. L'individu souffrant est « différent » car malade et perçoit le guérisseur comme « différent » également de par sa fonction. Chacun s'identifie à l'autre.
- D'autre part celui de médiation qui découle de l'identification.

Ainsi, la double identification permet lors de l'échange au guérisseur de « prendre le mal sur lui » pour pouvoir le combattre à la place du malade. Il se substitue à lui et est en mesure de détruire le « mal » car étant le « médiateur par transfert de fluide entre le malade et un ordre magique, inaccessible à l'homme ordinaire ».

Ces mécanismes ne sont divulgués que lors du rituel de guérissage, et c'est alors le discours et le comportement du guérisseur qui sont le « contenant » (le signifiant), deviennent « avant tout la matérialisation du symbole » (le signifié). Symbole « né de l'inconscient du groupe et s'adressant à un membre du groupe chez lequel il peut entrer en totale résonance » et utilisé par le guérisseur. [91]

La mise en jeu du symbole au service du guérisseur fait de lui un « manipulateur de numineux », terme expliqué par Rudolf Otto, théologien, pour la première fois dans son ouvrage *Le sacré : l'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel*. Dérivé du mot latin neutre *numen* qui signifie la volonté, l'injonction, il explique qu'une « catégorie numineuse » est une « catégorie spéciale d'interprétation et d'évaluation » qui génère un « état d'âme numineux », au-delà du rationnel et de l'éthique qui sont des notions sociales. Il apparaît ainsi comme un « principe vivant dans toutes les religions » et en constitue la partie la plus intime.

Otto le qualifie de *mysterium tremendum* : de *tremor*, le sentiment de peur qui renvoie ici à « l'effroi mystique » (la terreur numineuse résulte du sentiment de « sinistre »), et *mysteriosum*, le secret et la fascination.

Le numineux est un « sentiment originaire et spécifique » dont la notion de sacré ne serait que le résultat final au même titre que le mana ou encore dans le domaine artistique avec le sentiment de sublime. L'objet numineux « s'oppose non seulement à tout ce qui est habituel et bien connu [...], il ne passe pas seulement dans le domaine du « surnaturel », il finit par s'opposer au « monde » lui-même et s'élève à la hauteur du « transcendant » ». [92]

En application : un objet numineux est constitué par tout élément susceptible de devenir source d'anxiété et de malheur, « l'inconnu, l'incompréhensible, l'irréductible aux systèmes de pensée normalisés », et qui doit être à ce titre « rejeté et tenu à distance par l'institution du tabou et le recours à la purification » grâce à des techniques codifiées avec une symbolique forte. [32]

Celui qui manipule le numineux est vecteur d'une puissance capable de faire le bien et le mal et bénéficie d'une aura qui inspire le respect et la crainte.

IV.2.3.4.4. Eléments de psychodynamique d'une relation soignant-soigné

Il est également intéressant de se pencher sur la mécanique entre le malade et le soignant, puisqu'il n'existe pas un seul mais plusieurs modes de fonctionnement.

François Laplantine développe les quatre combinatoires thérapeutiques qui font intervenir le guérisseur. Il en propose une approche psychodynamique, qui va de la « domination médicale à l'auto- thérapie » :

-le malade est « hors-circuit » :

Il n'est pas présent auprès du guérisseur et ne participe pas au rituel de guérison. Il est « traité » à distance, à travers un objet substitutif (morceau de tissu lui appartenant, photographie...) ou par un tiers (pèlerinage).

C'est un acte totalement passif de la part du malade et le thérapeute est le seul actif.

Laplantine rapporte cette relation à celle du « nourrisson malade qui vit dans l'ignorance de ce qui se passe », se situant dans la phase anobjectale de son développement, où la toute-puissance du mythe et du rituel domine, dans le secret le plus complet.

-le malade est présent mais écarté du rituel :

Le plus fréquent, le guérisseur « fait son secret » auprès du patient, en prenant garde à ne pas expliciter son « verbe » et sans donner d'explication sur le « geste ».

La relation duelle se construit sur un modèle actif- passif, inégalitaire, comparée à celle que l'enfant développe à l'égard de sa mère.

Ce type de relation est également proche de la consultation médicale, asymétrique, qui est parfois critiquée pour faire du malade un patient « assisté », voire un adulte infantilisé tenu à l'écart du savoir médical.

-la collaboration soignant-soigné :

Le malade prend une place active dans sa guérison, accompagné par le guérisseur qui le guide.

Leurs efforts sont conjugués dans la lutte contre la maladie, la relation devient égalitaire sans pour autant destituer le guérisseur de ses capacités.

Toujours rapportée au développement de l'enfant, Laplantine relie cette alliance à la revendication de l'enfant à participer activement à la relation, c'est-à-dire au stade œdipien.

-le thérapeute « hors-circuit » :

Le guérisseur donne au malade les clefs pour s'auto-soigner, il lui transmet le « pansement », pour les darts par exemple.

Les consignes sont transmises, et le malade devient son propre médecin. Le rôle du thérapeute est donc inexistant dans la phase dynamique de guérison, puisqu'il intervient en amont.

Le retournement structurel, qu'il qualifie de post-œdipien, est l'opposé du premier cas de figure, et une amorce vers l'auto- thérapie. [30]

	Malade Hors circuit	Malade totalement passif Thérapeute actif	Nourrisson Phase anobjectale	Toute puissance du mythe Rite secret
	Relation au thérapeute, dans l'ignorance du rituel	Malade passif Thérapeute actif	Relation duelle	Situation médicale classique asymétrique
	Collaboration médicale	Malade actif Thérapeute actif	Œdipe	Participation active du malade Semi dépendance
	Thérapeute hors circuit	Malade totalement actif Thérapeute inexistant	Post- Œdipe	Plus d'initiation Secret révélé Auto thérapie

Figure 9 : Combinatoires thérapeutiques selon F. LAPLANTINE

Dans notre étude, l'attitude la plus fréquente restait celle où le malade est présent physiquement mais écarté du rituel dans une relation duelle asymétrique, mais aussi celle où le malade est complètement mis hors circuit lorsque le guérisseur travaille à distance. La grande majorité des guérisseurs de l'étude était en effet capable de soigner sans que le malade soit corporellement auprès d'eux.

La relation sur le mode égalitaire de collaboration soignant-soigné n'a pas été mentionnée, et le mode où le thérapeute est hors circuit et livre ses connaissances au malade ne l'a été qu'une seule fois sur des exercices liés à la méditation et au magnétisme.

Si on comprend mieux grâce à ces quelques éléments les rouages de la relation dite thérapeutique entre le guérisseur et le malade, il aurait été important de développer ici l'impact d'une relation thérapeutique de qualité sur la réussite des thérapies et des facteurs qui la conditionnent, mais aussi au sens plus large les différents ressorts de l'efficacité du guérisseur : influence de « l'auto-guérison, du phénomène de suggestion, de l'effet placebo, de l'effet psychosomatique, voire de la physique quantique, de la mémoire génétique, de l'action de Dieu et des Saints, qui sont des actes faisant intervenir l'invisible, non repérables et non mesurables ». [93]

IV.2.4. Interactions du guérisseur avec le médecin

IV.2.4.1. La relation guérisseur-médecin de l'étude

Les résultats de notre étude montrent l'importance de la relation bilatérale entre le guérisseur et le médecin, souterraine et secrète, avec chacun des participants adressant ses malades à l'autre aux moments où ils jugent leurs limites respectives atteintes.

Les guérisseurs précisent tous ne pas se substituer à un avis médical, aux traitements mis en place et intervenir « en complément ».

Ils ont leurs réseaux, et les rencontres sont possibles et cordiales lorsqu'elles se font. Certains se sentaient néanmoins exclus de cette dynamique avec le médecin, mais également envers leurs confrères avec qui les relations n'étaient pas moins simples, distantes voire méfiantes.

Ainsi, on retrouve dans la bibliographie quelques exemples de collaborations entre thérapeutes.

IV.2.4.2. Vers un pluralisme thérapeutique assumé ?

Le pluralisme est défini par le CNTRL comme une « pratique qui admet la coexistence d'éléments culturels, économiques, politiques, religieux, sociaux différents au sein d'une collectivité organisée ». [94]

Appliqué au domaine des soins, il correspond à la conjugaison du recours au médecin et au thérapeute dit parallèle dans une même démarche de soins.

S'ils sont souvent mis en opposition, on constate en pratique que la barrière est moins abrupte et que c'est le patient seul qui importe et le respect de son itinéraire individuel au cours d'une maladie. Dans notre étude, il a été évoqué à plusieurs reprises par les guérisseurs leurs sollicitations de la part du milieu hospitalier de façon directe par contact téléphonique avec même des visites sur place. La relation avec les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes s'effectuait sur un mode souterrain en revanche, sans échange explicite.

Il existe quelques exemples d'ouverture collaborative, notamment en milieu hospitalier à propos des « coupeurs de feu », comme l'explique Clémentine Raineau, anthropologue : ainsi les barreaux de feu seraient officiellement admis et sollicités directement par les oncologues et radiothérapeutes hospitaliers mais avec une acceptation uniquement locale et verbale. Ils ne sont tolérés dans la pratique clinique qu'à condition de rester en retrait et illégitimes finalement par cette reconnaissance partielle. [95]

Un autre exemple, au Maroc cette fois : le Dr Choffat, médecin en zone pré-saharienne, étudie le rôle des « maalem », qui sont des « traumatologues » traditionnels et soignent fractures, entorses et luxations. Il constate que le maalem a la priorité sur la prise en charge médicale auprès des patients, qui ne conservent pas le matériel d'immobilisation s'il est mis en place au dispensaire.

Après avoir rencontré et observé la pratique du maalem le plus reconnu de sa région, il admet « officiellement » sa présence au sein même de son hôpital et le fournit en matériel, afin d'offrir à ses patients une prise en charge adaptée.

Il conclut son étude en constatant que « leurs prestations sont d'une efficacité bien supérieure à celle du corps médical [...]. Ces traitements sont économiques à l'extrême, pratiqués avec du matériel banal, sans aide ni ingérence de l'Etat ou des institutions sociales, sans l'intervention d'une structure sanitaire monopolisant le droit de soigner et aliénant l'individu ». Il estimait qu'il fallait, au lieu d'attaquer ces pratiques, au contraire « les valoriser, encourager la formation de leurs élèves, au besoin étudier leurs méthodes et leur permettre de les améliorer ». [96]

Chaque thérapeute a en fait quelque chose de différent et d'utile à apporter à la structure de soins :

- Les médecins leurs savoirs sur l'histoire naturelle des pathologies, et leurs compétences pour encadrer et tester des hypothèses. Ils apportent une vision méthodique, structurée aux études et à l'analyse de données empiriques. Ils savent « conduire » une recherche.

-Les guérisseurs leurs modalités de soins et leurs philosophies autour de la santé. Ils ont l'expérience de la « conduite » de soin et une compréhension du processus de guérison qui peut être très différente de l'approche scientifique. [97]

Jean Benoist, médecin et anthropologue, s'il admet que la médecine puisse être mise en défaut dans sa capacité à « répondre aux attentes de ceux qui souffrent » se demande aussi s'il s'agit réellement de son rôle. [98]

On peut imaginer alors, puisque « aucune médecine n'est la restriction de l'autre, mais seulement une voie possible d'accès au corps et à la souffrance par l'intermédiaire de la relation thérapeutique », que des collaborations se construisent et se développent de plus en plus facilement afin de permettre une prise en charge : à la fois scientifique et holistique du patient, son corps et son esprit, et ce dans le respect de sa culture et de ses croyances. [70]

Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de dresser l'état des lieux du monde des guérisseurs tels qu'ils existent aujourd'hui sur la région Limousin. Les objectifs secondaires étaient d'aboutir à une meilleure compréhension du parcours de soin d'un patient entre le médecin et le guérisseur, et de la trajectoire individuelle de ces thérapeutes pour identifier plus clairement leur rôle dans le système de soins.

Notre étude a permis de constater avant tout la grande diversité des guérisseurs.

Le guérisseur limousin l'est par un faisceau d'événements qui le conduisent à cette pratique : par héritage familial, par découverte fortuite de la possession du Don, suite à un événement traumatique souvent ou dès la plus tendre enfance, et parfois simplement par le développement d'une capacité de soin dissociée d'un Don.

Il construit sa pratique de guérissage en fonction de ce qu'on lui transmet ou de ce qu'il constate en exerçant, et se forme désormais auprès de ses pairs au sein d'associations et d'entreprises.

Le rituel qui se constitue à l'issue de ce parcours initiatique est composé d'une pratique gestuelle et d'une pratique verbale qui diffère en proportions et en modalités techniques selon le thérapeute mais conserve ces deux aspects, susceptibles d'être modifiés au cours des apprentissages.

Qu'il travaille discrètement sans être rémunéré et avec un exercice professionnel différent, ou de manière publique en tant qu'auto-entrepreneur avec une professionnalisation qui reprend les codes de l'exercice médical libéral, sa pratique reste axée autour du malade dans une optique de soulagement, tant moral que physique.

La prise en charge est individuelle et la qualité de la relation d'écoute, de support qui se met en place est un pilier majeur de cette interaction entre le guérisseur et son malade. Le guérisseur ne se substitue pas au médecin et adopte une attitude de collaboration qui est mutuelle mais officieuse, avec des patients qui sont adressés à l'un et à l'autre selon le réseau qui s'est créé et les limites que chacun peut ressentir dans sa pratique quotidienne.

L'intégration des médecines populaires ou des médecines dites parallèles de façon élargie à la pratique scientifique est de plus en plus fréquente. Il est envisageable à l'avenir qu'ils fassent partie des études menées auprès des patients pour évaluer les collaborations et ainsi les développer, dans l'objectif de prendre en charge les malades, globalement et spécifiquement en utilisant les atouts de chacun.

Références bibliographiques

- [1] P. CATHEBRAS, «Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme,» chez *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Editions Karthala, 1996, pp. 315-330.
- [2] Larousse. [En ligne]. Available: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gu%C3%A9risseur/38514?q=guerisseur#38453>. [Accès le 18 mai 2017].
- [3] O. SCHMITZ, *Soigner par l'invisible, enquête sur les guérisseurs d'aujourd'hui*, Paris: Editions Imago, 2006.
- [4] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [En ligne]. Available: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/gu%C3%A9risseur>. [Accès le 18 mai 2017].
- [5] M. BERTRAND, *Le médecin ou le guérisseur ? A propos d'une enquête en Limousin sur les relations existant entre malades et guérisseurs*, Limoges: Faculté de médecine et de pharmacie, 1984.
- [6] R. DACHEZ, *Histoire de la médecine, de l'Antiquité à nos jours*, Editions Tallandier, 2008.
- [7] Louis XIV, *Edit, Portant règlement pour l'étude et l'exercice de la médecine, Registré en Parlement le 18 mars 1707*, Paris: F. et H. Muguet, 1707, p. 14.
- [8] P. BOREL, «Comprendre l'enquête de la Société royale de médecine (1174-1793), Source, problèmes et méthodologie,» *Histoire des Sciences Médicales*, vol. XXXIX, pp. 35-44, 2005.
- [9] «Loi relative à l'exercice de la médecine, Du 19 Ventose an XI de la République une et indivisible,» *Bulletin des Lois*, n° 1256, p. 12, 1803.
- [10] B. HOERNI et P. GUILLAUME, «1803 : le Consulat organise la médecine, Une célébration oubliée,» *La Revue du Praticien*, vol. 53, pp. 1619-1621, 2003.
- [11] S. SIONNEAU, «Les médecines illégales et les médecines populaires en France au XIX^e siècle, avec l'exemple du Maine-et-Loire,» Université d'Angers, 2013.
- [12] P. PAGEOT, *La santé des Limousins et des Périgourdins au XIX^e siècle, Malades, maladies, soignants*, Editions L'Harmattan, 2011.
- [13] B. HOERNI, «La Loi du 30 novembre 1892,» *Histoire des Sciences Médicales*, vol. Tome XXXII, n° 11, pp. 63-67, 1998.
- [14] O. FAURE, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris: Editions Belin, 1993.
- [15] Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre, *Histoire de l'Ordre National des Médecins français*, 2012, p. 10.

- [16 J.-P. GOUBERT, «L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790,» *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, vol. 32, n° %15, pp. 908-926, 1977.
- [17 Larousse, [En ligne]. Available: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/region-france/Limousin/129973>.
- [18 K. BAFFOU, F. CHATEL et D. NOURY, «Trente ans de démographie en Limousin : une apparente stabilité,» INSEE Limousin, 2014.
- [19 E. BONNET , M. BRETHENOUX, C. PRINCIPAUD et J.-N. THOMAS, «Territoire... Le Pays du Haut Limousin : un territoire essentiellement rural,» *Focal INSEE Limousin*, p. 4, juin 2004.
- [20 Observatoire Régional de la Santé du Limousin, «Le contexte géographique et économique en Limousin,» *Fiche 1.1 Thème « Contexte socio-démographique et économique »*, p. 4, décembre 2003.
- [21 O. CHAPPERON, «Plus rapide que le TGV : l'Hyperloop permettrait de faire Paris-Limoges en 25 minutes,» *Le Populaire du Centre*, 01 août 2017.
- [22 Observatoire Régional de la Santé du Limousin, «L'activité et l'emploi en Limousin,» *Fiche 1.2 Thème « Contexte socio-démographique et économique »*, p. 4, décembre 2003.
- [23 Agence Régionale de la Santé du Limousin, «Eclairages sur la démographie médicale et paramédicale en Limousin, O.R.S. du Limousin, Dr JP. Ferley,» chez *Journée thématique : "Comment rendre attractif le Limousin pour les professionnels de santé ?"*, Limoges, 2010.
- [24 F. CHATEL, «Recensement... L'espace rural limousin cesse de perdre des habitants,» *Focal INSEE Limousin*, n° %151, p. 6, janvier 2009.
- [25 D. CAMUS, *Rencontres au pays du magique, Enquêtes sur les sourciers, voyants, guérisseurs, magnétiseurs, sorciers...*, Editions Ouest France, 2017.
- [26 *Guérisseurs : la main au feu*. [Film]. 2015.
- [27 G. VUILLIER, *En Limousin, sorcellerie, croyances et coutumes populaires*, Editions Jean-Pierre Gyss, 1983.
- [28 M. ROBERT, *Magie, sorcellerie et « guérissage » en Limousin. Croyances, rites et pratiques de malédiction, de protection et de soin, hier et aujourd'hui*, Editions Lucien Souny, 2003.
- [29 «Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie,» [En ligne]. Available: www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019283050.
- [30 F. LAPLANTINE, *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*, vol. Encyclopédie Universitaire, Editions Jean-Pierre Delarge, 1978, p. 234.

- [31] D. CAMUS, L'univers des guérisseurs traditionnels, Panseurs de secrets et conjureurs, Editions Ouest France, 2010.
- [32] J.-M. LEGER et A. PERON, «La sorcellerie,» chez *Encyclopédie "Univers de la psychologie"*, Editions Lidis, 1978, pp. 399-410.
- [33] M. BERTRAND, J.-M. LEGER et C. HERMANN, «Le guérisseur limousin au XXe siècle,» chez *XXVIe Colloque de la Société de Psychologie Médicale de Langue Française*, Limoges, 1984.
- [34] D. BOYON et M. BERTRAND, «Recours aux guérisseurs et aux saint guérisseurs en Limousin : approche psychologique des représentations et des mécanismes permettant la résistance de ces pratiques,» chez *Ethnologie des faits religieux*, Editions du C.T.H.S., 1993, pp. 193-201.
- [35] J.-P. MALAVAL, La sorcellerie en Limousin, ou la peur au village, Pamiers: Editions Résonances, 1980, p. 199.
- [36] M. DELPASTRE, Sorcellerie & magie en Limousin, Préface de Robert Joudoux, Revue LEMOUZI, n°129 bis, 1994.
- [37] C. RAINEAU, «« Talking Fire out of Burns » : Biomedical Transgressions and the Logic of Care,» *Medical Anthropology : Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, n° 132:1, pp. 46-60, 2013.
- [38] «Médecine et religion populaires en Limousin,» *Revue LEMOUZI*, n° 171, pp. 233-371, juillet 1979.
- [39] A. PERON, Sorcellerie et psychopathologie : à propos d'une étude ethnographique et psychiatrique pratiquée dans le département de la Haute-Vienne, Editions de l'Université de Bordeaux, Faculté mixte de médecine et de pharmacie, 1970, p. 229.
- [40] J.-L. MONIEZ et M. BOUCHER, «Sorcières, croyances et formules magiques relatives à la maladie, en Limousin au XIX^e siècle,» chez *Communication présentée à la séance du 26 février 1976 de la Société française d'Histoire de la Médecine*, 1976.
- [41] F. LAPLANTINE, Anthropologie de la maladie, Paris: Editions Payot, 1986.
- [42] H. COLIN, Guérir en Limousin, Les Bonnes Fontaines en Haute-Vienne, Préface de Maurice ROBERT, Editions Lucien Souny, 1989, p. 205.
- [43] Université du 3^{ème} Age de Brive et sa Région, Bonnes Fontaines en Corrèze, Préface de Michel Peyramaure, Légendes-Croyances-Traditions, Editions les 3 épis, 1994, p. 358.
- [44] G. JANICAUD, Fontaines à pèlerinage de la Creuse, vol. tome XXVII, Guéret: Mémoires de la Société des Sciences naturelles et archéologiques de la Creuse, 1941, p. 19.
- [45] M. BOUTEILLER, Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui, Paris: Editions Maisonneuve et Larose, 1987.

- [46 M. ROBERT, «Coutumes, croyances, relatives à la maladie et mentalité limousine,» *Revue Lemouzi*, pp. 60-73, décembre 1962.
- [47 P. SAUMANDE, L. BONNAUD, J. NICOLAS, F. REIX et M. PESTRE-ALEXANDRE, «Les « bonnes fontaines », pourraient-elles avoir une action thérapeutique ? Une étude physique, chimique et bactériologique de celles du Limousin,» *Revue de Médecine de Limoges*, janvier-mars 1971.
- [48 *Lu país de las bonas fonts*. [Film]. Institut d'Etudes Occitanes en Limousin, 2012.
- [49 N. LEMAITRE, «Médecine familiale et désenchantement du monde en Bas-Limousin (fin XVI°-début XVII° S.),» chez *Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, Comptes rendus des séances de l'année 1999 avril-juin*, Paris, 1999.
- [50 L. PEYRONNET, *Le médecin des pauvres*, par le Dr Beauvillard, Paris: Editeur Féron et Beauvillard, 1912, p. 319.
- [51 J. G. FRAZER, *Le Rameau d'Or*, Editions Robert Laffont, 1984, p. 698.
- [52 A. LAMBIN, *Médecine populaire et traditionnelle en Haut-Limousin*, Université de Limoges, 1974.
- [53 A. STAMM, «La médecine traditionnelle au plateau de Millevaches,» *Revue Lemouzi*, pp. 115-126, juillet 1983.
- [54 Ministère de l'Economie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics, «<https://www.economie.gouv.fr/entreprises/societe-responsabilite-limitee-sarl>,» [En ligne].
- [55 Groupement National pour l'Organisation de la Médecine Alternative, [En ligne]. Available: <http://gnoma-snamap.fr/gnoma-2/>.
- [56 Association Espérance, [En ligne]. Available: <http://www.le-monde-du-guerisseur.com/association-esperance.html>.
- [57 Institut Psynapse Héritage, [En ligne]. Available: <http://institut-heritage.com/centre-de-formation/>.
- [58 Ecole Française de Magnétisme, [En ligne]. Available: <http://ecolemagnetisme.fr/>.
- [59 Institut Français du Corps et de l'Esprit, [En ligne]. Available: <https://www.ifrace.fr/>.
- [60 Société Française de Magnétisme, [En ligne]. Available: <https://www.formationmagnetisme.eu/>.
- [61 Institut Supérieur de Rebutement, [En ligne]. Available: <http://www.rebouteux.org/rebouteux.org/Formateurs.html>.

- [62] SNAMAP, [En ligne]. Available: <http://gnoma-snamap.fr/snamap-2/>.
- [63] T. LEBEVRE, «De mémoire de médecin : L'âge d'or de la radiesthésie médicale,» *La Revue du Praticien*, pp. 691-693, 15 mars 2006.
- [64] P. PAROT, «Théorie du magnétisme médical à travers l'Histoire,» Limoges, 2018.
- [65] I. AUBIN-AUGER, A. MERCIER, L. BAUMANN, A.-M. LEHR-DRYLEWICZ, P. IMBERT et L. LETRILLIART, «Introduction à la recherche qualitative,» *Exercer*, vol. 19, n° %184, pp. 142-145, 2008.
- [66] A. FURNHAM et C. VINCENT, «Why do patients turn to complementary medicine ? An empirical study,» *British Journal of Clinical Psychology*, n° %135, pp. 37-48, 1996.
- [67] J.-M. LEGER et M. GODARD, «Les guérisseurs,» *Encyclopédie "Univers de la Psychologie"*, pp. 411-420, 1978.
- [68] J.-M. LEGER et E. LEGER, «Les guérisseurs aujourd'hui,» *Science et vie*, n° %1150, pp. 120-127, mars 1985.
- [69] J.-G. OUANGO, M. PHAN THAN, K. KARFO, D. FONTANIER et J.-M. LEGER, «Les guérisseurs deviennent-ils persécuteurs ? A propos de deux observations au Burkina Faso et en France,» *Psychopathologie africaine*, vol. XXIX, n° %12, pp. 237-250, 1998-1999.
- [70] D. LE BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses universitaires de France, 1990.
- [71] F. LAPLANTINE, «La maladie, la guérison et le sacré. Médecins populaires et savantes de la France contemporaine,» *Archives des Sciences Sociales des Religions*, vol. 54, pp. 63-76, 1982.
- [72] M. ROBERT, «Coutumes, croyances, relatives à la maladie et mentalité limousine,» *Revue Lemouzi*, pp. 60-73, décembre 1962.
- [73] G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris: Presses Universitaires de France, 1966.
- [74] M. BERTRAND et J.-M. LEGER, «Le Berceau de saint Valéry (à partir d'une pratique de médecine traditionnelle, quelques réflexions à propos du rituel thérapeutique et du sens de la maladie),» chez XXIX^e *Colloque de la Société de Psychologie Médicale de Langue Française, "La maladie a-t-elle un sens ?"*, Nantes, 1986.
- [75] J.-P. CLEMENT, *Petit lexique de sémiologie psychiatrique*, Limoges, 2010.
- [76] I. GASMAN et J.-F. ALLILAIRE, *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, Abrégés, connaissance et pratique éd.*, Masson, 2009, p. 446.

- [77 J.-G. OUANGO et J.-M. LEGER, «Sorcellerie à Koupéla (Afrique), Sorcellerie à Limoges (France) : similitudes et différences,» *Synapse*, n° %1158, pp. 41-45, septembre 1999.
- [78 L. LEVY-BRUHL, *La mentalité primitive*, Paris: Editions Flammarion, 1922, réédition 2010, p. 658.
- [79 C. LEVI-STRAUSS, *La pensée sauvage*, réédition de 2010 éd., L. Plon, Éd., Paris: Pocket, 1962, p. 347.
- [80 J.-M. LEGER, A. PERON et J.-N. VALLAT, «Aspects actuels de la sorcellerie dans ses rapports avec la psychiatrie (Peut-on parler de délire de sorcellerie ?),» *Annales médico-psychologiques*, vol. t.2, n° %14, pp. 559-575, lundi 25 octobre 1971.
- [81 Larousse, [En ligne]. Available: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sorcellerie/73518>.
- [82 J.-M. LEGER, «Incidences de certaines croyances populaires (sorcellerie) sur la pratique médicale courante,» *Revue Médicale de Suisse Romande*, n° %1102, pp. 629-639, 1982.
- [83 M. WILMART, Réalisateur, *Sortilèges et envoûtements*. [Film]. 1987.
- [84 J. FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts*, Editions Gallimard, 1985.
- [85 J.-M. LEGER, E. LEGER et A. PERON, «Aspects actuels de la sorcellerie en limousin, ses relations avec la médecine, son importance en psychopathologie,» *Revue de Médecine de Limoges*, vol. 2ème année, n° %13, pp. 135-145, juillet-septembre 1971.
- [86 S. FAINZANG, «Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche.,» 2004. [En ligne]. Available: <http://www.classiques.uqac.ca/>.
- [87 A. MARCELLINI, J.-P. TURPIN, Y. ROLLAND et S. RUFFIE, «Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine, Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à « un autre corps » ?,» *Corps et culture*, n° %15, 2000.
- [88 D. FRIEDMANN, *Les guérisseurs, Splendeurs et misères du don*, Paris: Editions A.M. Métailié, 1981, p. 261.
- [89 J.-P. VALABREGA, *La relation thérapeutique. Malade et médecin*, Paris: Flammarion, 1962, p. 276.
- [90 J.-M. LEGER, E.-R. LOMBERTIE et D. BOYON, «Evolution de la relation thérapeutique parallèlement à l'évolution socio-culturelle,» *Psychologie Médicale*, vol. 18, n° %112, pp. 1799-1801, 1986.

- [91] M. BERTRAND , J.-M. LEGER, C. HERRMANN, D. MALAUZAT et E.-R. LOMBERTIE, «La relation thérapeutique guérisseur/malade. Place de l'automédication dans les processus de guérison,» *Psychologie Médicale*, vol. 17, n° 11, pp. 45-50, 1985.
- [92] R. OTTO, *Le sacré. L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel*, réédition de 1995 éd., Paris: Editions Payet et Rivages, 1949, p. 235.
- [93] C. RAINEAU, *Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et culturelle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, 2001.
- [94] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales , [En ligne]. Available: <http://www.cnrtl.fr/definition/pluralisme>.
- [95] C. RAINEAU, «"Talking Fire out of Burns" : Biomedical Transgressions and the Logic of Care,» *Medical Anthropology : Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, n° 132:1, pp. 46-60, 2012.
- [96] F. CHOFFAT, «Le traitement des fractures par les guérisseurs traditionnels au Maroc,» *Médecine sociale et préventive*, n° 124, pp. 172-178, 1979.
- [97] J. LEVIN, «Scientists and healers : toward collaborative research partnerships,» *Explore*, vol. 4, n° 15, pp. 302-310, september/october 2008.
- [98] J. BENOIST, «Rencontres de médecine : s'opposer ou s'ajuster,» *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 5, n° 12, pp. 277-286, 2004.

Annexes

Annexe 1. Article L4161-1 à propos de l'exercice illégal de la médecine.	117
Annexe 2. Code de déontologie du GNOMA (Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives.	118
Annexe 3. Code de déontologie de l'UEMR (Union Européenne des Magnétiseurs et Rebouteurs).	119
Annexe 4. Guide d'entretien	120
Annexe 5. Exemple de Verbatim	122
Annexe 6. Exemple de codage	124
Annexe 7. Liste des noeuds.....	125

Annexe 1. Article L4161-1 à propos de l'exercice illégal de la médecine.

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004-art. 146 JORF 11 août 2004

« Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-6, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-6, L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. »

Annexe 2. Code de déontologie du GNOMA (Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives).

La charte du guérisseur magnétiseur, déposée à l'INPI sous la référence 167917-300603 : Membres et Responsables du GNOMA et du SNAMAP soucieux de garantir la sécurité de ses patients et de leur assurer le meilleur résultat possible, le Guérisseur- Magnétiseur s'engage à exercer son activité en respectant les principes fondamentaux cités ci-dessous.

1. Il ne formule pas de diagnostic. Il ne fait jamais suspendre un traitement médical en cours sans l'accord du médecin traitant et ne s'oppose pas à une intervention chirurgicale.
2. Il ne suggère jamais à son patient d'interrompre le suivi médical, les examens ou les investigations nécessaires à déterminer ou préciser la /les cause(s) de sa maladie.
3. S'il le juge nécessaire dans l'intérêt – et pour assurer la sécurité de son patient – il l'adressera à un médecin mieux à même de traiter son cas avec toute la compétence nécessaire.
4. Il ne divulgue les résultats de son intervention qu'avec l'assentiment de son patient.
5. Il est tenu de respecter le secret professionnel et d'observer la plus grande discrétion en toutes circonstances.
6. Il se fait un devoir d'apaiser, de soulager ou d'atténuer, jusqu'à l'extrême limite de ses moyens, la souffrance de ceux qui ont recours à lui.
7. Il prêtera son assistance et sa compétence – bénévolement si nécessaire – aux indigents, aux porteurs de handicaps et aux malades en phase terminale, à la demande ou sur les conseils du médecin traitant.
8. Il ne recevra pas en consultation et ne traitera pas les mineurs ou les déficients mentaux hors de la présence de leurs parents ou de leur tuteur légal.
9. Dans ses relations avec son patient, il restera sobre, honnête et de bonne foi. Il évitera dans son discours les allégations mensongères, les paroles maladroites ou nocives. Il ne bercera pas le consultant d'illusions trompeuses. Il s'interdira de faire appel à des superstitions. Il ne se livrera pas à la prévarication.
10. Dans l'exercice de sa profession, le guérisseur-magnétiseur ne surestimera ni ses compétences, ni ses possibilités. Cette attitude garantira à son patient l'innocuité de son action, celle-ci demeurant strictement complémentaire de l'acte médical.
11. Il devra préserver, discipliner et coordonner ses dons naturels, ses qualités intellectuelles et morales.
12. Il devra se mettre en conformité avec les obligations administratives du/des Etat(s) dans lequel/ lesquels il exerce son activité et s'astreindra à respecter les normes ou les statuts en vigueur.
13. Il se refuse à assimiler la profession de guérisseur-magnétiseur à une quelconque science occulte, à confondre son art avec celui des arts divinatoires ou de la parapsychologie.
14. Il s'engage sur l'honneur et sous serment à respecter les Statuts, le Code de Déontologie et les Règlements du GNOMA et du SNAMAP.
15. Primum, non nocere (d'abord ne pas nuire) telle doit être la devise du guérisseur-magnétiseur qui, en tout temps et en tous lieux, respectera le Serment d'Hippocrate.

Annexe 3. Code de déontologie de l'UEMR (Union Européenne des Magnétiseurs et Rebouteurs).

1. Fournir une déclaration de non condamnation.
2. Etre tenu au secret professionnel.
3. Faire abstraction de toute forme de publicité.
4. S'interdire de toute prescription médicale.
5. S'assurer que son patient se fait suivre par son médecin.
6. Ne pas modifier un traitement en cours ou l'interrompre.
7. Respecter une tenue correcte et irréprochable.
8. Eviter toute démonstration de pouvoir en public.
9. Ne jamais faire mention de son appartenance politique ou religieuse
10. Pratiquer des honoraires modestes : 150 FF TTC maximum.
11. Faire preuve de relations courtoises et fraternelles.
12. Moralisation fiscale.

Annexe 4. Guide d'entretien

Recueil des données socio- démographiques

1- Sexe : H F

2- Age : < 30 ans 30-44 ans 45-59 ans 60-74 ans > 75 ans

3- Lieu d'exercice : milieu rural (< 2000 habitants) milieu urbain (> 2000 hab.)

Nom de la commune :

4- Activité professionnelle principale exercée :

5- Parcours scolaire / niveau d'études :

6- Education religieuse : oui Si oui, laquelle :

non

7- Travaillez-vous : seul

en réseau

Si en réseau, lequel ? : regroupement associatif

contact avec des confrères

autres :

ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

- 1- Comment se déroule une consultation ? *A quel en endroit ? Avec quel matériel ?*

- 2- Quels sont les soins que vous prodiguez ? *Quels en sont les principes généraux ?*

- 3- Comment se forme votre clientèle ? *Par le bouche-à-oreille, internet, publicité radio, journal, flyers ou autres ?*

- 4- Pourquoi pensez-vous que les gens viennent vous consulter ? *Quelles sont les itinéraires et les motifs de consultations des clients ?*

- 5- Etes-vous rémunéré dans le cadre de votre pratique ? *Recevez-vous des contreparties matérielles ou financières ?*

- 6- Comment avez-vous été formé à votre pratique ? *Quelles sont les modalités de transmission ? Projetez-vous de le transmettre à votre tour ? Comment continuez-vous de vous former ?*

- 7- Quelle interprétation de la maladie et de la santé avez-vous ? *Quel sens donnez-vous à la maladie et donc aux soins qui y sont liés ?*

- 8- Comment envisagez-vous la relation avec les médecins généralistes pour optimiser la prise en charge de vos patients ?

Annexe 5. Exemple de Verbatim

Extrait de l'entretien n°6 : en gras les questions posées, en italique les indications non verbales, et entre crochets les interruptions :

Elle me reçoit à l'endroit où elle consulte, dans une dépendance de sa maison. L'endroit est neuf, elle a un bureau et une table d'examen attenante.

Comment se déroule une consultation ? A quel endroit ? Avec quel matériel ?

-Ici, le plus souvent, sinon je peux me déplacer ou faire à distance, mais l'important c'est que la demande de soins vienne de la personne concernée. Si c'est un autre qui demande ça ne peut pas fonctionner. [-C'est une demande active alors ? « -Oui, c'est ça. »]

-La consultation dure au moins une heure, voire deux heures, je prends le temps de l'écoute, qui est la première partie et la plus longue, la plus importante. C'est seulement après ce moment d'écoute que je passe au soin proprement dit, par l'imposition des mains. Sur une fois, parfois plus.

-Je passe donc beaucoup de temps à écouter, je donne aussi du travail à faire à la maison ! Et j'amène à chercher la cause, comme pour l'eczéma par exemple qui est alimenté par le stress...et bien on cherche la cause du stress.

-Ensuite on fait la séance de soins, qui est un moment de détente, de bien-être. On ressent des sensations physiques au moment du soin...du chaud, du froid...

-Je me sers aussi des cartes, des pendules, des baguettes...la boule de cristal aussi, les pierres...tout peut aider !

Quels sont les soins que vous prodiguez ? Quels en sont les principes généraux ?

-Et bien l'écoute et l'imposition des mains principalement, avec les instruments si j'ai besoin. Je recharge les chakras, je recharge l'hypophyse, ça c'est des techniques énergétiques.

-Je cherche aussi les sources, je nettoie les maisons. Des fois, il y a des maisons qui sont « négatives », elles sont sur un réseau négatif, de Hartmann et Curie vous connaissez ? [-Oui.]

-Je n'arrête jamais les traitements du médecin ! Parfois les gens me posent la question sur ce que je pense des médicaments que leur a prescrit leur médecin...mais moi j'en sais rien je leur dis de continuer et que c'est pas mon domaine et si ils ont des questions c'est à leur médecin qu'il faut demander.

-Et je ne traite pas les gens s'ils ont des piles ou des corps étrangers car il y a un risque de dérèglement. Et je réadresse ailleurs aussi les gens qui veulent arrêter le tabac ! Ça je m'en occupe pas.

-Je barre aussi le feu, je reboute s'il y a des sciatiques... j'ai étudié l'hypnose aussi, mais je le fais rarement c'est vraiment en dernier recours. J'utilise les points de Knap sur les douleurs.

-Je suis médium, je vois des mots, des phrases, c'est comme un déclic.

-J'utilise aussi beaucoup les images mentales, comme l'acupuncture mais avec des descriptions à l'oral, ou l'image de la pelle, qui va creuser...

-J'encourage à la méditation, à l'activité physique, la méditation ça passe par des exercices simples, à faire à la maison, comme se mettre les jambes à la verticale le long d'un mur et respirer profondément.

-Et toucher un arbre permet de se décharger et se recharger. Et pour ne pas prendre le mal, ne pas oublier d'ancrer ses pieds à la terre, et le haut de sa tête au ciel, comme ça, ça protège.

Comment se forme votre clientèle ? Par le bouche-à-oreille, internet, publicité radio, journal, flyers ou autres ?

-Par le bouche- à- oreilles surtout, sinon j'ai mon site !

Annexe 6. Exemple de codage

Exemple du code : *transmission générationnelle*.

<Fichiers\\Entretien 1> - § 2 references coded [1,01% Coverage]

Reference 1 - 0,64% Coverage

quand il y en a dans la famille, ça saute une génération

Reference 2 - 0,38% Coverage

faut que ça saute une génération

<Fichiers\\Entretien 4> - § 4 references coded [3,38% Coverage]

Reference 1 - 1,22% Coverage

Dans la famille, on en est à la 4^{ème} génération de femmes avec moi !

Reference 2 - 0,77% Coverage

je suis en train de l'apprendre à ma fille.

Reference 3 - 0,97% Coverage

elle m'a passé le relais quand j'avais environ 40 ans

Reference 4 - 0,41% Coverage

je transmets à ma fille

<Fichiers\\Entretien 7> - § 2 references coded [1,32% Coverage]

Reference 1 - 0,37% Coverage

Mon arrière-grand-mère

Reference 2 - 0,95% Coverage

s'il le souhaite plus tard je lui expliquerai ma pratique

Annexe 7. Liste des noeuds

Nom	Sources	Références
Absence de formation	3	3
Adresse au médecin	1	2
Adresse au médecin si besoin	3	3
Adressé par le médecin	2	4
Aide complémentaire	2	2
Alcool	1	1
Apposition des mains	4	10
Apprentissage auprès de religieux	1	1
Apprentissage de l'anatomie	1	1
Apprentissage du magnétisme	1	2
Aromathérapie	1	1
Arrête le sang	1	1
Association GNOMA	1	3
Attrait pour le reboutement	1	1
Aucune relation avec d'autres guérisseurs	1	1
Auto-entrepreneur	2	2
Barrage du feu	5	8
Besoin impérieux d'aider	1	1
Bonnes fontaines	1	2
Bouche-à-oreilles	7	12
Cancer	3	7
Caractère inné du Don	1	1

Nom	Sources	Références
Cercle proche de patients prioritaire	3	3
Chakras	2	2
Chamanisme	1	1
Chimiothérapie	1	1
Concurrence à la médecine	1	1
Conjuration	1	1
Consultation unique	3	3
Contact via site web	1	1
Contre-indications à la pratique	1	1
Critère d'éligibilité=capacité d'assimilation	1	1
Croyance nécessaire pour efficacité	1	1
Début dans l'enfance	3	5
Début tardif	4	4
Découverte fortuite	3	4
Dernier recours	2	2
Déroulement médicalisé du soin	2	2
Deux métiers simultanés	2	2
Dévalorisation	1	1
Dévouement	2	2
Diabolisation du magnétisme	1	1
Dialogue	2	2
Disponibilité	1	1
Don	4	9

Nom	Sources	Références
Douleur	5	8
Durée variable	5	7
Ecoute active	1	1
Education du patient	1	2
Efficacité du magnétisme sur les animaux	2	2
Efficacité du magnétisme sur les plantes	1	2
Encercle le mal	1	1
Entorses	1	1
Exclusion de la chambre	1	1
Facteur déclenchant	4	4
Fidélité	1	1
Formation de Signadore	1	1
Formation encadrée	1	2
Formation hétéroclite	1	1
Formation longue	1	1
Formation thérapies ésseniennes	1	1
Formation-voyages	1	1
Forme à la pratique du magnétisme	1	3
Fractures	1	3
Géobiologue	1	1
Guérison	2	4
Hérédité	3	4
Horaires	2	2

Nom	Sources	Références
Hypnose	2	2
Importance de la nature	3	7
Importance de l'écoute	3	4
Importance du médecin	1	1
Importance d'une demande active de la part du patient	2	2
Influence de la couleur de peau	1	2
Influence guérisseur unique	1	1
Interaction discrète avec le médecin	2	2
Interaction rare avec le médecin	1	1
Interprétation de l'arthrose	1	3
Interprétation du magnétisme	4	5
Limites de sa pratique	2	4
Local dédié	4	4
Magnétisme	3	5
Magnétisme ressenti par le patient	1	1
Matériel d'immobilisation	1	2
Matériel-baguette	1	2
Matériel-baguette de coudrier	1	1
Matériel-boule de cristal	1	1
Matériel-cartes	1	2
Matériel-pendule	3	5
Matériel-photo	5	7
Matériel-pierres	1	1

Nom	Sources	Références
Matériel-tambour chamanique	1	1
Mauvais oeil	1	3
Maux liés à l'âge	1	1
Médecine quantique progressiste	1	1
Méditation	1	2
Médium	3	3
Méthode	6	16
Métier à plein temps	1	1
Métier antérieur différent	2	2
Mode de consultation sur rendez-vous	2	2
Motif de consultation non nécessaire au soin	1	1
Motifs psychologiques	3	5
Motifs variés	6	8
Mouvement de fluide	2	11
Mudras	1	1
Nécessité du Don	1	1
Nombre de patients variable	1	1
Notions biomédicales	1	1
Notions d'anatomie	2	5
Notions de psychologie	1	1
Objets métalliques bloquent le magnétisme	2	2
Origine psychosomatique de la maladie	3	3
Ouverture de la médecine au magnétisme récente	1	1

Nom	Sources	Références
Pas d'ascendance	1	1
Pas de diagnostic	2	2
Pas de formations ponctuelles	1	1
Pas de lien religion-pratique	1	2
Pas de local dédié	3	3
Pas de matériel spécifique	1	1
Pas de rémunération	3	4
Pas de transmission	2	2
Pas d'interprétation	4	4
Pas un Don	1	1
Patientèle médicale et paramédicale	1	1
Patientèle variée	1	1
Peu de contact via site web	2	2
Pharmacopée multiple	1	2
Plusieurs consultations	5	5
Polarité	3	9
Pratique continue	1	1
Pratique du guérissage par les religieux	1	1
Pratique empirique	2	2
Pratique fatigante psychologiquement	1	1
Pratique secrète	1	1
Prends le mal	4	7
Présence du patient pour le soin	1	1

Nom	Sources	Références
Présence physique non nécessaire	1	1
Prières	1	3
Problèmes articulaires	2	3
Problèmes cutanés	6	12
Problèmes de rachis	3	3
Problèmes oculaires	1	1
Problèmes uro-digestifs	1	2
Professionnalisation	2	2
Proximité de la mort	1	2
Psychanalyse	1	1
Radiothérapie	2	7
Reboutement	2	2
Recherche de la causalité des maux	1	2
Règles avec sanctions	3	4
Règles hygiéno-diététiques	2	4
relation anatomie-théorie énergétique	1	1
Relation au médecin	5	9
Relation aux autres guérisseurs	1	1
Relation d'aide	1	1
Relation distante avec les autres guérisseurs	1	1
Rémunération annule l'efficacité	1	1
Rémunération du déplacement par le patient	1	1
Rémunération en nature	2	2

Nom	Sources	Références
Rémunération financière	3	4
Rémunération fixe	1	1
Rémunération=charlatanisme	1	1
Rencontre avec les médecins	1	2
Répertoire informatisé	1	1
Réseau de Hartmann et Curie	1	1
Respect du médecin	2	2
Respect du traitement médical	4	5
Ressent le Don chez autrui	2	2
Ressenti agréable du soin	1	1
Rôle de l'eau	4	8
Rôle de support	2	3
Satisfaction personnelle	2	2
Savoir ne pas prendre le mal	2	4
Scepticisme	1	1
Se différencie du médecin	2	2
Sédentarité	1	1
Sensations physiques du guérisseur	3	3
Sensations physiques du patient	3	3
Signes de croix	1	2
Soigne les symptômes	1	1
Soins quotidiens si nécessaire	1	2
Sollicité par le médecin	2	2

Nom	Sources	Références
Sollicité par le patient	1	1
Souffle chaud	1	1
Souffle froid	1	3
Soulagement	1	1
Soulagement immédiat	2	2
Sourcier	1	2
Squelette	1	1
Succès du soin	2	2
Suivi si besoin	1	1
Tabac	2	2
Théorie fluidiste énergétique	4	19
Tierce personne révélatrice	3	4
Tradition	1	1
Transmission à plus jeune obligatoire	1	1
Transmission extra familiale	1	1
Transmission générationnelle	3	8
Transmission genrée	2	5
Transmission involontaire	1	1
Transmission non universelle	1	1
Transmission orale	1	1
Transmission volontaire	2	4
Travail à distance	6	12
Travail à domicile	2	2

Nom	Sources	Références
Travail avec réseau médical et paramédical	2	3
Travail dans la chambre	1	1
Universalité de la capacité à soigner	2	2
Universalité du magnétisme	1	1
Usage de protections	2	2
Utilisation d'instruments si nécessaire	1	1
Visite lointaine	1	1
Visites	4	4
Visites hospitalières	2	3

Figure 10 : Liste des codes

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Le guérisseur limousin : entre tradition et modernité. Etude qualitative menée auprès de guérisseurs limousins.

Contexte : Le guérisseur véhicule une image fantasmée entre mystère et secret, et si on pourrait croire qu'il s'agit d'un phénomène daté, le personnage du guérisseur existe toujours en Limousin et s'est adapté à la modernité. **Objectif** : Dresser l'état des lieux concernant le guérisseur limousin contemporain. Comprendre les itinéraires thérapeutiques et les trajectoires individuelles du guérisseur au cœur d'un système de soin. **Matériel et Méthode** : Étude qualitative portant sur des guérisseurs en Limousin au cours d'entretiens semi-dirigés suivant un guide d'entretien prédéfini. Le recueil des données a été effectué jusqu'à saturation. Le codage descriptif ouvert et l'analyse thématique ont été réalisés sur le logiciel Nvivo. **Résultats** : 7 guérisseurs ont participé en entretiens semi-dirigés individuels. 215 codes axiaux sont ressortis et regroupés en 4 thèmes : la transmission et la formation, les pratiques, les pathologies et leur causalité, et les relations et interactions avec les malades, les médecins et les autres guérisseurs. **Discussion** : Le recours au guérisseur s'articule autour d'un système entre le malade, le médecin et le guérisseur pour différents motifs à toutes les étapes que le souffrant traverse pendant un problème de santé. Le guérisseur pratique une médecine centrée sur le malade, et la relation thérapeutique qui s'instaure est d'une grande importance. Les rapports qu'il entretient avec le médecin sont mutuels et officieux, et les exemples de collaborations se multiplient. **Conclusion** : Le guérisseur limousin a su concilier son héritage sur des questions de pratique et de philosophie avec des pratiques modernes de professionnalisation et de formation. A quand une intégration officielle avec des recherches collaboratives ?

Mots-clés : Guérisseur limousin, Relation Guérisseur-Malade, Relation Guérisseur-Médecin, Itinéraires thérapeutiques

Limousin healer : between tradition and modernity. A qualitative study with limousin healers.

Background : Healers convey a fantasy between mystery and secret, and unlike one might have expected, the healer's character still exists in Limousin and has adapted to modernity. **Aim** : To establish the state of play of the contemporary Limousin healer. To understand therapeutic itineraries and healer's individual journey at the core of the health care system. **Materials and Methods** : A qualitative study on healers in Limousin was conducted using semi-structured interviews in accordance with a predefined interview guide. The data were gathered until saturation. Initial descriptive encoding and thematic analysis were carried out using a software called Nvivo. **Results** : 7 healers participated in semi-structured interviews. 215 axial codes emerged and were then divided in 4 themes : transmission and training, practices, pathologies and causalities, and relationships and interactions with patients, doctors and other healers. **Discussion** : The resort to the healer revolve around a system between the patient, the doctor and the healer for many reasons at every steps the poorly goes through during health problem. Healer practices a patient's centered medicine, and the therapeutic relationship which is established have major importance. Connections he maintain with the doctor are mutuals and unofficials, and exemples of collaborations are increasing. **Conclusion** : : Limousin healer has known reconciling legacy about questions of practice and philosophy with modern practices of professionalization and training. When will it be official integration with collaboratives researchs ?

Keywords : Limousin healer, Healer-patient relationship, Healer-doctor relationship, therapeutic itineraries

