

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 juin 2020

Par Aurore Strugala Branchu

Né(e) le 1er octobre 1988 à Roussillon

GUERISSEURS, ENTRE MEFIANCE ET CURIOSITE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN

Étude qualitative

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET et Ludovic LE MOING

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG.....Présidente

M. le Professeur Daniel BUCHON, PE.....Juge

M. le Professeur Vincent GUIGONIS, PU-PH.....Juge

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

M. le Docteur Ludovic LE MOING, MSU-MG.....Membre invité

M. le Docteur Guillaume GONDRAN, PH.....Membre invité





Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 juin 2020

Par Aurore Strugala Branchu

Né(e) le 1er octobre 1988 à Roussillon

GUERISSEURS, ENTRE MEFIANCE ET CURIOSITE : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES DU LIMOUSIN

Étude qualitative

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET et Ludovic LE MOING

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG.....Présidente
M. le Professeur Daniel BUCHON, PE.....Juge
M. le Professeur Vincent GUIGONIS, PU-PH.....Juge
Mme. le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG.....Juge
M. le Docteur Ludovic LE MOING, MSU-MG.....Membre invité
M. le Docteur Guillaume GONDRAN, PH.....Membre invité



DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

ASSESEURS :

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**
Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**
Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (surnombre jusqu'au 31-08-2020)	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique (surnombre jusqu'au 31-08-2020)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry VIEILLISSEMENT	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
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
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 (CS CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît PREVENTION (en détachement jusqu'au 04-11-2020)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE

MOHTY Dania (en disponibilité jusqu'au 14-02-2021)	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie ET PREVENTION	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves READAPTATION	MEDECINE PHYSIQUE ET DE
SAUTEREAU Denis (surnombre jusqu'au 31-08-2020)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille VIEILLISSEMENT	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre METABOLIQUES	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain PREVENTION	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël
STOMATOLOGIE
(du 01-09-2019 au 31-08-2020)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et

KARAM Henri-Hani
(du 01-09-2019 au 31-08-2020)

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane
(du 01-09-2019 au 31-08-2020)

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre
VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan du 01-09-2019 au 31-08-2022

LAUCHET Nadège du 01-09-2017 au 31-08-2020

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule du 01-09-2018 au 31-08-2021

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01-09-2019 au 31-08-2020

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2020

VIROT Patrice du 01-09-2019 au 31-08-2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie 1 ^{er} contrat	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER) 31/10/20
DAURIAT Benjamin CYTOGENETIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET
DERBAL Sophiane 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE ANATOMIE 31/10/20
DOUCHEZ Marie 1 ^{er} contrat	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20
DUPONT Marine 1 ^{er} contrat	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE 31/10/21
DURIEUX Marie-Fleur 1 ^{er} contrat	PARASITOLOGIE 31/10/21
GUYOT Anne 1 ^{er} contrat	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE 31/10/21
HERMINEAUD Bertrand 1 ^{er} contrat	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE 31/10/21
HUMMEL Marie 1 ^{er} contrat	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20
LEFEBVRE Cyrielle 1 ^{er} contrat	ANESTHESIE REANIMATION 31/10/21
PIHAN Franck 1 ^{er} contrat	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20
RIAHI Edouard 1 ^{er} contrat (Fin de contrat le 30/04/2020)	MEDECINE NUCLEAIRE 31/10/21
RIVAILLE Thibaud 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE-ANATOMIE 31/10/20
SANSON Amandine 1 ^{er} contrat	ANESTHESIE REANIMATION 31/10/21
TCHU HOI NGNO Princia 31/10/20 1 ^{er} contrat	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie 1 ^{er} contrat	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE 31/10/20
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 31/10/20
AUBLANC Mathilde 1 ^{er} contrat	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20
BAÏSSE Arthur 1 ^{er} contrat	REANIMATION POLYVALENTE 31/10/21
BEEHARRY Adil 1 ^{er} contrat	CARDIOLOGIE 31/10/20
BLOSSIER Jean-David CARDIOVASCULAIRE 31/10/20 3 ^e contrat	CHIRURGIE THORACIQUE ET
BOSETTI Anaïs VIEILLISSEMENT 1 ^{er} contrat	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
BRISSET Josselin 31/10/21 1 ^{er} contrat	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène 1 ^{er} contrat	RADIOLOGIE 30/04/2021
CHAUVET Romain 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE VASCULAIRE 31/10/21
CISSE Fatou 1 ^{er} contrat	PSYCHIATRIE 31/10/21
COMPAGNAT Maxence READAPTATION 31/10/20 3 ^e contrat	MEDECINE PHYSIQUE ET DE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs (du 02/05/17 au 01/05/20) 2 ^{ème} contrat	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie 1 ^{er} contrat	NEUROLOGIE 31/10/21
DESVAUX Edouard 1 ^{er} contrat	MEDECINE GERIATRIQUE 31/10/21
DUVAL Marion 1 ^{er} contrat	NEPHROLOGIE 31/10/21

EL OUAFI Zhou 1 ^{er} contrat	NEPHROLOGIE 31/10/20
FAURE Bertrand 2 ^{ème} contrat	PSYCHIATRIE d'ADULTES 31/10/20
FAYEMENDY Charlotte 1 ^{er} contrat	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/19
FROGET Rachel 1 ^{er} contrat	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE
GEYL Sophie 1 ^{er} contrat	GASTROENTEROLOGIE 31/10/20
GHANEM Khaled 1 ^{er} contrat	ORL 31/10/20
GILBERT Guillaume 1 ^{er} contrat	REANIMATION POLYVALENTE 31/10/21
GUTTIEREZ Blandine 1 ^{er} contrat	MALADIES INFECTIEUSES 31/10/20
HANGARD Pauline 1 ^{er} contrat	PEDIATRIE 31/10/2021
HARDY Jérémy TRAUMATOLOGIQUE 31/10/20 2 ^{ème} contrat	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
HESSAS-EBELY Miassa 1 ^{er} contrat	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE 31/10/20
KRETZSCHMAR Tristan 1 ^{er} contrat	PSYCHIATRIE d'ADULTES 31/10/19
LACOSTE Marie 1 ^{er} contrat	MEDECINE INTERNE 31/10/19
LALOZE Jérôme 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE PLASTIQUE 31/10/21
LEGROS Maxime 1 ^{er} contrat	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20
LEHMANN Lauriane 1 ^{er} contrat	GASTROENTEROLOGIE 31/10/19
MAURIANGE TURPIN Gladys 1 ^{er} contrat (congé maternité du 05/04/20 au 25/07/20)	RADIOTHERAPIE 31/10/21

MEUNIER Amélie 1 ^{er} contrat	ORL 31/10/21
MICLE Liviu-Ionut 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE INFANTILE 31/10/20
MOWENDABEKA Audrey 1 ^{er} contrat	PEDIATRIE 31/10/20
ORLIAC Hélène 1 ^{er} contrat (fin 30/04/20)	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon 31/10/21 1 ^{er} contrat	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain 31/10/21 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine 1 ^{er} contrat	ONCOLOGIE MEDICALE 31/10/21
PLAS Camille 1 ^{er} contrat	MEDECINE INTERNE B 31/10/20
QUILBE Sébastien 1 ^{er} contrat	OPHTALMOLOGIE 31/10/20
SIMONNEAU Yannick 1 ^{er} contrat	PNEUMOLOGIE 31/10/20
SURGE Jules 1 ^{er} contrat	NEUROLOGIE 31/10/2021
TRICARD Jérémy CARDIOVASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 31/10/20 1 ^{er} contrat	CHIRURGIE THORACIQUE ET
VAIDIE Julien 1 ^{er} contrat	HEMATOLOGIE CLINIQUE 31/10/20
VERLEY Jean-Baptiste 31/10/21 1 ^{er} contrat	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas 1 ^{er} contrat	OPHTALMOLOGIE 31/10/21

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline 31/10/21
1^{er} contrat

SEVE Léa 31/10/20
2^{ème} contrat

À mes parents,

« Existe-t-il une séparation entre le corps et l'esprit
et si oui, lequel est-il préférable d'avoir ? »
Woody Allen

Remerciements

A Madame le Professeur Dumoitier, qui a accepté de présider ce jury ; le jury d'une vie. Merci pour le dévouement auprès de vos internes dont vous avez fait preuve pendant ces trois années écoulées.

A Monsieur le Professeur Buchon, qui a immédiatement accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous en remercie et espère être à la hauteur des précédents sujets de médecines alternatives que vous avez déjà jugés.

A Monsieur le Professeur Guigonis, qui a été le médecin le plus bienveillant qu'il m'ait été donné de cotoyer durant mon internat. Merci pour les valeurs impulsées lors de ce semestre en pédiatrie. J'en garderai un excellent souvenir. Vous me faites un grand honneur d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

A Madame le Docteur Lauchet, qui a hérité de toutes les thèses concernant les médecines alternatives en Limousin cette dernière décennie... Elle a su être une directrice de thèse pédagogue et efficace. Je la remercie également pour son dynamisme et sa jovialité qui ont rendu l'atmosphère de cette étude stimulante.

A Monsieur le Docteur Le Moing, qui a cru en cette thématique du début à la fin et qui a su déployer son sens critique et d'infinies références en la matière. Merci pour cette direction de thèse qui fut posée et éclairante.

A Monsieur le Docteur Gondran, qui a été la première personne à me souffler la thématique des guérisseurs lors de mon premier semestre en service de polyclinique. Votre passion pour votre métier et votre faculté de réflexion sur n'importe quel sujet médical me sont restées en tête. Merci à vous pour cet éclectisme.

A certains de mes formateurs par ordre chronologique : Monsieur le Docteur Palat, Monsieur le Professeur Karam, Madame le Docteur Masson, Madame le Docteur Laroche, Madame le Docteur Debacque, Monsieur le Docteur Baudot, Monsieur le Docteur Nicot, Monsieur le Docteur Durand, je vous remercie de m'avoir apporté le goût et la rigueur de ce merveilleux travail. Chacune de vos personnalités ont été des modèles pour ma pratique future.

Aux médecins généralistes, qui m'ont accueillie dans leur cabinet afin de me consacrer un peu de leur temps précieux. Je consacrerai un peu du mien pour vous envoyer les résultats tant réclamés. Merci à vous de faire perdurer ce beau métier tout en restant disponibles pour vos futurs collègues.

A mes parents, qui m'ont soutenue dans mon parcours pluri-professionnalisant et qui ont su permettre à certaines utopies de prendre vie. Merci de m'avoir transmis votre goût pour la curiosité, la ténacité et l'ambition.

A mon mari, sur qui ont été répercutés tous les coups de blues, les incertitudes, les moments d'épuisement, mais aussi les réussites dont nous pouvons être fiers ensemble. Je ne quantifie plus le nombre de sacrifices, ni l'énorme investissement commun que mes engagements nous ont nécessité. Mais la nouvelle vie qui s'ouvre désormais à nous ne conservera que cette satisfaction des projets aboutis. Un grand merci.

A mes deux adorables filles, Ludivine et Thaïs, qui ont éclairé leur maman depuis leur arrivée au monde. Deux rayons de soleil qui m'ont permis de tenir un équilibre et de concilier chaque moment de la vie d'une femme à celui d'une étudiante en médecine. Merci.

A ma belle-famille, qui a toujours été d'une aide précieuse ; qu'il s'agisse d'un aspect logistique pour assister à un congrès ou d'une interminable relecture de thèse. Merci à vous pour votre soutien indéfectible.

A Marjorie, merci pour tes relations. Sans toi, cette thèse n'aurait tout simplement pas vu le jour. Merci aussi pour tous ces petits bonheurs de mamans, partagés au fil de ces années de dur-labeur.

Aux belles rencontres de mon internat, Sarah, Rafaëla, Pauline, Violette, merci pour votre bonne humeur, en souhaitant à toutes de beaux projets.

A tous mes amis qui ont été des bouffées d'oxygène, merci infiniment.

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

Introduction	28
I. Médecine conventionnelle.....	29
I.1. Médecine factuelle.....	29
I.2. Modèle allopathique	30
II. Médecines non conventionnelles	31
II.1. Définitions	31
II.1.1. La non-appartenance.....	31
II.1.2. Caractérisation d'une identité propre	31
II.2. Terminologie et sémantique	31
II.3. Classification	32
II.4. Un engouement chiffré	33
II.5. Contexte actuel.....	34
II.5.1. Vers une reconnaissance	34
II.5.1.1. Législative	34
II.5.1.2. Ordinale.....	35
II.5.1.3. Scientifique.....	35
II.5.2. Problématiques dans l'exercice non conventionnel.....	35
II.5.3. Exercice illégal de la médecine.....	35
II.5.4. Santé intégrative	36
II.5.4.1. La recherche d'un équilibre global	36
II.5.4.2. L'apport des pratiques psychocorporelles.....	36
II.6. Focus : Le guérisseur	38
II.6.1. Les origines.....	38
II.6.1.1. Des jalons anciens	38
II.6.1.2. L'antiquité gréco-romaine :.....	39
II.6.1.3. Le moyen âge.....	39
II.6.1.4. La Renaissance.....	39
II.6.1.5. Les Lumières.....	39
II.6.1.6. Le XIX ^{ème} siècle	40
II.6.1.7. Notre société contemporaine	40
II.6.2. Terminologie	40
II.6.3. Un soignant ?.....	41
II.6.4. Don, force et secret.....	42
II.6.5. Rituel et pharmacopée.....	42
II.6.6. L'exercice	42
II.6.7. Typologie	43
II.6.7.1. Panseurs de secret ou conjureurs.....	43
II.6.7.2. Rebutoux, ou rhabilleurs	43
II.6.7.3. Désensorcelleurs, ou désenvouteurs	43
II.6.7.4. Magnétiseurs et radiesthésistes.....	44
II.6.7.5. Reiki	44
II.6.7.6. Géobiologues	44
II.6.8. Du côté patient.....	44
II.6.8.1. Un profil précis	44
II.6.8.2. Motivations	45

II.6.8.2.1. Le type d'affection.....	45
II.6.8.2.2. En chiffres.....	45
II.6.8.2.3. Un rejet de la médecine conventionnelle hégémonique.....	45
II.6.8.2.4. La recherche d'alternatives moins iatrogènes.....	46
II.6.8.2.5. La recherche d'une relation visant l'autonomie.....	46
II.6.8.2.6. Des pratiques rurales intégrées.....	46
II.6.8.2.7. Des pratiques moins onéreuses.....	47
II.6.8.3. Que retenir.....	48
II.6.8.4. Croyances.....	49
II.6.9. Relation triangulaire.....	49
II.6.9.1. Le patient.....	49
II.6.9.2. Le guérisseur.....	50
II.6.9.3. Le médecin.....	51
II.6.9.4. Abus et dérives.....	52
II.6.9.5. Vers un pluralisme thérapeutique ?.....	53
II.7. Évaluation quantitative des thérapies non conventionnelles.....	54
II.7.1. Effet placebo.....	54
II.7.2. Évaluation des pratiques non médicamenteuses.....	55
II.7.2.1. Définition d'une intervention non médicamenteuse et son contexte.....	55
II.7.2.2. Structures traitant des INM.....	58
II.7.2.2.1. CEPS.....	58
II.7.2.2.2. GETCOP.....	58
II.7.2.2.3. INSERM U1178.....	58
II.7.2.3. Objectifs des INM.....	58
II.7.2.4. Conceptualisation.....	59
II.7.2.5. Méthode.....	59
II.7.2.5.1. Définir un objet d'étude.....	59
II.7.2.5.2. Choisir un critère de jugement pertinent.....	59
II.7.2.5.3. Les difficultés.....	59
II.7.2.5.4. En résumé.....	60
II.7.2.6. Apport de la recherche qualitative dans ce domaine.....	60
II.8. Conclusion.....	62
III. Le Limousin.....	63
III.1. Données socio-économiques.....	63
III.2. Démographie générale.....	63
III.3. Démographie médicale.....	64
III.3.1. Entre tradition et modernité.....	67
III.3.1.1. Territoire historique de guérisseurs.....	67
III.3.1.2. Le guérisseur Limousin.....	68
III.3.1.2.1. Don, transmission et formation.....	68
III.3.1.2.2. Ses pratiques.....	68
III.3.1.3. Ses questionnements.....	69
III.3.1.3.1. Origine et causalité des maux.....	69
III.3.1.3.2. Mécanisme d'efficacité ?.....	69
III.3.1.4. Ses relations.....	69
III.3.1.4.1. Avec le malade.....	69
III.3.1.4.2. Avec le médecin.....	69
III.3.1.4.3. Avec des pairs.....	69

III.3.1.5. Conclusion.....	70
IV. Matériel et méthode	71
IV.1. Objectifs	71
IV.2. Type d'étude	71
IV.3. Recrutement de l'échantillon.....	71
IV.4. Méthode	71
IV.4.1. Le guide d'entretien.....	71
IV.4.2. Le recrutement des médecins généralistes.....	72
IV.4.3. Le recueil des données	73
IV.4.4. La transcription des entretiens	73
IV.4.5. Analyse des données	73
IV.4.5.1. Descriptive	73
IV.4.5.2. Axiale	73
IV.4.5.3. Matricielle.....	73
V. Résultats.....	75
V.1. Présentation de la population des médecins généralistes rencontrés.....	75
V.1.1. Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieu d'exercice des médecins généralistes.....	75
V.1.2. Représentativité géographique.....	78
V.1.3. Caractéristiques de leur activité professionnelle	79
V.1.4. En tant que médecin-patient.....	81
V.1.5. Présence d'une composante religieuse.....	81
V.2. Analyse descriptive	82
V.3. Analyse thématique.....	83
V.3.1. Difficultés de cette thématique	83
V.3.1.1. Thématique déstabilisante	83
V.3.1.2. Une interrogation de classification	84
V.3.2. Connaissances des médecins généralistes sur les guérisseurs	85
V.3.2.1. Ce qu'est un guérisseur	85
V.3.2.1.1. De son histoire au contexte actuel	85
V.3.2.1.2. En région limousine.....	86
V.3.2.1.3. Sa formation	87
V.3.2.1.4. Son don et son pouvoir	87
V.3.2.1.5. Ses techniques et ressources	88
V.3.2.1.6. Les pathologies dont il s'occupe	88
V.3.2.1.7. Son objectif.....	89
V.3.3. Dichotomie des deux protagonistes	91
V.3.3.1. Leur formation.....	92
V.3.3.2. Leur exercice	92
V.3.3.3. La notion de diagnostic	93
V.3.3.4. Leur reconnaissance et légitimité	94
V.3.3.5. Jugement et dépréciation.....	95
V.3.4. Recherche d'une explication	96
V.3.4.1. Une efficacité relative.....	96
V.3.4.2. Bilan d'une souffrance difficile à appréhender	96
V.3.4.3. Explication par la croyance magique	97
V.3.4.4. Par un mécanisme	98

V.3.4.4.1. Neurologique	98
V.3.4.4.2. Psychologique	99
V.3.4.4.3. Placebo	99
V.3.4.5. Absente	99
V.3.5. Sentiments à l'égard du guérisseur	100
V.3.5.1. Méfiance	100
V.3.5.2. Une dangerosité redoutée	101
V.3.5.2.1. Charlatanisme	102
V.3.5.3. Ouverture, curiosité, confiance	103
V.3.5.4. Indifférence et neutralité	103
V.3.6. Les relations entretenues	104
V.3.6.1. Entre le médecin et son patient	104
V.3.6.2. Entre le guérisseur et son patient	108
V.3.6.3. Entre le médecin et le guérisseur	108
V.3.6.3.1. Un lien dès l'enfance	108
V.3.6.3.2. Une interaction professionnelle à développer	109
V.3.6.3.3. Problématique du secret médical partagé	110
V.3.6.4. Acceptation du guérisseur sous réserve d'absence de nuisances	110
V.3.6.4.1. Connaître sa place et ses limites	111
V.3.6.5. Types de pathologies « autorisés »	112
V.4. Analyse matricielle	113
V.4.1. Thématique et classification	113
V.4.2. Son action	114
V.4.3. Un soignant ou non	114
V.4.4. Psychologie et croyance	115
V.4.5. Méfiance et dangerosité	115
V.4.6. Habitudes de recours	116
V.4.7. Souhait relationnel et curiosité	116
VI. Discussion	117
VI.1. Validité interne	117
VI.2. Validité externe	118
VI.2.1. Une thématique d'abord difficile	118
VI.2.2. Un guérisseur, c'est...	119
VI.2.2.1. Un personnage ancestral	119
VI.2.2.2. Un personnage doté d'un cadre favorisant	119
VI.2.2.3. Une alternative, un complément	120
VI.2.2.4. Un personnage émergent hors des problématiques du système de santé	120
VI.2.2.5. Un personnage troublant car non uniformisé	121
VI.2.2.6. Un praticien pluridisciplinaire	122
VI.2.2.7. Une particularité du Limousin	124
VI.2.3. Deux protagonistes en opposition	125
VI.2.3.1. Entre magie et rationalité	125
VI.2.3.2. Une dichotomie même entre guérisseurs	126
VI.2.3.3. Nous sommes tous des guérisseurs	126
VI.2.3.4. Entre rejet, validation et volonté d'encadrement	127
VI.2.4. La supériorité de l'esprit sur le corps	129
VI.2.5. Un mélange de sentiments	132
VI.2.5.1. Une méfiance tenace	132

VI.2.5.2. La curiosité d'une découverte	133
VI.2.6. Les relations entre protagonistes	134
VI.2.6.1. Vers une ouverture du médecin et une autonomie du patient	134
VI.2.6.2. Méconnaissance de la relation guérisseur-patient.....	137
VI.2.6.3. Médecin et guérisseur : chacun à sa place.....	137
Conclusion	140
VII. Bibliographie	142
Annexes	147
Serment d'Hippocrate	163

Table des illustrations

Figure 1 : paradigme EBM reposant sur trois piliers(5).....	29
Figure 2 : Pathologies des patients recourant aux médecines alternatives	33
Figure 3 : Du côté patient : Utilité de parler des praticiens alternatifs avec son médecin traitant(49).....	50
Figure 4 : Exemple de dérive isolée, identifiée par le rapport des dérives sectaires soumis au Sénat en 2013.....	53
Figure 5 : affichages d'une différence entre les INM et les médecines non conventionnelles au ICEPS 2019.....	56
Figure 6 : catégories et sous catégories des INM(76)	57
Figure 7 : stratégie de recherche au sujet des pratiques non conventionnelles devant aboutir à une aide à la décision(48)	61
Figure 8 : stratégie de recherche au sujet des pratiques non conventionnelles devant aboutir à une meilleure connaissance de l'effet spécifique(48).....	61
Figure 9 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes actifs entre 2007 et 2018 - Source Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2013	65
Figure 10 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes par département entre 2007 et 2018(85).....	65
Figure 11 : Profil démographique des médecins généraliste libéraux et mixtes à l'échelle départementale – Source CNOM 2013	66
Figure 12 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10000 habitants à l'échelle des bassins de vie – Source CNOM 2013	66
Figure 13 : Pyramide des âges en région Limousin(84)	67
Figures 14,15, 16 et 17 : Caractéristiques de genre, d'âge, de lieu d'exercice et de type d'installation des médecins généralistes libéraux interrogés.	77
Figure 18 : Proportion de médecins rencontrés selon leur département	78
Figure 19 : Cartographie des lieux d'exercice des médecins généralistes rencontrés (zone grisée correspondant aux trois départements d'intérêt).....	79
Figures 20 et 21 : Présence d'une activité non conventionnelle associée et leur type	80
Figure 22 : Expérience personnelle auprès des guérisseurs, parmi l'échantillon médical.....	81
Figure 23 : croyances religieuses des médecins interrogés	81
Figure 24 : Lien entre croyances et expérience auprès de guérisseurs sur l'échantillon interrogé	82
Figure 25 : Théorie psychologique de Berlo en communication interindividuelle(134).....	131

Table des tableaux

Tableau 1 : classification OMS des familles thérapeutiques alternatives (18).....	33
Tableau 2 : Différents courants théoriques de prise en charge psychocorporelle utilisés en santé intégrative(29).....	37
Tableau 3 : Terminologie du mot « Guérisseur »(35)	41
Tableau 4 : Récapitulatif des motifs de recours et les motifs de non recours aux guérisseurs(48)(49)(50)(51)	48
Tableau 5 : appellations similaires des INM (76)	56
Tableau 6 : Part de personnes âgées de ≥ 75 ans (en %), Agence Régionale de Santé (ARS), 2010.....	64
Tableau 7 : Les effectifs des médecins en activité générale en Limousin – Source CNOM 2013	64
Tableau 8 : Médecins généralistes à l'échelle départementale(85)	67
Tableau 9 : Données sociodémographiques et professionnelles des médecins libéraux rencontrés	76
Tableau 10 : Références émergentes sur la thématique et le tabou en fonction des attributs des médecins généralistes.....	113
Tableau 11 : Références émergentes sur la tentative de classification du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.....	114
Tableau 12 : Références émergentes sur l'action du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.....	114
Tableau 13 : Références émergentes sur le caractère soignant ou non du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.....	114
Tableau 14 : : Références émergentes sur la notion de psychologie en fonction des attributs des médecins généralistes.....	115
Tableau 15 : Références émergentes sur le mystère du guérisseur et la croyance en fonction des attributs des médecins généralistes.	115
Tableau 16 : Références émergentes sur la notion de méfiance et de dangerosité en fonction des attributs des médecins généralistes.	116
Tableau 17 : Références émergentes sur les habitudes de recours aux guérisseurs des médecins généralistes en fonction de leurs attributs.	116
Tableau 18 : Références émergentes sur le souhait relationnel en fonction des attributs des médecins généralistes.....	116
Tableau 19 : Étude comparative d'utilisation des MAC selon les séries récentes publiées de cas féminins de cancer du sein(111).....	123

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CAM : Complementary and Alternative Medicines (MAC en français)

CEPS : Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CUMIC : Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

ECR : Essai Clinique Randomisé

EDMR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EVA : Échelle Visuelle Analogique

GETCOP : Groupement d'Évaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées

GNOMA : Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives

IASP : International Association for the Study of Pain

INM : Interventions Non Médicamenteuses

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires (CAM en anglais)

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMCNC : Observatoire des Médecines Complémentaires Non Conventionnelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNAMAP : Syndicat National des Magnétiseurs et Praticiens en méthodes naturelles et traditionnelles

ThC : Thérapies Complémentaires

UEMR : Union Européenne des Magnétiseurs et Rebouteurs

Introduction

“Because it doesn't look the same, I think physicians don't know how to receive it.(1)”

Cette phrase d'un médecin généraliste canadien s'interroge sur l'accueil des pratiques dites « alternatives » par les médecins généralistes.

Il est évident que nous faisons moins confiance à ce que nous connaissons peu en comparaison des pratiques professionnelles que nous appliquons au quotidien. De ce fait, le médecin généraliste est souvent méfiant de prime abord envers des pratiques jugées incompatibles avec le concept d'« evidence-based medicine(2)» (EBM). Ce concept est né dans les années 1980 au Canada et berce les médecins depuis leur première année d'enseignement facultaire. La médecine est un art autant qu'une science. Elle utilise des fondements reposant sur des niveaux de preuves comme on peut le retrouver dans les essais cliniques. Mais le paradigme de l'EBM présenté comme dominant vis-à-vis de tout autre concept est parfois énergiquement combattu(3).

Le mouvement actuel, tendant vers des thérapies moins iatrogènes que la médecine conventionnelle, favorise la multiplication de nouvelles pratiques dites plus « douces », « naturelles » ou encore « parallèles ». En exergue de ces pratiques, est constatée une résurgence de savoirs anciens transmis de génération en génération par des guérisseurs. A la fois présentes traditionnellement dans certaines régions et percevant elles aussi l'essor actuel d'une prise en charge globale de l'humain, ces pratiques très diverses voire insolites ouvrent le soin à des techniques et des rites propres. Mais c'est bien le comportement du médecin généraliste traitant vis-à-vis de ces pratiques en marge qui nous interpelle. Qu'en est-il à l'heure actuelle dans les cabinets du Limousin ?

Ce territoire semble propice à l'étude de cette problématique ; tant il est riche de son histoire populaire faisant état de dons, de sorcellerie et de légendes(4). La thèse de V. Vidano, qui me précède, en témoigne et nous apporte déjà le point de vue des guérisseurs. Nous réalisons dans cette étude un état des lieux des pratiques en cabinet de médecine générale afin de placer son acteur principal, le médecin, au centre du dialogue. Il est en effet intéressant de savoir ce qu'ils connaissent des guérisseurs, comment les médecins s'approprient ces pratiques dans le cadre d'une consultation, leurs comportements de conseils et enfin de connaître leur ressenti face à une patientèle de plus en plus demandeuse de nouvelles solutions.

I. Médecine conventionnelle

La médecine conventionnelle ou médecine académique est la plus répandue à l'heure actuelle. Elle est enseignée dans les facultés, débouchant sur un diplôme de docteur en médecine.

I.1. Médecine factuelle

La formalisation du concept d'« evidence based medicine » est née au Canada dans les années 1980 par G. Guyatt(2). La traduction incorrecte d'une médecine fondée sur les preuves a été remplacée depuis par les termes « médecine basée sur des données probantes », « médecine basée sur le niveau de preuve » ou encore « médecine factuelle ».

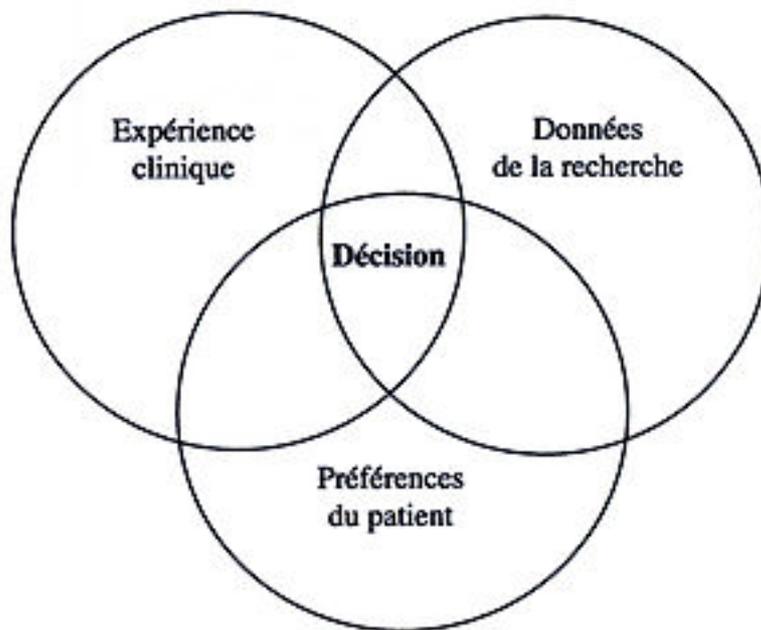


Figure 1 : paradigme EBM reposant sur trois piliers(5)

Le paradigme EBM conjugue l'expérience du clinicien aux meilleures données cliniques actuelles en tenant compte des préférences de patient pour aboutir à une décision éclairée. Utilisé depuis comme support d'apprentissage facultaire, les bonnes pratiques EBM sont donc bien ancrées dans notre pratique usuelle. Le processus EBM se décompose en 4 temps : la formulation d'une problématique claire et précise nécessitant ensuite une recherche dans les articles scientifiques pertinents et appropriés. Il sera ensuite nécessaire d'évaluer la validité et l'utilité des résultats obtenus avant la mise en application de ces résultats dans le parcours de soin dédié au patient concerné. Ce concept s'appuie sur « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques (5)* ». En pratique, les données factuelles dites « scientifiques », dont fait partie par exemple l'essai clinique randomisé (ECR), dominaient dans l'esprit des experts scientifique au dépend de l'exercice clinique et des valeurs de préférence du patient.

Il tend également à devenir un outil de réglementation en recherche clinique. L'EBM n'est pas une science en elle-même mais une méta-méthode. Elle peut être comparée à une méthode de méthode d'épidémiologie clinique, incluse dans un modèle de décision médicale(6). Un tel concept a plusieurs objectifs dont celui d'harmonisation des méthodes de recherche clinique, de reproductibilité et également d'une surveillance qualité ou pharmacovigilance, garantissant ainsi une pertinence scientifique. Que ce soit par le biais d'essais cliniques ou de consensus collégiaux, ses fondements reposent sur des traitements ayant obtenu une validation scientifique. Ces essais cliniques « ... sont soumis à des autorisations et à des contrôles rigoureux sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique. Les consensus professionnels, quant à eux, sont obtenus après plusieurs années de recul, avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. Les conditions d'utilisation des techniques y sont définies avec précision. En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine conventionnelle est prouvée. » (7)

L'hégémonie dans tous les pans de l'EBM semble incontournable car elle régit l'ensemble des méthodes de recherches en santé à grande échelle autant que les questionnements au cabinet.

I.2. Modèle allopathique

L'allopathie est par essence le modèle associé par les praticiens alternatifs à la définition d'une médecine conventionnelle. S. Hahnemann, médecin allemand (1755-1843), père de l'homéopathie en serait l'auteur à la toute fin du 18^{ème} siècle. Il la nomme allopathie, du grec « autre » – « souffrance ». Elle est décrite comme permettant de juguler les symptômes par administration d'un antagoniste, ce que l'on appelle une thérapie de contre-agression(8). Elle ne cherche pas à imiter la nature, cette médecine est d'ailleurs dite « contre nature » selon l'expression de R. Leriche(9), chirurgien physiologiste français (1879-1955), ou « antipathique » selon S. Hahnemann. Ce dernier a énoncé, le premier, le terme d'allopathie afin de différencier le modèle usité de l'époque de son nouveau modèle homéopathique. Bien que reconnu depuis par les autorités de santé, la supériorité de l'homéopathie vs placebo n'a pas pu être démontrée dans des essais cliniques de qualité(10). Elle fait donc partie des médecines non conventionnelles abordées ci-après.

II. Médecines non conventionnelles

II.1. Définitions

II.1.1. La non-appartenance

Choisissant de ne pas trancher, la commission européenne et le National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) considèrent la non-appartenance à la médecine conventionnelle comme la caractérisation d'une activité différente. Ainsi, la non inclusion de la pratique dans les médecines conventionnelles la classe *de facto* dans la catégorie « médecine non conventionnelle », termes retenus par la Commission européenne sur la thématique datant de 1997(11). Le NCCIH, agence gouvernementale américaine créée en 1991 suit de près le développement de ces pratiques, nommées Complementary and Alternative Medicine (CAM ou MAC en français). Elle les considère comme « *un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle (12)*».

II.1.2. Caractérisation d'une identité propre

La validité et la reconnaissance des théories sont un point central dans la recherche d'une identité propre à chaque pratique non conventionnelle. Validation que l'on peut retrouver soit en menant des essais cliniques soit à l'issue de consensus professionnels forts. Selon le rapport du Parlement européen, « *L'ensemble des systèmes médicaux et disciplines thérapeutiques couverts par la dénomination "médecines non conventionnelles" ont en commun le fait que leur validité n'est pas reconnue ou n'est que partiellement reconnue* » (13). Cette absence de validité s'explique par le fait que beaucoup n'ont pas été évaluées. Plusieurs raisons à cela : l'absence d'instance de recherche, l'absence de soutien financier ou encore le refus d'évaluation ont pu être des freins majeurs.

De plus, chacune revendiquant une identité propre, le nombre de pratiques répertoriées révèle une grande diversité ; second point essentiel les caractérisant. La définition donnée par le ministère des Solidarités et de la Santé (14) les qualifie de « *très diverses , tant par les techniques qu'elles emploient que par les fondements théoriques qu'elles invoquent : ostéopathie, chiropraxie, méditation, hypnose, mésothérapie, auriculothérapie, biologie totale, lipolyse, acupuncture, moxibustion, homéopathie, bio résonance, phytothérapie, thérapie nutritionnelle, réflexologie, naturopathie, aromathérapie, hypnothérapie, sophrologie, thermalisme psychiatrique, jeûne, massages, qi gong, tai-chi etc.* ».

II.2. Terminologie et sémantique

D'une multiplicité de pratiques à une multiplicité de terminologies, il n'y a qu'un pas. Elles ont été qualifiées, selon leur nature ou leur époque, d'alternatives, traditionnelles, complémentaires, douces, pseudo-médecines, parallèles, holistiques ou encore naturelles(15). Le Conseil national de l'Ordre des médecins quant à lui emprunte à l'instance américaine du NCCIH l'appellation « CAM ». Plus récemment, en 2013, l'Académie nationale de médecine a créé le vocable de « Thérapies Complémentaires » (ThC)(16) en éditant leur premier rapport sur la place de l'acupuncture, de l'hypnose, de l'ostéopathie et du tai-chi dans le soin.

La sémantique met en avant une concurrence entre la médecine conventionnelle et celle qui n'en est pas une. Si dans les pays anglophones, la terminologie globalisante de « Complementary and Alternative Medicine » est celle de référence, en France, l'emploi de chaque appellation semble indiquer une volonté de classification ; voire même une opinion (17) :

- **Douce** : fait apparaître une potentielle dureté de la médecine allopathique et ne reflète pas leur efficacité respective. Les médications douces comme la phytothérapie, l'homéopathie, ou encore les massages sont perçus comme peu iatrogènes et impliquent davantage le patient dans le choix et la régulation de son traitement.
- **Parallèle** : offre un concept plus mathématique. Deux droites qui ne se croisent jamais comme pour signifier qu'il s'agit de deux mondes équivalents et indépendants l'un de l'autre. Chacun aurait néanmoins des degrés d'efficacité et de savoirs médicaux comparables.
- **Naturelle** : respecte le fonctionnement du corps avec des procédés de guérison au moyen de plantes et de techniques manuelles. Dans l'œuvre Rousseauiste, l'action de l'homme est présentée comme mauvaise ; certaines pratiques étant plus en accord avec une harmonie naturelle. Le naturel est aujourd'hui un gage de qualité.
- **Alternative** : fait appel à la potentielle substitution des thérapeutiques classiques au profit de nouvelles pratiques, surtout lorsqu'elles sont en échec. Très souvent les praticiens ne sont pas médecins. Cette notion ne semble pas utilisée par les médecins traditionnels mais fait davantage référence aux guérisseurs ou rebouteux.
- **Traditionnelle** : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il s'agit de « *pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé* ». Elles sont écrites, enseignées pour la médecine chinoise, ou orales (chamanisme). Elles associent une spécificité ethnique et historique pour la plupart. Exemples : la phytothérapie, l'acupuncture ou encore la médecine ayurvédique.
- **Holistique** : prend en compte le patient dans toutes ses dimensions. Approche globalisante ne fragmentant pas l'atteinte organique. Elle ne réduit donc pas la prise en charge d'un mal-être à un organe spécifique.
- **Complémentaire** : appuie le socle du savoir conventionnel en complétant, améliorant, enrichissant ou réorientant les stratégies thérapeutiques habituelles. Seules sont exclues par l'OMS les pratiques psychanalytiques et psychologiques.

II.3. Classification

Il existe plus de 400 pratiques thérapeutiques complémentaires (annexe 4) selon l'OMS et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui peuvent être organisées selon quatre familles distinctes :

Tableau 1 : classification OMS des familles thérapeutiques alternatives (18)

TYPE DE PRATIQUE	THERAPIE BIOLOGIQUE	THERAPIE MANUELLE	APPROCHE CORPS-ESPRIT	AUTRES SYSTEMES
PRECISIONS	Produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux	-	-	Fondements théoriques propres
A TITRE D'EXEMPLE	Phytothérapie, aromathérapie	Ostéopathie, chiropraxie, réflexologie	Hypnose médicale, méditation, sophrologie	Acupuncture, homéopathie

II.4. Un engouement chiffré

Sans pour autant rejeter la médecine conventionnelle, de plus en plus de patients décident de se soigner autrement. Un français sur deux aurait déjà eu recours aux médecines alternatives selon une étude de l'OMS réalisée de 2002 à 2010 « 49-62% des français ont déjà eu recours aux médecines traditionnelles. 40% y ont recours régulièrement, voire 35% chez les patients atteints d'un cancer (19) ». Cette proportion se trouve confirmée par un sondage IPSOS réalisé en 2006 (20) : « un français sur deux a déjà eu recours à des médecines douces. Un sur trois le ferait régulièrement ». Ces français seraient en majorité (64%) atteints de pathologies ostéo-articulaires. Viendraient ensuite en proportion plus mesurée, les patients atteints de troubles mentaux (15%), ayant subi des traumatismes (11%), des troubles digestifs (5%) ou dermatologiques (5%)(21).

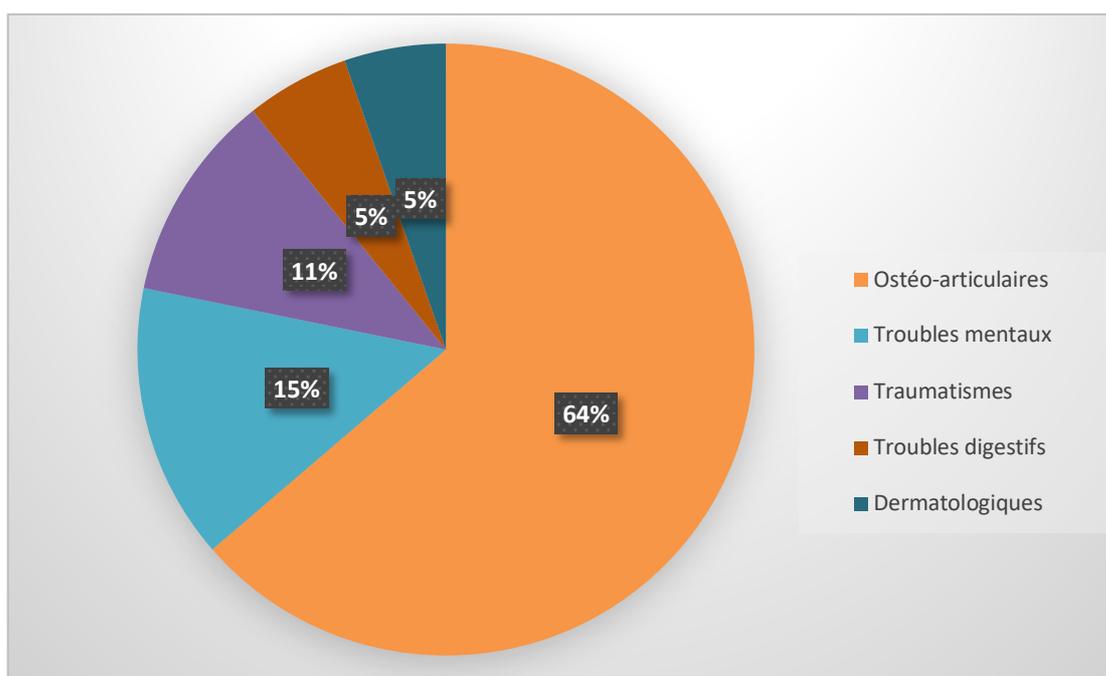


Figure 2 : Pathologies des patients recourant aux médecines alternatives

Cet attrait se concentre à l'heure actuelle sur trois médecines non conventionnelles, à savoir l'homéopathie (56% des français y ont déjà eu recours(22)), l'acupuncture et l'ostéopathie. Le sondage IFP/médecine douce et Thalasso réalisé en 2000 confirme la confiance des français envers l'homéopathie (27%), dont la France est le premier producteur au monde, et envers les techniques manuelles (24%) comme l'ostéopathie ou la chiropraxie. La phytothérapie, médecine alternative la plus utilisée au monde est également plébiscitée avec une confiance estimée à 64%(22).

Du côté des médecins également, les évolutions sont majeures. En 2015, 6115 médecins français ont déclaré un titre complémentaire à leur doctorat ou une orientation de leur activité vers une MAC(22) et 91% d'entre eux ont précisé cette orientation ou titre en homéopathie, ostéopathie ou acupuncture. Parmi eux, un médecin sur cinq exerce une part de son activité à l'hôpital. Cela n'impacte donc pas uniquement la médecine rurale, dont on sait qu'elle serait plus encline à l'ouverture des pratiques. Ces types d'orientation confirment la tendance observée chez leurs patients. Les médecins ont su s'adapter à l'évolution de la demande de soin mais ont pu souhaiter également soigner autrement.

L'enseignement universitaire n'est pas en reste et a adapté ses programmes. Trente-neuf pays sur 129 interrogés, soit 30%, proposent des programmes d'enseignement de haut niveau pour les médecines traditionnelles et complémentaires « *notamment des diplômes de premier cycle, des masters ou des doctorats à l'université* »(22). A titre d'exemple parmi un panel qui s'étoffe d'années en années, il existe à la Faculté de médecine de Bobigny (Université Paris 13) des diplômes universitaires (DU) d'acupuncture obstétricale, d'ostéopathie – médecine manuelle et de Phytothérapie clinique(23). La Faculté de Rennes inclut directement au sein du cycle de formation approfondie des médecins une unité d'enseignement optionnelle « Médecine intégratives et thérapies complémentaires (24) ». Ramené à notre région d'intérêt, la Faculté de Limoges propose des diplômes universitaires complémentaires spécialisés en homéopathie, hypnose médicale ou encore en relaxation psychothérapique(25). Viennent s'ajouter à ces jalons académiques successifs, des initiatives hospitalières à la recherche d'une complémentarité. L'hypnose thérapeutique est aujourd'hui présente dans de nombreux services hospitaliers, notamment en anesthésie ou dans les centres antidouleur. Le centre hospitalier de Nîmes s'est récemment agrandi d'un service d'acupuncture qui est intégré dans la structure et le processus de soin le cas échéant(26).

II.5. Contexte actuel

II.5.1. Vers une reconnaissance

II.5.1.1. Législative

Dans les domaines de l'ostéopathie et de l'homéopathie, la définition du parlement européen semble déjà révolue. La commission Nicolas (2002) a permis la reconnaissance de ces deux pratiques comme des pratiques médicales légales (27). En comparaison de l'existence de DU d'homéopathie, des écoles d'ostéopathie existent et permettent la délivrance d'un diplôme d'ostéopathe à l'issue de la cinquième année d'étude. Par ailleurs, il existe des cotations dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) permettant le remboursement des consultations d'ostéopathie, d'acupuncture et de mésothérapie, réalisées par les médecins conventionnés.

II.5.1.2. **Ordinale**

L'Ordre des Médecins semble un peu plus en avance que les textes. Il a reconnu successivement quatre de ces pratiques : l'homéopathie (1997), l'ostéopathie (2002), l'acupuncture (2002) et la mésothérapie (2003).

II.5.1.3. **Scientifique**

Sur le plan scientifique par contre, l'ambiguïté « médicale » est maintenue à travers le terme de médecine alternative. Aucune preuve d'efficacité au sens EBM n'a été apportée ; ce qui est le propre de ces nouvelles pratiques selon les définitions suscitées. L'utilisation généralisée de plusieurs décennies et la bonne foi des patients ne constituent ni une validation de leurs théories respectives, ni une preuve d'efficacité au sens actuel de l'EBM. A partir de ce constat, une reconnaissance scientifique semble délicate mais pas impossible. Des équipes de recherches se sont penchées sur l'élaboration d'une méthode d'évaluation adaptée, visant à départager ces médecines non conventionnelles ; point qui sera développé ultérieurement.

II.5.2. **Problématiques dans l'exercice non conventionnel**

En dehors des quatre pratiques suscitées reconnues, une multitude d'autres pratiques non conventionnelles pose problèmes aux autorités de santé. Elles sont pratiquées par des praticiens sans formation jugée comme suffisante. Ils utilisent des concepts sans définition rationnelle ou scientifiquement acceptable. Il n'y a donc pas de preuve de l'efficacité du soin puisqu'elle ne repose sur rien de mesurable au sens strict de l'EBM. C'est-à-dire que l'on ne peut mesurer ni un lien physico-chimique, ni un lien entre une population, une intervention et un évènement comme le fait l'ECR. De plus, certaines sont susceptibles de faire intervenir un recours à la pensée magique et parfois à une puissance supérieure. Le risque d'emprise psychologique et les dérives sectaires sont les risques les plus redoutés par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES).

II.5.3. **Exercice illégal de la médecine**

Le Code de la santé publique définit l'exercice de la médecine dans l'article L4161-1 et suivants. Il est défini comme impliquant « *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 (...) et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles (...)* »

Textuellement, l'exercice du guérisseur est condamnable au titre d'exercice illégal de la médecine, de même que la pratique d'un médecin qui adresserait un de ses patients à un guérisseur ou qui participerait à une prise en charge commune. L'exercice illégal de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

II.5.4. Santé intégrative

II.5.4.1. La recherche d'un équilibre global

« On ne peut guérir la partie sans soigner le tout. On ne doit pas soigner le corps séparé de l'âme, et pour que l'esprit et le corps retrouvent la santé, il faut commencer par soigner l'âme. »(28)

La médecine occidentale a toujours été influencée par une vision dualiste corps-esprit, véhiculée par la philosophie et la religion(29). En ont découlé l'élaboration de traitements et chirurgies efficaces, reléguant la relation humaine au second plan. L'appel aux médecines complémentaires fait suite à une protestation humaniste contre la médecine officielle et sa réification supposée du malade(21). La médecine conventionnelle se spécialise à outrance et devient si technique qu'elle contribue à désincarner le patient en oubliant l'humain en souffrance. Cette préoccupation rejoint celle du patient d'être écouté et pris en compte dans sa globalité(29). Consciente de ses dérives, la médecine tend vers une pluridisciplinarité de la thérapeutique. Le monde médical parle de médecine intégrative. Elle allie donc le recours de la médecine « EBM », fondée sur les preuves et sur son efficacité aux pratiques complémentaires dans la prise en charge du patient(29) en associant par exemple : la nutrition, l'exercice, l'acupuncture, les massages, l'ostéopathie, ou encore des démarches anti-stress. Cette association apporte une dimension de confort, d'équilibre et d'efficacité selon D. Servan Schreiber :

« On parle désormais de médecine intégrative pour désigner l'ensemble des méthodes naturelles de traitement qui permettent au corps de retrouver par lui-même l'équilibre qu'il a perdu, en se fondant sur ses liens avec l'esprit. L'idée est d'intégrer ces approches à la médecine conventionnelle, pour en augmenter le confort et l'efficacité. »(20)

Elle intègre également le problème de temporalité décrié si souvent par les médecins de premier recours.

Le virage vers la notion de santé intégrative a débuté en 2015 lors du changement de nom du NCCIH. S'inspirant de la définition de la santé de l'OMS faisant état d'un état complet de bien-être physique mental et social, cette notion veut intégrer des approches diverses dans le parcours de soin permettant d'atteindre cet équilibre. Elle montre aussi un tournant dans la réappropriation de la santé par le patient, d'une autonomie retrouvée(29) hors de tout dogme(30). La qualité de vie devient un axe essentiel de la prise en charge dans une population vieillissante avec l'augmentation des maladies chroniques.

II.5.4.2. L'apport des pratiques psychocorporelles

En France, I. Celestin-Lhopiteau, psychologue-psychothérapeute directrice de l'institut français des pratiques psychocorporelles, dans son livre *Guide des pratiques psychocorporelles*, est partie d'un travail commun sur la prise en charge de la douleur et de l'anxiété dans lesquelles les pratiques des soignants interpellent(30). Dans cette volonté de mutualisation des pratiques dans l'intérêt des patients, elle a listé une multiplicité de pratiques psychocorporelles en termes de modèles et théories, servant au modèle intégratif. On retrouve par exemple des pratiques visant un travail(29) :

- sur l'inconscient (orientation psychanalytique) ;
- sur le contexte familial ou l'environnement (orientation systémique et familiale) ;

- sur le changement des attitudes et comportements (orientation cognitivo-comportementale) ;
- sur l'unicité de chaque individu (orientation humaniste) ;
- sur une libération émotionnelle ;
- sur toutes les orientations décrites ci-dessus en fonction de la problématique et l'évolution du patient (courant éclectique et intégratif).

Tableau 2 : Différents courants théoriques de prise en charge psychocorporelle utilisés en santé intégrative(29)

	Courant psychanalytique	Systémique et familial	Humaniste	Cognitivocomportementaliste	Intégrative	Issu des médecines orientales
Référence	Conception psychodynamique de la personnalité	Théories de la communication développées par l'école de Palo Alto	Démarche centrée sur le patient en tant que personne , en réaction aux démarches mettant l'accent sur le problème à résoudre	Démarche scientifique expérimentale et les théories de l'apprentissage	- Ne privilégiant <i>a priori</i> aucune théorie - Associe diverses théories et pratiques	- Issues de la médecine traditionnelle chinoise (shiatsu et qi gong) - Jonction corps/esprit pour le yoga
But	Prendre conscience de son mode de fonctionnement, de s'en défaire si celui-ci le fait souffrir se livrer à une profonde introspection selon des règles lui demandant d'« associer librement » faire émerger des souvenirs et contenus inconscients, que le patient va pouvoir analyser, parfois avec l'aide des interprétations du thérapeute	Obtenir : - une amélioration de la communication interpersonnelle, - une gestion plus efficace du système relationnel des individus	Prendre conscience de la manière dont le sujet peut déformer, ignorer ou refuser ses besoins et désirs, s'enfermer dans des répétitions de situations antérieures. Cette conscience permet de vivre de nouvelles expériences de contact, à partir d'une connaissance et d'une capacité de choix retrouvées, à partir d'aspirations clairement identifiés	Remplacer par un nouvel apprentissage, à partir de l'élaboration de nouvelles pensées un comportement inadapté par celui que souhaite le patient	Faire expérimenter un changement au patient, avec différentes pratiques ou théorisations. Permettre au patient de développer ses propres outils pour s'autonomiser	- Principe de vie équilibre des énergies - Défenses naturelles

Travail centré sur	L'inconscient, l'analyse du transfert et du contre-transfert	Les interactions familiales et le contexte social du patient, plutôt que sur causes subjectives de son problème	La conscience de ce qui se passe dans l'instant présent aux niveaux corporel, affectif et mental, indissociables	Les apprentissages, les processus cognitifs de l'individu et directement sur son comportement	Le changement (et le choix d'une ou plusieurs pratiques ou théories pour faire émerger ce changement chez un patient	Le physique L'énergie Le mental Le spirituel
Le symptôme est considéré comme	Porteur de sens et se rattachant étroitement à la vie psychique du malade.	Le reflet d'un mode de fonctionnement familial malsain	Dans une volonté de plaire aux autres, le patient sacrifie une part plus ou moins importante de sa personnalité, de ses désirs est considéré comme la manifestation d'une difficulté de vivre	Relevant de dysfonctionnement dans les processus d'apprentissage	Une modification du rapport au corps, aux autres et au monde environnant	Prévention de l'état de santé, maintien de l'équilibre énergétique
Méthodes associées à ce courant	Psychanalyse Psychothérapie analytique	Thérapie systémique Thérapie familiale	Bioénergie Gestalt-thérapie Analyse transactionnelle Cri primal Approche centrée sur la personne	Thérapies cognitivo-comportementales	Toutes les pratiques et thories des divers autres courants	Qi gong Yoga Shiatsu
Représentants	Freud, Lacan, Jung	Bateson, Watzlawick, Rogers	Maslow, Rogers, Perls	Beck, Skinner, Lazarus	Norcross, Newman	Cf fiches

Suite à ces travaux en santé intégrative, il apparaît aujourd'hui nécessaire de connaître les retours d'expérience clinique de ces modèles théoriques. Un futur objectif serait d'établir un référentiel d'activité ou de compétence du « professionnel de santé », toujours dans le but d'évaluer les différentes pratiques non conventionnelles. Mais ces modèles théoriques semblent être usités aussi par d'autres praticiens jugés en marge par les autorités de santé, les guérisseurs.

II.6. Focus : Le guérisseur

Il existe une complexité ancienne d'association entre sciences empiriques et progrès médical. Le malheur et la répétition du malheur dont la maladie, la souffrance psychique ont jadis été pris en charge par des pratiques religieuses ou de sorcellerie. Il y a eu en parallèle de grands bouleversements dans l'histoire de la médecine dus à des esprits de génie qui ont su faire évoluer la médecine vers une science triomphante et performante mais il ne faudrait pas pour autant la réduire à cette image de progrès spectaculaires et en occulter le modèle empirique. À côté du modèle enseigné et validé par des méthodes scientifiques, persistent les guérisseurs aux spécificités multiples. Notre histoire mêle du sacré, des bouleversements socio-anthropologiques et des références traditionnelles abondantes. Pour autant, les médecines alternatives peuvent-elles être considérées comme un retour à l'obscurantisme avec une médecine moderne seule source d'efficacité ?

II.6.1. Les origines

II.6.1.1. Des jalons anciens

Les premiers jalons de la médecine reposent sur des connaissances empiriques et sur une approche spéculative de l'efficacité d'un remède ou d'une intervention sur toute anomalie constatée du corps par rapport à une normalité de groupe. On ne parle pas encore de technique même si les essais sont réalisés de façon pragmatique⁽³¹⁾ jusqu'à obtention de l'effet escompté. La maladie s'ouvre dans un espace surnaturel où les attitudes thérapeutiques sont indissociables des pratiques magico-religieuses⁽³¹⁾ et de croyances. Elle est interprétée comme consécutive à l'intervention maléfique ou à une punition divine⁽³²⁾.

A cette époque, 10000 à 4000 av. JC, l'Homme sait déjà réduire des fractures et exécuter un acte de trépanation⁽³³⁾. Mais quelle est sa véritable visée ? Thérapeutique ou religieuse ? La médecine n'en est qu'à son balbutiement et compte parmi ses rangs quelques chamans, sorciers et quelques religieux dont les histoires sont parfois narrées.

Le premier fait médical a été décrit en Mésopotamie (3000-400 av JC). Le praticien a ici l'image d'un mage exorciste aux pratiques incantatoires magiques, religieuses, effectuant des sacrifices. Les méthodes diagnostiques sont en grande partie divinatoires : La mancie. Les actes médicaux reposent sur la chirurgie, la médication végétale, minérale et les animaux. Le recours au naturel est toujours prédominant. Il est en lien direct avec les puissances divines dont la maladie découle par mécontentement. Les médecines égyptienne, indienne, grecque et hébraïque ont été très imprégnées de ces bases naturelles. A Babylone, la pratique devient réservée à une élite sociétale avec le début des spécialisations : l'ophtalmologie, la médecine du ventre ou encore la gynécologie⁽²¹⁾.

II.6.1.2. L'antiquité gréco-romaine :

Le courant hippocratique se détache de l'empirisme ambiant. Il est connu pour avoir laïcisé, démystifié la médecine, en affirmant son origine naturelle. La guérison dépend donc de l'art du médecin et non de puissances occultes. Elle coexiste sur cette période avec la médecine miraculeuse d'Asclépios. Il décide de formaliser l'exercice de la médecine avec le corpus hippocratique et prône le mécanisme d'une maladie comme une rupture d'un équilibre ou crase. Quatre éléments antagonistes doivent coexister en équilibre pour que le sujet reste en bonne santé : le sang, la bile jaune, la pituite et la bile noire(21). L'héritage de la théorie hippocratique est tout autant revendiqué par la médecine conventionnelle que par les médecines naturelles.

Galien et Hippocrate permettent la naissance de la biologie, de l'anatomie et de la médecine expérimentale. L'exercice encore artisanal de la médecine éveille des consciences sur l'hygiène personnelle et la salubrité publique devient un thème de préoccupation.

II.6.1.3. Le moyen âge

Cette période est associée à un retour spectaculaire des médecines primitives et Galien, érigé en dogme intangible bride toute contradiction et progrès(21). Ce retour à la pensée magico religieuse est dû à l'adoration des saints et au renouveau des pratiques de soins magiques. Le culte des fontaines et des sources en est un exemple. La médecine officielle s'exerce dans les infirmeries scolastiques et les hôpitaux où la dimension spirituelle et l'esprit de charité dominant largement. La médecine scolastique se construit au XIII siècle dans un contexte de développement des universités. Médecins et chirurgiens dévient peu à peu en sens opposé et les barbiers effectuent les actes de petite chirurgie. Médecine impuissante et indisponible qui entretient le recours aux guérisseurs en campagne comme en ville.

Les guérisseurs exercent conjointement leur profession de paysan, épicier, forgeron ou encore bourreau. La plupart exercent illégalement, même si certains tentent de monnayer leur pratique dans une région donnée. Il existe parmi eux les jugeurs d'eau et les mireurs d'urine, les arracheurs de dents et les rebouteux. Ils font en sorte de pallier le manque de médecins dans les campagnes tout comme les religieux ou les châtelains. L'exercice de la médecine illégale est déjà répréhensible avec une amende assortie d'un emprisonnement mais l'église inquisitrice sera ensuite plus à craindre.

II.6.1.4. La Renaissance

Des noms deviennent « moteur de progrès » : Paracelse, Vésale, Paré...etc. L'hôpital devient un lieu de bienfaisance. La physiologie et l'anatomie pathologique font leur apparition. La notion de contagion est aussi abordée, entremêlant vision magico-religieuse et concepts rationnels(21). C'est l'époque des colporteurs, marchands ambulants de remèdes, particulièrement actifs au XVI et XIX siècle.

II.6.1.5. Les Lumières

Les progrès scientifiques contrastent avec la persistance des croyances obscurantistes d'une grande partie de la société. La maladie devient localisée de façon précise et le corps n'est plus un lieu de spéculation ou de théories empiriques. De nouveaux concepts pseudoscientifiques apparaissent dans les salons : on parle moins de dieu et démons que de fluides magnétiques et d'énergie vitale. A cette époque, on trouve déjà dans les troupes royales des suceurs de

plaies, soldats à qui ont fait appel pour soigner des plaies par arme blanche, et des coupeurs de sang qui arrêtent les saignements par incantations.

II.6.1.6. Le XIX^{ème} siècle

La théorie du magnétisme animal apparaît ainsi que la psychiatrie. C'est également l'avènement des premiers antibiotiques dont la pénicilline. A partir de cette période, on bascule vers un déclin des maladies infectieuses.

II.6.1.7. Notre société contemporaine

Le vieillissement progressif de la population fait apparaître de nouvelles pathologies, les pathologies gériatriques. Il y a par ailleurs une considération plus importante de l'effet de la société et de l'environnement sur nos modes de vie et sur l'apparition de maladies, nous amenant vers un versant oncologique mal défini auparavant. C'est à ce moment que la notion de dépistage et de prévention apparaît.

L'essor de la génétique est également sans précédent au fur à mesure des progrès technologiques (séquençage, génomique, imagerie). L'ensemble de ces découvertes permettent de nourrir un savoir plus fin et précis.

Les patients font parfois appel à des médecines alternatives dont les praticiens sont jugés moins onéreux et mieux intégrés selon J. Léonard(34). Dans le Limousin, la difficulté d'accès aux soins primaires et secondaires est un autre facteur déterminant de l'attrait de cette médecine empirique. D'après S. Sionneau (34): *« Si on l'assimile parfois à de la sorcellerie, cette tradition reste néanmoins très populaire et déjoue l'univers rationnel des médecins nés de la science ; c'est comme une valeur ajoutée pour les populations rurales, une sorte de revanche sur un monde bourgeois donneur de leçons. »*.

Mais cela ne suffit pas à expliquer l'émergence de ces nouvelles pratiques. Le « guérissage » existe depuis des millénaires comme nous venons de le voir mais nos contemporains ont observé un élan depuis la mise en place du premier plan cancer en 2003. En effet, à côté de la course aux découvertes scientifiques, coexiste une quête de sens de la part des patients. Elle s'exprime davantage dans une quête du bien-être ou à défaut du « mieux-être ».

II.6.2. Terminologie

Littéralement, le guérisseur est celui qui guérit et adopte une pratique de « guérissage ». Il existe de multiples terminologies non seulement sectorisant des pratiques, détaillées par la suite, mais également des régions. De façon non exhaustive on retrouve : Le Berry, le Languedoc, la Corse, le Poitou, la Bretagne, le Morvan ou encore le Forez.

Tableau 3 : Terminologie du mot « Guérisseur »(35)

GUERISSEUR	TERMINOLOGIE	REGION D'ORIGINE
	Remégueux	Le Berry
	Persigueux	
	Barreur	
	Panseur	
	Leveur de maux	Le Berry et la Bretagne
	Endevinaire	Le Languedoc
	Signadori	La Corse
	Toucheur	Le Poitou
	Cogneux	Le Morvan
	Charmeux	
	Rhabilleur	La Bretagne
	Cognoux	Le Forez
	Dépiqueur	-
	Rebouteur	-

II.6.3. Un soignant ?

Le dictionnaire Larousse le définit le mot « guérisseur » ainsi : « *personne qui prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifiques démontrables et qui agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine* ».

Guérisseur qualifie un praticien de médecine alternative(35). Il a pour particularité de prétendre guérir alors même qu'il n'est pas médecin et qu'il ne dispose donc pas d'une formation médicale reconnue par l'état.

Il se démarque des médecines complémentaires les plus usitées par les moyens employés. Ils sont empiriques ou magiques et mis en œuvre grâce à des dons ou à l'aide de recettes personnelles. Ainsi, le « guérissage » est une médecine alternative au sens des définitions précédemment énoncées. Même si par certains aspects, elle s'éloigne davantage du système conventionnel de par la prépondérance de la croyance et de la transmission d'un don.

II.6.4. Don, force et secret

Certains guérisseurs sont issus de familles ayant reçu un don transmis naturellement à la naissance. D'autres reçoivent ce savoir par transmission orale volontaire d'un mentor. Parfois, la découverte de ce don a lieu fortuitement en explorant son histoire ou bien à la suite d'un évènement particulier. La durée de la formation de guérisseur est aléatoire, allant d'apprentissages ponctuels à une véritable formation de longue durée.

La passation de ce don se déroule généralement entre deux personnes, sans témoin. Elle consiste en un rituel et une remise de formules ainsi qu'une promesse de non-divulgateion du secret. La qualité du don et de la transmission conditionne l'efficacité thérapeutique, sa force principale résidant dans son mystère et dans l'inexplicable. Cette force n'est pas intrinsèque au guérisseur mais il doit apprendre à la diriger vers le malade.

II.6.5. Rituel et pharmacopée

La majorité fait appel à un rituel associé à une pharmacopée populaire, ce que l'on appelle plus précisément la médecine des signatures. C'est une médecine « home made », composite, mouvante et riche de symboles. Ce dernier est souvent le premier outil du guérisseur : les forces, les ondes, les vibrations, les sorts ; le mal naît de cet invisible et devient incarné en un destinataire. Pour l'évacuer, l'opérateur recourt à un verbe et à une gestuelle particulière.

II.6.6. L'exercice

Il est possible à l'heure actuelle de séparer en deux catégories les guérisseurs. Les premiers sont des praticiens retraités ruraux ne demandant pas de rémunérations et soignant dans une relative confidentialité. Les seconds sont des professionnels vivant de leur métier et jouissant d'une certaine célébrité (36). Ils font usage de publicité, ce qui leur confère une certaine attractivité.

Le mode d'exercice quant à lui est variable : à domicile, dans un local, en visite hospitalière ou encore à distance lorsque la présence n'est pas requise. Ils reçoivent sur rendez-vous en restant très disponibles aux demandes qu'ils reçoivent. La fidélisation des patients est l'une des priorités du praticien. Elle est la garante du bouche à oreille : l'expérience des proches va être importante pour conseiller un guérisseur compétent.

Les abords par les nouvelles technologies sont peu usités et diffèrent selon la spécialité. Les instruments ne sont pas forcément nécessaires et la pharmacopée est encore largement utilisée. Ils disent soigner les symptômes sans garantir de guérison.

La consultation d'un praticien alternatif se déroule comme une consultation classique dans le sens où elle débute par un interrogatoire avant de débiter le soin. L'écoute est la qualité principalement prônée. Les guérisseurs se basent sur un principe de causalité des maux et relient le psychisme au somatique dans une vision volontairement globalisante de l'être humain. Ils ont recours à des protections afin de ne pas prendre le mal sur eux lors du soin.

II.6.7. Typologie

II.6.7.1. Panseurs de secret ou conjureurs

Exorciser le mal en chassant la brûlure, l'entorse, ou la pique, telle est leur mission. Ce sont des problèmes peu graves mais très invalidant dans la sphère sociale ou professionnelle (brûlure, entorse, hémorragie). Une formule conjuratoire ou secrète, faisant partie d'un rituel curatif, va être prononcée ou pensée.

Il existe généralement une prière par symptôme et le panseur peut se spécialiser sur certains symptômes, par exemple le barreur ou coupeur de feu. Ils sont également appelés faiseurs de secrets : « guérisseur qui soulage les brûlures par des rituels comme l'apposition des mains ». Il se dit capable de soulager ou de faire disparaître les brûlures, les zonas et même l'eczéma. Ces pratiques utilisées largement dans le milieu rural limousin sont parfois sollicitées au sein même des urgences ou des services d'oncologie. Réel don ou autosuggestion, certains services hospitaliers semblent y trouver un bénéfice et respectent ces rituels(37)(38).

Le secret est transmis du guérisseur à son élève au cours d'une initiation brève, souvent par nécessité et à un moment symbolique.

II.6.7.2. Rebouteux, ou rhabilleurs

Dictionnaire le Robert « *Personnes qui font métier de remettre les membres démis par des moyens empiriques* » et Le Larousse « *Personne qui, n'ayant pas fait d'études médicales, prétend guérir fractures, luxation, douleurs par des moyens empiriques.* »

Ils font partie d'une tradition populaire et rurale. Ils sont également connus sous le nom de rabeilleurs. Littéralement « remet les os bout à bout », appelés aussi renoueurs, rhabilleurs, rebouteux, ils ont une approche manuelle développée à visée thérapeutique. Ils sont appelés dans le cas de nerfs « coincés », de « tendons qui sautent », de muscles noués, de foulures ou encore d'articulations démisées. D'autres sont spécialisés dans les problèmes de sciatiques ou rhumatismaux, selon le don reçu. Ils s'attachent à promouvoir des techniques de relaxation physique libératrices de tensions. Cette spécialité semble davantage liée aux pathologies traumatiques du travail. Il n'y a pas de formule dans ce cas précis mais un savoir-faire à transmettre.

II.6.7.3. Désensorcelleurs, ou désenvouteurs

Il s'agit d'un guérisseur, que l'on appellerait dans le jargon guérisseur « de deuxième intention ». En effet, si les premiers repèrent un sort, ils adressent la personne à une désensorcelleuse, spécialité plutôt féminine. Le sort peut être le fait d'un rival ou d'un voisin jaloux par exemple et provoquer une répétition de malheurs ordinaires accompagnant la maladie d'éléments inhabituels. Exemples de malheurs : accident de la route, fausse couche, éruption. Le désensorcellement va utiliser des prières, une gestuelle, des symboles afin d'apporter une force protectrice.

Les exorcistes sont également amenés à chasser le mal à l'aide de sorts mais l'origine du mal est davantage démoniaque. Il en existe des soigneurs, mediums, kabbalistes ou encore chamans dont les pratiques diffèrent sensiblement.(39)

II.6.7.4. Magnétiseurs et radiesthésistes

Un magnétiseur pratique de façon non conventionnelle le mesmérisme ou magnétisme animal. Le principe fondateur du magnétisme est que le corps émet certaines ondes et peut également en recevoir. Certains affirment que les magnétiseurs émettent des ondes électromagnétiques de basse fréquence mille fois plus puissantes que le commun des mortels. Un organe malade vibre en dysharmonie avec le reste du corps et certains magnétiseurs parviennent à détecter ces ondes. Le groupement national pour l'organisation des médecines alternatives (GNOMA) était initialement destiné à promouvoir leur exercice.

La radiesthésie est fondée sur l'utilisation d'un champ vibratoire et adopte le même principe. « *La radiesthésie est un procédé de détection reposant sur la croyance selon laquelle les êtres vivants seraient sensibles à certaines radiations qu'émettraient différents corps, permettant ainsi de localiser des sources, retrouver un objet perdu, un trésor ou une personne disparue, établir un diagnostic médical, déterminer la profondeur d'un puits, etc.* »(40). Ils interviennent dans le domaine médical mais également en « sourcellerie » et en géobiologie.

II.6.7.5. Reiki

Méthode japonaise apparue au 20^{ème} siècle, cette technique se fonde sur des soins énergétiques par imposition des mains cherchant à faire circuler l'énergie d'une personne(41). Elle fait appel à des bases ayurvédiques, bouddhistes ou shintoïque. Il existe autant d'écoles enseignant le reiki que de nuances de le pratiquer. Proposer des séances de reiki ne nécessite pas de formation particulière. Le lien entretenu avec la spiritualité rend les autorités de santé très méfiantes à l'égard de cette pratique émergente.

II.6.7.6. Géobiologues

Géobiologues, appelés également guérisseurs de l'habitat, vont détecter « *les ondes qui perturbent l'équilibre vibratoire des lieux d'habitation et, par la même occasion provoquer des désordres du corps, voire de l'esprit* »

La santé relève d'un lien indissociable entre le corps et son environnement. Il s'agit d'une conception holistique de la vie et d'une tradition pluri forme. Ils utilisent des outils de détection permettant une cartographie. De cette façon, il serait pour eux aisé de neutraliser des ondes pathogènes émanant d'un puits dans le sol en protégeant une maison par du fil de cuivre en ceinture de protection symbolique. Il s'agit d'une représentation exogène de la maladie homme-cosmos, qui s'intègre bien dans les préoccupations actuelles sur l'électro sensibilité. Ils peuvent être sollicités par des architectes ou des experts afin de décider d'un emplacement ou d'une orientation d'un bâtiment.

II.6.8. Du côté patient

II.6.8.1. Un profil précis

Dans la thèse de M. Geesen(42), le patient type du guérisseur se dessine comme une personne de sexe féminin, âgée de 40 à 64 ans, ayant atteint le niveau baccalauréat, qui est en couple et travaille en tant qu'employée. Il est également dit que le patient doit être réceptif au discours employé et à la forme du soin. Le degré d'adhésion dépend du milieu socioculturel, de son âge, de son lieu d'habitation ou encore de son accès aux soins.

II.6.8.2. Motivations

II.6.8.2.1. Le type d'affection

Les motivations des patients recourant aux guérisseurs ont été l'objet de plusieurs thèses dont celle de S. Maurin(43) *Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ?*. Elle confirme un recours fréquent en 2006 pour « *affections chroniques ou récidivantes, responsables d'une gêne quotidienne voire d'un véritable handicap* » et pour des troubles mentaux (angoisse, dépression, troubles du sommeil).

Ils traitent aussi bien les demandes de soins(4):

- cutanés : brûlure, syphilis, eczéma, zona, psoriasis ;
- articulaires, rachis, entorses, fracture : sciatique, arthrite, tendinite, arthrose ;
- oculaires : chalazions ;
- uro-digestives : cystites, MICI ;
- d'effets secondaires oncologiques : douleur et souffrance morale.

Les proportions de patients sont peu significatives mais donnent malgré tout une idée des classes de pathologies les plus retrouvées dans les rencontres avec les guérisseurs : les troubles ostéo-articulaires, dermatologiques, les traumatismes (entorses), les troubles digestifs (MICI) ou encore les troubles mentaux.

II.6.8.2.2. En chiffres

Les nombreuses campagnes dans l'histoire ainsi que les progrès de la médecine moderne n'ont pas enrayé le recours à ces guérisseurs. Comme nous l'avons déjà vu précédemment, il existe actuellement une augmentation de sollicitation de ces praticiens. L'enquête Soins et protection sociale CREDES datant de 1997 et réalisée sur 11000 personnes montre un taux de recours aux pratiques traditionnelles de 1,52% (guérisseurs 0,6%, rebouteux 0,6%, magnétiseur 0,02%, radiesthésiste 0,01%)(44). Par ailleurs l'étude de P. Cathebras table sur un pourcentage de recours aux rebouteux atteignant 52% parmi les utilisateurs habituels de médecines non conventionnelles(45). Face à ces estimations, plusieurs hypothèses d'explication du recours ont été envisagées(21).

II.6.8.2.3. Un rejet de la médecine conventionnelle hégémonique

Pour la plupart des patients, la biomédecine constitue l'explication de référence et a prouvé l'incontestable efficacité de ses moyens. Elle fait d'ailleurs l'objet d'une culture médicale de masse de par la publication quotidienne d'articles scientifiques et de magazines de vulgarisation pour tout public. Cet aspect d'omniprésence et de toute-puissance est le premier vecteur de méfiance, voire de rejet. La notion de déshumanisation est prégnante dans le discours de certains patients avec une hyper technicité et une surspécialisation de leur prise en charge. L'impression de patient-objet en découle. Il n'a plus l'impression d'être considéré en tant que personne. Et ceci est accentué par les consultations en chaîne des cabinets libéraux ou des structures hospitalières. L. Zorzano dans sa thèse *S'expliquer le recours aux guérisseurs* évoque une réification du malade dans ce contexte de morcellement en organes, « *s'adressant plus à la maladie qu'à l'homme malade* »(21). Il y a donc un refus d'un mode de rationalité scientifique à outrance ainsi qu'un refus de massification et d'uniformisation. La réponse de la médecine conventionnelle hospitalière face à cet état de fait est une prise en charge pluridisciplinaire. Elle permet de redonner au patient toute sa dimension et de le traiter de façon plus fine et exhaustive. C'est-à-dire qu'y sont intégrés un meilleur échange et un

temps d'écoute supérieur. Car à l'heure actuelle, tous les médecins n'ont pas la capacité de prendre le temps ou d'utiliser des techniques de communication à visée psychologique, par manque de formation. Dans la représentation sociale actuelle, les guérisseurs sont plus à même de permettre un temps d'échange non limité et davantage ouvert à la discussion et aux questionnements divers(21).

Par ailleurs, l'absence de résultat de la médecine conventionnelle est en seconde intention elle-même vectrice de ce revirement. Si le patient ne s'avère pas satisfait par manque de résultat, il va considérer que sa prise en charge est un échec et potentiellement remettre en cause l'hégémonie médicale conventionnelle. Dans la thèse de C. Brethé(46) *Le recours aux guérisseurs, pourquoi ?*, il ressort que les patients vont chercher chez les guérisseurs les réponses qu'ils n'ont pas eu dans le milieu médical conventionnel, notamment du point de vue de l'étiologie de leurs maux. Il partage avec le « panseur » auquel ils ont recours les représentations de leur maladie.

II.6.8.2.4. La recherche d'alternatives moins iatrogènes

La médecine conventionnelle revêt des allures de médecine brutale et violente dans l'esprit populaire. Elle « *soigne par les contraintes en écrasant les symptômes* »(47) et peut par conséquent provoquer des effets secondaires plus importants parfois que la maladie elle-même. La iatrogénie est par exemple bien visible en oncologie. Les traitements agressifs nécessaires au processus curatif induisent des effets indésirables à la limite du tolérable dans certains cas ; même si les avancées pharmaceutiques tendent à améliorer cette tolérance. L'assimilation par le patient de cette violence à une démarche toxique n'a qu'un pas dans la mouvance actuelle du retour au naturel. A l'opposé de cette médecine allopathique violente se situerait une médecine retournant aux sources, respectueuse, et généreuse, dont les guérisseurs sont une branche.

II.6.8.2.5. La recherche d'une relation visant l'autonomie

Partons de la relation médecin-patient dans laquelle il persiste toujours ce fossé de savoir(47) entre les deux protagonistes. F. Laplantine décrit la dépendance du patient dans une relation qu'il ne juge pas d'égal à égal. De son point de vue, le patient recherche dans la médecine de campagne une adhésion à ses propres pratiques empiriques et non à adopter un moule anxiogène et mal expliqué qui a déjà été tracé pour lui. La formation des médecins à des règles thérapeutiques lui permet de proposer une stratégie d'action dans laquelle le patient peut ne pas se retrouver. Depuis 1978, la relation d'hégémonie du médecin généraliste a progressivement évolué vers une relation favorisant l'autonomie du patient. Mais le décalage semble encore présent. Cette crise de confiance profite aux praticiens alternatifs. Les guérisseurs sont comparés aux médecins. Ils offrent davantage d'écoute, de temps et d'espace de discussion. Ils savent s'adapter à leur patient, notamment sur le plan culturel.

II.6.8.2.6. Des pratiques rurales intégrées

On retrouve une notion de proximité géographique, sociale et historique des guérisseurs que nous avons déjà abordée plus haut. Cet aspect facilite le contact avec le patient qui fait ce choix intime de placer sa demande de soins en dehors du parcours conventionnel. Le praticien devient en quelque sorte une personne de confiance, au sens large.

Dans les représentations sociales, le guérisseur est l'ancien du village. Il a un profil plutôt âgé et retraité. Issu du même tissu social que ses voisins, il s'intègre parfaitement dans son milieu

et les gens lui accordent leur confiance. Il entretient avec ses patients une relation horizontale et moins normée que celle avec le médecin :

« Ils sont plus à l'aise, ils reçoivent chez eux...on voit bien qu'ils sont dans leur monde, on voit que c'est pas professionnel [rire]. Il nous recevait à la cool, en marcel, avec des trucs de Bouddha chez lui. Il payait des clopes, fin euh c'est convivial quoi [rire]. Ça dépend de la personne mais la plupart des guérisseurs, c'était chez eux, dans leur monde à eux. »(36)

II.6.8.2.7. Des pratiques moins onéreuses

Du point de vue du patient, le service rendu par les guérisseurs est souvent moins onéreux que celui d'un médecin diplômé. Alors qu'une consultation en médecine générale est côté 25 euros en secteur 1 de base puis remboursée en quasi-totalité (24 euros et 1 euros de ticket modérateur), le tarif d'un guérisseur traditionnel est laissé au libre choix du patient. Certains ne souhaitent pas être rémunérés. Cette absence de rémunération renforce un sentiment de confiance. Le patient ne se sent ainsi pas floué si le soin échoue(36).

II.6.8.3. Que retenir

En guise de conclusion, le tableau ci-après résume les motivations du recours aux guérisseurs.

Tableau 4 : Récapitulatif des motifs de recours et les motifs de non recours aux guérisseurs(48)(49)(50)(51)

MOTIFS DE PREMIER RECOURS	MOTIF DE SECOND RECOURS	MOTIFS DE NON-RECOURS
<ul style="list-style-type: none"> - Le rejet de la médecine conventionnelle - La recherche d'une alternative à la médecine conventionnelle - Le souhait d'une approche globale - Un meilleur contact et accessibilité des guérisseurs - La recherche d'une relation praticien-patient visant l'autonomie, égalitaire et respectueuse - La crainte d'une iatrogénie de la médecine conventionnelle en comparaison de l'innocuité des « guérissages » - L'expérience positive d'un membre de l'entourage - Proximité idéologique, culturelle, sociale, géographique - Meilleure accessibilité financière - L'absence de confiance et de communication avec le médecin traitant. - La recherche d'une prise en charge holistique - La curiosité - La pression familiale 	<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration du bien-être - La prise en charge des effets secondaires (oncologie) - Le souhait d'une approche préventive - Le désir d'écoute et de compréhension - La quête de sens - La multiplication des chances de guérison - L'échec de la médecine conventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - L'inefficacité - Le charlatanisme - La méconnaissance - L'absence d'occasion - La confiance en la médecine conventionnelle

En dehors des motifs déjà évoqués plus haut, on retrouve l'expérience positive de l'entourage qui est un des vecteurs les plus puissants de persuasion à l'heure actuelle, tous domaines confondus.

Les motifs dits de premier recours diffèrent des motifs retrouvés dans les domaines de spécialités en termes d'attentes du patient. Selon la thèse d'A. Quéniart, le premier recours correspondrait généralement à une recherche de soins curatifs, alors que les recours ultérieurs participeraient d'avantage à un désir de prévention, d'écoute, de sécurité, de compréhension et de recherche de sens. C'est ainsi qu'un glissement vers un recours sous-tendu par une quête existentielle ou une sensibilité philosophique survient chez certains usagers(51).

Les motifs de non-recours résident principalement dans la peur de l'inconnu. La méconnaissance des guérisseurs induit une défiance envers le charlatanisme. Les personnes bien intégrées et adhérentes aux prises en charge médicales reconnues n'ont par ailleurs aucun intérêt premier à une orientation secondaire vers les pratiques non conventionnelles. Elles n'ont par conséquent pas non plus l'occasion de ce recours.

II.6.8.4. Croyances

Le monde a longtemps été sous l'égide d'une volonté de croyance unique, dictant à chacun ce qu'il devait penser, sanctionnant l'hérétique et souhaitant détruire les croyances minoritaires. Aujourd'hui, il existe une ouverture vers une diversité de pensées religieuses. Cette nouvelle ère associe parfois la pensée magique à la croyance. Si notre médecine académique se veut plus humaniste en adoptant une faculté d'écoute presque psychologique, pour autant, elle ne cautionne pas le lien avec la spiritualité. Les croyances perdurent depuis des millénaires et sont aujourd'hui toujours influenceuses quel que soit le tissu socio-économique du patient(52). Le lien avec la croyance renforce cette quête de sens pour les patients selon la thèse de P. Landais(53) car « *la religion a un impact sur les conduites qu'observent les patients pour prévenir l'apparition des maladies* ».

II.6.9. Relation triangulaire

II.6.9.1. Le patient

La thérapie exclusive par médecines alternatives et a fortiori par des guérisseurs n'est adoptée que par une minorité de patients(54)(44) comme nous l'avons vu dans le point chiffré. La plupart intègrent dans leurs parcours de soins leur médecin traitant et leur guérisseur. Cela leur permet d'épuiser les ressources médicales établies et disponibles avant de compléter leur prise en charge. En débutant une prise en charge avec leur médecin et en la complétant de l'action d'un guérisseur, ils fixent la limite à celui-ci. Ils peuvent ainsi s'assurer (ou se rassurer) auprès de leur médecin traitant que leur démarche est la bonne(55)(56).

Dans un premier temps, cette relation tripartite se fait généralement à l'insu du médecin traitant. Peut-être, est-ce vis-à-vis du sentiment de trahison de cette relation de confiance ? Peut-être est-ce plutôt la perception d'une illégalité des pratiques testées ? Très souvent, le patient cache à son médecin qu'il voit un guérisseur en premier recours, par probable crainte d'un jugement. Contrairement à son médecin, il n'attend pas de savoir universitaire appris mais l'action d'une puissance supérieure qui le délivrerait de ses symptômes. Des symptômes qu'il considère souvent amoindris ou minimisés par les médecins. C'est pour eux une quête de sens et un désir de compréhension... Pourquoi cette maladie ? Pourquoi moi ? Comment l'écarter ? Comment ne plus avoir peur ?

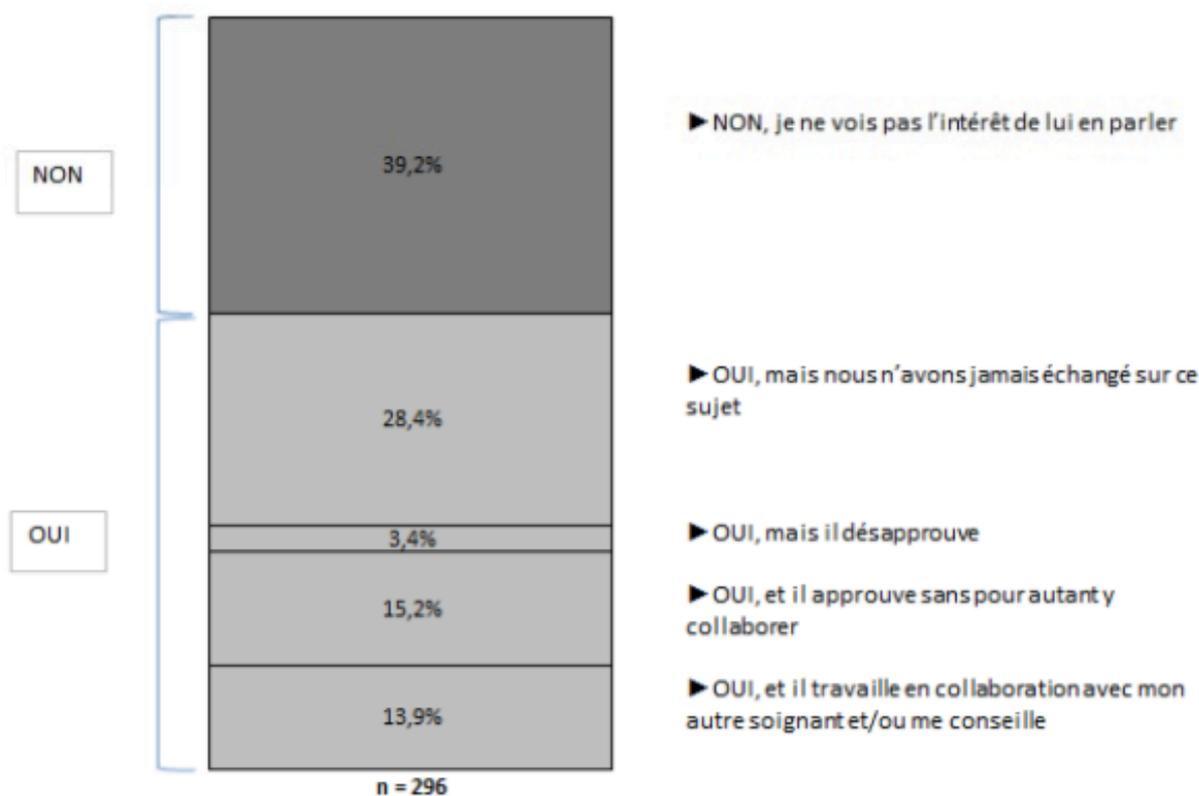


Figure 3 : Du côté patient : Utilité de parler des praticiens alternatifs avec son médecin traitant(49).

Une étude réalisée à l'université McMaster(57) mentionnait que 41% des patients recourant à des praticiens alternatifs ne souhaitent pas le dévoiler à leur médecin généraliste. Dans les raisons évoquées, on retrouve 15% de patients indiquant que leur médecin n'était pas en mesure de les comprendre, 12% pensant qu'il n'approuverait pas la démarche et 10% se sentant mal à l'aise d'en discuter. Les résultats de la thèse de F. Thiriart ci-dessus sont assez similaires : près de 40% des patients ne voient pas l'intérêt d'en parler avec leur médecin de façon spontanée.

Mais pour l'évoquer en consultation, il faudrait également que le médecin soulève la question comme le propose H. Burstein(58). Le ressenti d'une réceptivité(59) du médecin semble par ailleurs déterminant pour engager une discussion ouverte et productive.

II.6.9.2. Le guérisseur

La relation « praticien alternatif-patient » est un déterminant de l'efficacité thérapeutique. L'efficacité magique du guérisseur repose non seulement sur son don mais aussi sur la confiance du consultant en ses capacités à maîtriser et à canaliser ses forces. L'action et le statut du guérisseurs permettent au patient de moins douter et de lui apporter des certitudes car il est dépositaire d'un savoir et de croyances populaires. Le guérisseur détient des connaissances intuitives. Les qualités de cette relation sont liées à l'écoute et à l'empathie, ce qui donne parfois l'impression d'une lecture psychologique du patient(21). Il donne une réponse qui correspond à la vision du patient dans sa quête de sens. Les guérisseurs disent proposer un espace d'échange verbalement plus simple, plus libre, moins limité par le temps

et propice à la discussion. Leur force de proposition est d'opposer leur pratique à la violence de la médecine conventionnelle, « contre nature », et à sa iatrogénie. Ils prônent justement ce retour à la nature, une puissance généreuse. Il y a de leur part un refus d'un certain mode de rationalité scientifique et d'uniformisation, ainsi qu'un rejet de la biomédecine au profit d'une guérison naturelle associée à un discours social et globalisant.

Ils se définissent comme une aide complémentaire sans se substituer au médecin. Ils peuvent par exemple faciliter la tolérance de certains traitements ou améliorer leur efficacité. Ils disent être souvent appelés en dernier recours. Pas de diagnostic, chacun garde sa place et respectent le corps médical. Le contact avec ce dernier se fait au travers du patient. Certains ont malgré tout la sensation d'être mis à l'écart du parcours de soins et d'être dévalorisés. L'exercice complémentaire fait apparaître une indépendance mêlée à une solitude.

De ces constats sont nés des plateformes(60) et des réseaux(61) de praticiens alternatifs qui, sous couvert de bonnes pratiques médicales dans leur discours, souhaitent se démarquer de tout charlatanisme avec l'apport d'une valeur ajoutée réelle. En effet, de manière à se protéger juridiquement, des guérisseurs se sont constitués en groupements, notamment le SNAMAP (Syndicat National des Magnétiseurs et Praticiens des méthodes naturelles et traditionnelles) et le GNOMA (Groupement National pour l'Organisation des Médecines Alternatives), ce qui leur permet également de se présenter de façon légitime, au moins pour leurs patients potentiels. Chaque organisme a créé sa propre charte dans laquelle figure l'exclusion de tout exercice illégal de la médecine. Leurs adhérents possèdent des répertoires informatisés leur permettant une meilleure interaction, le tout indiquant une tentative de coordination de soins complémentaires.

II.6.9.3. Le médecin

Au questionnement du sens et à la compréhension de la maladie, la plupart du temps le médecin répondra de manière biomédicale. Une infection se développe en raison de la multiplication d'une bactérie ayant pénétré une plaie ensuite mal soignée ou encore un cancer est à la base une multiplication anarchique de cellules et est associé à des facteurs de risques. Le questionnement du pourquoi trouvera moins fréquemment une réponse hors du champ médical.

Et même si les médecines alternatives jouissent d'un entrain populaire vis-à-vis de la découverte de méthodes perçues comme moins agressives que la médecine conventionnelle, les médecins généralistes restent méfiants et pratiquent une collaboration mesurée. Seulement un patient sur 5 allant voir un guérisseur serait adressé par son médecin traitant(62). Certains persistent à penser que les guérisseurs, appliquant ces pratiques parallèles, restent des concurrents incompetents et irresponsables, abusant d'une position créée de toute pièce. Ils profiteraient de patients ayant déjà suivi les thérapies conventionnelles et qui rejettent ces dernières par manque d'efficacité. Il y aurait selon les médecins généralistes un véritable risque pour la santé du patient de par des représentations erronées véhiculées et des comportements irrationnels. En outre, les pratiques telles que le magnétisme ne sont pas reconnues par l'académie de médecine et le médecin généraliste n'a théoriquement pas le droit de diriger sa patientèle vers un magnétiseur.

En ambulatoire et dans le domaine de l'oncologie, les études évoquées ci-dessous ont été réalisées afin de mettre en place quelques règles pouvant être intégrées au temps de la consultation afin de favoriser ce lien de confiance. Ces règles préviendraient le sentiment d'hostilité et de défiance.

Selon J-C. Holland(63), B. Doan(64) et J. Dilhuydy, le médecin doit :

- « Être bien informé des traitements complémentaires et alternatifs actuels,
- Analyser les raisons pour lesquelles un patient s'intéresse à ce type de traitement
 - o Savoir donner des informations précises aux patients et à leur famille,
 - o Être capable de susciter des questions sur le sujet,
 - o Pouvoir discuter des aspects positifs et négatifs des traitements complémentaires et alternatifs,
- Être capable de ne pas porter de jugement de valeur sur le choix des patients et de leur famille,
- Savoir discuter des risques liés aux effets secondaires possibles et des bénéfices escomptés
- Être capable d'assurer un suivi régulier de cette problématique au cours de l'évolution de la maladie dans la mesure où le patient peut modifier ses choix et ses comportements. »

II.6.9.4. Abus et dérives

Si l'on reprend la seconde partie de la définition du mot guérisseur sur le dictionnaire Larousse : « *Personne qui ... agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine* ».

Le guérisseur inclut cette spécificité de non-conventionalité mais également de don, de magie et de préceptes personnels, et non d'un postulat. Cela le place à l'extrémité des pratiques parallèles, en marge de l'exercice légal scientifique et médical. La frontière avec le charlatanisme est jugée souvent mince.

Selon la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille du Conseil de l'Europe :

« Les médecines alternatives sont devenues à présent de véritables industries. Dès lors, des abus et des dérives sont possibles, certains étant toujours tentés, par goût du pouvoir ou esprit de lucre, d'utiliser ces médecines à des fins détournées. Il existe donc des risques certains de voir ces médecines exploitées par des charlatans, des groupes sectaires etc..., tous voyant en elles un profit immédiat.

Pour les sectes, la santé est un thème porteur : elles s'en servent pour attirer de nouveaux adeptes, et sont tentées d'utiliser ces médecines parallèles pour couper les adeptes du monde médical extérieur à la secte. Dans la mesure où elles prônent l'inutilité de la médecine traditionnelle et la nécessité d'arrêter tout traitement, y compris dans le cas de maladies graves comme le cancer et le SIDA, les dangers sont considérables pour les individus. Les médias se sont faits l'écho de plusieurs cas d'adeptes atteints de cancer et décédés après avoir abandonné toute thérapie(65)»

Selon l'article 39 du code de déontologie médicale et l'article R4127-39 du code de la santé publique : « *Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanerie est interdite* ».

Il est donc difficile de démêler la bonne foi d'un praticien alternatif d'une dérive sectaire potentielle avec abus de pouvoir psychologique et financier comme le constate le rapport présenté au Sénat sur la thématique soumise en 2013(66). Ce rapport a été soutenu par la MIVILUDES. Il explique que la recherche du bien-être fait parfois le lit de comportement de marginaux et sans fondements scientifiques comme en font partie les médecines non conventionnelles. Cette commission a jugé « *très alarmant le fait que l'image de la médecine classique, altérée - de manière compréhensible - par des scandales récents puisse conduire des personnes atteintes de pathologies lourdes à s'interroger sur les propositions thérapeutiques de leur médecin pour s'en remettre à des pratiques de « soins » sans nécessairement disposer d'une information complète sur les conséquences de leur choix* ». C'est pourquoi, cet écrit a permis de faire le point sur les pratiques les plus abusives ou à risques pour la santé.

CONSEILLER Claude B. [] - Médecine Holistique

 J'aime 2 personnes aiment ça. Soyez le premier parmi vos amis.

Thérapeute

Accompagnement thérapeutique - Alcoolisme - Alimentation Bio - Aromathérapie - Ayurvéda - Coaching - Diététique - Drainage lymphatique - EFT - Emotional Freedom Techniques - Elixirs floraux du Dr Bach - Fibromyalgie - Gestion des conflits - Gestion du poids - Gestion du stress - Guérison des Blessures Intérieures (GBI) - Harmonisation / Soins énergétiques - Hypnose thérapeutique - Iridologie - Magnétisme - Massage aux huiles essentielles - Massage ayurvédique - Massage classique - Massage de Santé - Massage Relaxant - Massage thérapeutique - Médecine chinoise - Méditation - Musicothérapie - Naturopathie - Nutrithérapie - Nutrition - Oligothérapie - Phytothérapie - Psychothérapie - Relaxation - Soins des jambes - Soins du corps - Soins du visage - Soins pour homme - Sophrologie - Tabagisme - Thérapie brève - Training autogène - Travail thérapeutique sur les traumatismes

CONSEILS EN :
Naturopathie Holistique.
Guidance spirituelle thérapeutique.
Musicothérapie.
Spécialiste en phytothérapie.
Aromathérapie.
Nutrition & compléments alimentaires.
Sophrologie,
relaxation & massages.
Iridologie.
Hypnose médica

Informations sur la séance

Fermé le matin et reçoit l'après-midi de **16h00 à 18h00**.

Durée approximative : **30 minutes**

Tarifs en vigueur : **non communiquée**

Informations pratiques



ne reçoit pas le week-end.



rendez-vous par internet possible.

Figure 4 : Exemple de dérive isolée, identifiée par le rapport des dérives sectaires soumis au Sénat en 2013.

Forcés de constater qu'il leur est actuellement impossible de contrôler de tels flux d'informations par le biais d'internet, leur objectif principal a été de faire une quarantaine de propositions afin d'encadrer les pratiques et de préserver une sécurité du soin au niveau national.

II.6.9.5. Vers un pluralisme thérapeutique ?

La thèse de V. Vidano(42) offre déjà quelques prémices de réponses concernant une relation « praticien-médecin ». Il est fait état de l'importance d'une collaboration restée secrète où chacun s'adresse les patients lorsqu'il juge ses limites propres atteintes. Les guérisseurs ne souhaitent pas se substituer au champ médical mais jugent leur pratique complémentaire. Ils

font très souvent partie d'un réseau, ce qui n'évite toutefois pas le sentiment d'exclusion. Car autant les médecins que leurs homologues adoptent une attitude méfiante les uns envers les autres. Néanmoins, ils partent tout deux du principe que chaque protagoniste a un rôle à jouer : les médecins savent conduire une recherche en testant des hypothèses, et connaissent les pathologies. Les guérisseurs eux ont leur approche propre de la conduite du soin et une compréhension du processus de guérison différente de l'approche scientifique(67).

Le patient quant à lui reste maître de son parcours de soin au sens large et il est important de respecter sa liberté décisionnelle.

Une approche collaborative semble une voie difficile mais enrichissante car « 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 ». (68)

II.7. Évaluation quantitative des thérapies non conventionnelles

« Est-ce que ça marche ? » question récurrente qui m'a été posée depuis l'origine de cette thématique de thèse. Les réponses se divisent ensuite en deux camps : ceux qui croient à une puissance magique, et ceux qui n'y croient pas. La seconde catégorie de personnes prône une explication par l'effet placebo. La croyance en un soin est pour eux inhérente à son efficacité.

II.7.1. Effet placebo

Le terme placebo apparaît en 1803 dans le New Medical Dictionary qui le définit comme « une épithète donnée à tout remède prescrit plus pour faire plaisir au patient que pour lui être utile ».

L'effet placebo est « l'effet psychologique, physiologique ou psychophysiologique de toute médication ou procédé donné avec une intention thérapeutique qui est indépendante, ou très faiblement reliée aux effets pharmacologiques de la médication ou des effets spécifique du procédé et qui opère au travers d'un mécanisme psychologique. » (69). C'est le cas de la plupart des pratiques utilisées et testées selon des méthodologies scientifiques. L'avantage est que l'effet placebo peut agir alors même que l'on sait qu'il s'agit d'un effet placebo(70)(71)(72).

Pour P. Pichot, c'est l'interaction de trois composantes qui permettrait de produire cet effet : « puissance réelle ou supposée du traitement, conviction du médecin, adhésion du patient ». Le placebo élargi associe une relation entre le placebo, la relation empathique médecin-patient ainsi que la perception d'un « praticien médicament ». En effet, une relation éclairante et forte de convictions va permettre de contrôler l'anxiété et les croyances du patient qui se trouve dans une attente inconfortable.

Il peut être observé dans tout type de médecine et notamment dans les médecines complémentaires dans lesquelles les moyens médicamenteux ou thérapeutiques sont plus réduits qu'en allopathie. L'effet placebo serait-il une des clefs de ce retour au naturel en plus de l'écoute et de l'empathie ?

Statistiquement, on retrouve 35% d'effet placebo par traitement pour une variable allant de 15 à 53%(73).

A l'heure actuelle, les mécanismes neurologiques précis de l'effet placebo sont encore inexpliqués. Il est supposé qu'une détresse psychologique agit sur le système immunitaire en affectant la sécrétion de glucocorticoïdes en association avec d'autres hormones clés permettant une résistance à la maladie. Le contrôle de l'anxiété pourrait donc être à l'origine

d'une meilleure défense immunitaire(20). On ne peut donc pas non plus affirmer qu'il s'agit d'un effet psychologique isolé. Nous savons simplement qu'il est catalysé par la sphère cognitive de l'être humain de par son conditionnement, la suggestion, l'attente ou encore l'espoir(74). A contrario, on cherche toujours à éviter l'effet nocebo lié à l'apparition d'effets indésirables en interférant avec les traitements médicaux établis ou d'effets secondaires. Ces derniers sont distincts des effets secondaires réels d'un médicament par leur nature psychologique. Il n'est pas toujours aisé de les différencier.

II.7.2. Évaluation des pratiques non médicamenteuses

Évaluer les pratiques alternatives semble incompatible avec la méthodologie des essais cliniques EBM habituelle. Leur mode anthropologique est différent. Plusieurs aspects posent problème : les effets spécifiques liés aux guérisseurs et les essais en aveugle impossibles. C'est également le cas de l'évaluation d'une technique chirurgicale, de l'activité physique, ou tout autre évaluation de thérapie non médicamenteuse. Comment différencier ces derniers des effets non spécifiques et montrer une supériorité vis-à-vis d'un effet placebo ? La réponse ne semble pas évidente. Dans un contexte de culture médicale de l'EBM, il semble désormais y avoir des outils d'évaluation à notre disposition.

II.7.2.1. Définition d'une intervention non médicamenteuse et son contexte

Selon l'étude CAMbrella menée dans l'union européenne en 2012, on estime que 178 000 praticiens paramédicaux et 150 000 médecins seraient spécialisés dans ces pratiques, et en particulier l'acupuncture, la chiropraxie et les traitements à base de plantes ; et que près de 100 millions de citoyens européens utilisent des pratiques alternatives(75). Mais ces pratiques non conventionnelles sont répertoriées au nombre de 400 comme nous l'avons vu auparavant. Ce chiffre important correspond à des appellations disciplinaires et non à des méthodes de santé. Pour les évaluer, il a fallu se défaire de leur identité officielle et trouver un terme générique. De façon métaphorique, ce n'est donc pas la boîte à outils (appellation) qui importe mais l'outil et la manière de l'utiliser. Ces pratiques ont alors été nommées « interventions non médicamenteuses » (INM). Non médicamenteuses car elles sont non pharmacologiques. Elles font donc appel à d'autres mécanismes biologiques et psychologiques. Le terme « médicamenteuses » a été conservé afin de montrer l'inspiration EBM des techniques de validation clinique et de surveillance du médicament. D'autres appellations similaires figurent dans le tableau 5 :

Tableau 5 : appellations similaires des INM (76)

- actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire,	- objets connectés santé,
- aides techniques et technologiques,	- pratiques de soins non conventionnels,
- dispositifs médicaux non implantables,	- produits de santé naturels,
- interventions complexes,	- remèdes naturels,
- interventions comportementales,	- soins adjuvants,
- interventions non pharmacologiques,	- soins de guérisseur,
- médecines alternatives,	- soins de support,
- médecines chinoises,	- soins intégrés,
- médecines complémentaires,	- soins non conventionnels,
- médecines comportementales,	- solutions e-santé ou m-santé,
- médecines douces,	- thérapies non médicamenteuses,
- médecines intégratives,	- thérapies non pharmacologiques,
- médecines naturelles,	- thérapies complémentaires,
- médecines non conventionnelles,	- traitements complémentaires,
- médecines parallèles,	- traitements non pharmacologiques.
- médecines traditionnelles,	

Afin d'éviter les amalgames des INM et du mode de vie, il semble plus évident de les définir par ce qu'elles ne sont pas. Elle n'est ni un mode de vie sain, ni un acte de promotion de la santé publique, ni une transformation environnementale, ni une solution organisationnelle et encore moins un aliment. Elles sont également décrites par leur différence lors du congrès iCEPS 2019 et ne veulent être assimilées aux médecines alternatives, parallèles ou encore à la mouvance dite des « fake medicine ».



Figure 5 : affichages d'une différence entre les INM et les médecines non conventionnelles au iCEPS 2019

Par contre, elles sont décrites comme des solutions de prévention et de soins complémentaires. Selon le CEPS, une INM « est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques ».

Les INM sont intégrées au parcours de santé d'un patient(77) et ont une action préventive ou thérapeutique. Elles potentialisent l'action des traitements médicamenteux et impliquent donc une participation active des patients.

Un rapport de la Haute Autorité de Santé distingue trois catégories, les thérapeutiques physiques, les règles hygiéno-diététiques et les traitements psychologiques. Le CEPS a identifié cinq catégories et 19 sous-catégories d'INM comme le montre la figure ci-dessous.

 Interventions psychologiques santé	 Interventions physiques santé	 Interventions nutritionnelles santé	 Interventions numériques santé	 Autres interventions NM santé
Art Thérapie Education pour la santé Psychothérapie Zoothérapie	Activité physique Hortithérapie Physiothérapie Thérapie manuelle Thermalisme	Complément alimentaire Thérapie nutritionnelle	Objet connecté Thérapie par le jeu vidéo Thérapie par la réalité virtuelle	Objet ergonomique Phytothérapie Thérapie cosmétique Thérapie par les ondes Lithothérapie

Figure 6 : catégories et sous catégories des INM(76)

A l'heure actuelle, « l'évaluation » réside dans l'expérience car il n'existe aucun organisme ou agence gouvernementale européenne susceptible de pouvoir les réglementer. Chaque professionnel est livré à lui-même pour choisir l'INM la plus adaptée pour le patient. Mais aucun ne sait vraiment laquelle est efficace, dangereuse, voire abusive. Une bonne expérience les rassure et les pousse à renouveler l'expérience. D'expérience en expérience, chacun finit par se croire expert et partage ses recommandations sur les réseaux sociaux.

Les décrire de manière précise faciliterait une évaluation, une surveillance et une vulgarisation pour le patient. Une étude de G. Ninot datant de 2018 invite à modéliser l'ensemble des connaissances scientifiques et d'usage des INM sous la forme d'une ontologie informatique(76). Elle est sensée faciliter les recherches bibliographiques, les statistiques d'usages et favorise l'amélioration des bonnes pratiques. Une première version de cette classification internationale évolutive est disponible sur la plateforme Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (CEPS). D'autres organisations et instituts dédiées aux INM ont vu le jour après le CEPS en 2001 :

- L'Observatoire des Médecines Complémentaires Non Conventionnelles (OMCNC), 2015
- Le Groupe d'évaluation des Thérapies complémentaires personnalisées (GETCOP), 2015
- Le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire (CUMIC), 2018
- L'Institut national du cancer (INCA)
- L'unité Inserm U1178 dirigée par B. Falissard de l'Université Paris Sud.

L'objectif de ces différentes agences est d'utiliser la voie EBM pour prouver l'efficacité par bénéfices avérés ou leur innocuité en terme de sécurité pour le patient, même si cela est bien plus compliqué que pour les médicaments(78)(79).

II.7.2.2. Structures traitant des INM

II.7.2.2.1. CEPS

Cette plateforme a été initiée en 2011 par G. Ninot(80). Il s'agit d'un groupement d'intérêt scientifique entre l'Université Paul Valéry Montpellier 3 et l'Université de Montpellier. Elle regroupe, des chercheurs, des praticiens, des patients, des bénévoles et des décideurs.

« Elle aide les chercheurs et les praticiens dans la veille, la conception et la publication d'études évaluant les Interventions Non Médicamenteuses (INM) dans un secteur sensible où les niveaux de preuve d'efficacité et d'innocuité sont faibles. »

Leurs principaux objectifs :

- recenser toutes les INM ;
- mettre en avant la recherche interventionnelle non médicamenteuse ;
- améliorer l'identification des études INM de qualité afin de les inclure dans des méta analyses (MOTRIAL) ;
- encourager des études de qualité afin de mieux connaître la balance « bénéfice-risque » de chaque INM.

iCEPS : Ce groupement effectue depuis des congrès conférences sur 3 jours, traitant des meilleures études ou techniques de validation des INM. Le CEPS se revendique d'être un organisme de réflexion indépendant et de n'appartenir à aucune classification médicale officielle ou populaire.

II.7.2.2.2. GETCOP

Une seconde association GETCOP pour Groupement d'Évaluation des Thérapies Complémentaires Personnalisées composée principalement de praticiens hospitaliers d'Alsace-Lorraine et de paramédicaux. Plusieurs commissions dans l'année sont l'œuvre de réflexion et de partage thématique. Il existe par exemple une commission de thérapie manuelle, ciblée réflexologie, qui a pour objectif d'évaluer les techniques réflexes dans le but d'analyser la qualité de leurs bases scientifiques et leur réelle efficacité thérapeutique.

II.7.2.2.3. INSERM U1178

Par ailleurs l'unité 1178 de l'INSERM s'associe à cette démarche en éditant régulièrement, de manière associée à des organismes ou non, des rapports d'évaluation d'efficacité et de sécurité sur les médecines non conventionnelles. Le plus récent est celui de la cryothérapie corps entier datant de juin 2019(81). L'acupuncture, l'auriculothérapie, l'ostéopathie, la mésothérapie ou encore la chiropraxie ont été évaluées de la même manière(82).

II.7.2.3. Objectifs des INM

Elles résolvent les problèmes de santé et doivent permettre(76):

- d'améliorer la qualité de vie ;
- prévenir l'apparition de maladies ;
- diminuer les symptômes d'une maladie ;
- potentialiser les effets d'un traitement conventionnel ;
- augmenter la durée de vie ;

- guérir une maladie.

Et éventuellement :

- réduire le reste à charge ;
- diminuer les soins de dépenses non programmées ;
- limiter les pertes de production de la société.

II.7.2.4. Conceptualisation

Une conceptualisation des INM va permettre de mieux les catégoriser, chose qui posait problème jusqu'à présent. Elle permet de répondre à plusieurs questions telles que le principe d'action d'une INM, son indication, les précautions à prendre, les risques d'interférences avec d'autres traitements, les effets indésirables et les dérives possibles ainsi que les éventuelles contre-indications.

La finalité de ce travail ontologique est de permettre d'identifier les meilleures INM évaluées dans des études cliniques, de les comparer et de pouvoir les proposer aux patients en les ajustant à leur préférence et leur mode de vie.

II.7.2.5. Méthode

II.7.2.5.1. Définir un objet d'étude

Il est déjà délicat de savoir si l'on cherche à évaluer l'effet spécifique ou global d'un INM. Historiquement, un essai clinique cherche à prouver un effet spécifique. Or dans le champ de ces pratiques, les effets ayant trait à l'INM sont le plus souvent non spécifiques. Des réalisations d'essais cliniques à trois bras ont été évoquées : bras 1 intervention vraie, bras 2 intervention factice, bras 3 traitement allopathique de référence(48). Ce type d'étude suffirait à « aider une décision » quand un essai classique viserait une démarche de « connaissance » par compréhension des mécanismes sous-jacents (effet spécifique).

II.7.2.5.2. Choisir un critère de jugement pertinent

Les critères de jugement se superposent rarement entre les études et sont majoritairement objectifs, ce qui pourrait être amené à se modifier progressivement. Les critères subjectifs font partie du paysage des nouveaux critères de jugement selon J. Gueguen. Et le constat de sa thèse réalisée sur l'évaluation des pratiques non médicamenteuses est que les perspectives du médecin entrant dans le choix du critère de jugement diffèrent de celles du patient(48). Se pose alors la place à accorder au point de vue du patient dans la recherche qualitative. Une possibilité serait d'inclure des patients dans les comités de recherche comme le recommande le Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) aux États-Unis. Cet institut a pour objet de financer les recherches dont les critères de jugement sont centrés sur le patient. Mais attention, « *proposer des critères de jugement adaptés nécessite également de disposer des outils de mesure adaptés pour les évaluer* », prérequis défini par A. Desrosières comme l'étape permettant de convenir de ce que l'on mesure(83).

II.7.2.5.3. Les difficultés

Alors que la participation active est l'un des buts recherchés dans la prise en charge du patient, elle pose problème dans un contexte d'évaluation. En effet, le patient va aller volontairement et plus facilement vers une INM selon ses affinités et sa dimension socio-culturelle. En

conséquence, la randomisation s'avère périlleuse. J. Gueguen cite l'exemple du jeune thérapeutique(48). Ainsi la randomisation, pilier de l'essai EBM n'est pas toujours réalisable. A noter qu'il existe des designs d'études avec randomisation de patients sans préférence et comparaison ensuite avec les bras de patients avec préférences.

Le double aveugle est aussi une difficulté dans les MAC ne médiant pas de substances. Ici aussi il existe quelques techniques de contournement, par exemple en acupuncture où il existe un système de vraies et fausses aiguilles. Cela nécessite des patients naïfs vis-à-vis de ces traitements afin de ne pas biaiser les résultats par la connaissance du patient de ces méthodes et de leurs effets.

La standardisation selon J. Gueguen permet l'évaluation d'une intervention homogène et facilite l'interprétation des résultats. Néanmoins, elle semble peu utile d'après elle puisque la visée de cette étude est d'évaluer des pratiques individualisées et non de généraliser. La standardisation est donc éventuellement un complément aux essais. Mais elle ne doit pas être considérée comme une excuse à ne pas réaliser un essai clinique randomisé dans le sens où elle n'est pas indispensable.

Les méta-analyses sont quant à elles rarement réalisables en raison de l'hétérogénéité des études actuellement menées.

II.7.2.5.4. En résumé

En l'état actuel, la stratégie de recherche biomédicale stricte aboutissant à une AMM ne peut s'appliquer aux INM pour des raisons politiques et économiques. Et malgré la richesse bibliographique sur les pratiques non conventionnelles, il existe peu de conclusions consensuelles sur leur efficacité. L'essai clinique EBM ne peut à lui seul permettre une validation de pratiques ne s'appuyant pas sur les mêmes fondements scientifiques. Il est par contre tout à fait possible d'adopter des stratégies de recherche qualitative appliquées aux INM. Les standards méthodologiques EBM sont adaptables aux pratiques alternatives, sous réserve de respecter quelques règles. Par ailleurs, l'évaluation d'une INM repose sur la discussion conjointe avec le patient des objectifs de l'étude afin de définir au mieux les critères servant de fondements à l'étude.

II.7.2.6. Apport de la recherche qualitative dans ce domaine

Dans son travail, J. Gueguen discute de l'utilisation de l'EBM couplée aux méthodologies qualitatives. Cette mixité méthodologique n'a pas pour but une AMM en tant que telle. Mais elle pourrait aboutir soit à une prise décisionnelle, soit à une meilleure connaissance de l'effet spécifique ; auquel cas le processus serait différent. La première méthode, visant la prise décisionnelle, s'articule comme suit : la définition de l'intervention, la recherche d'un critère de jugement pertinent, l'optimisation de l'intervention et enfin l'évaluation de l'efficacité en vie réelle.

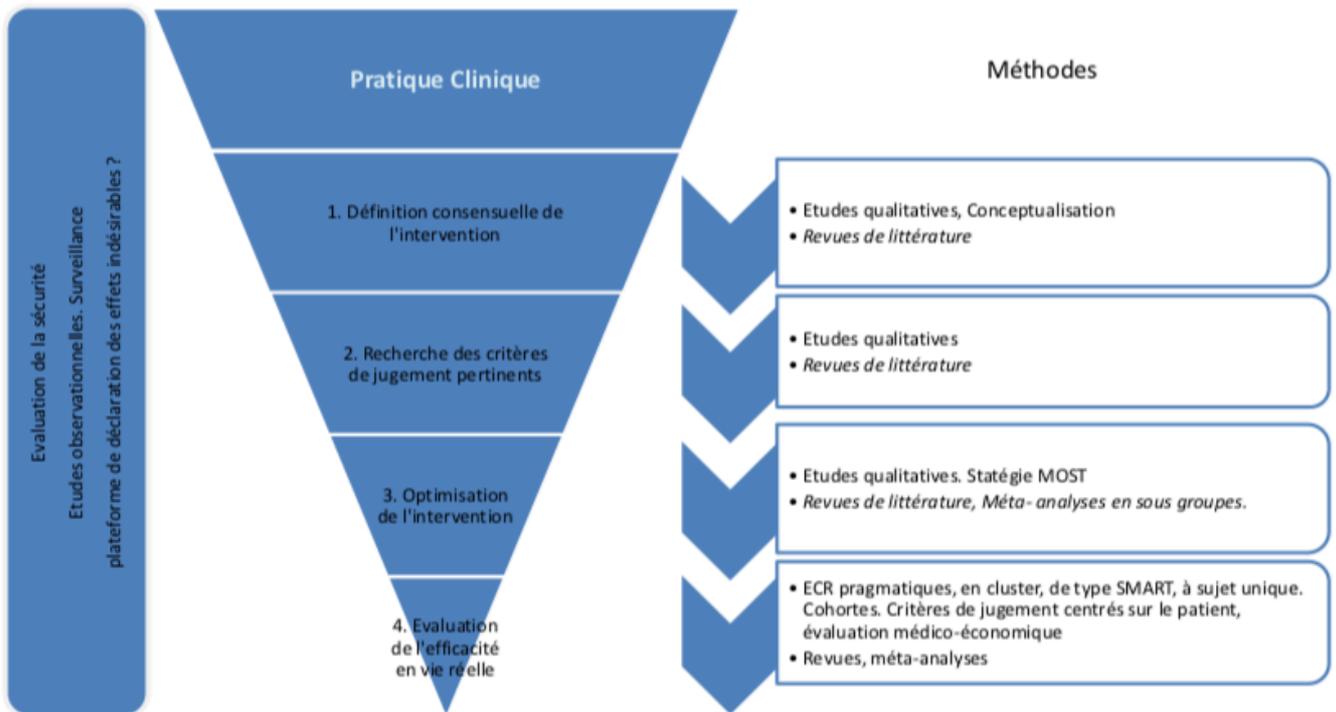


Figure 7 : stratégie de recherche au sujet des pratiques non conventionnelles devant aboutir à une aide à la décision(48)

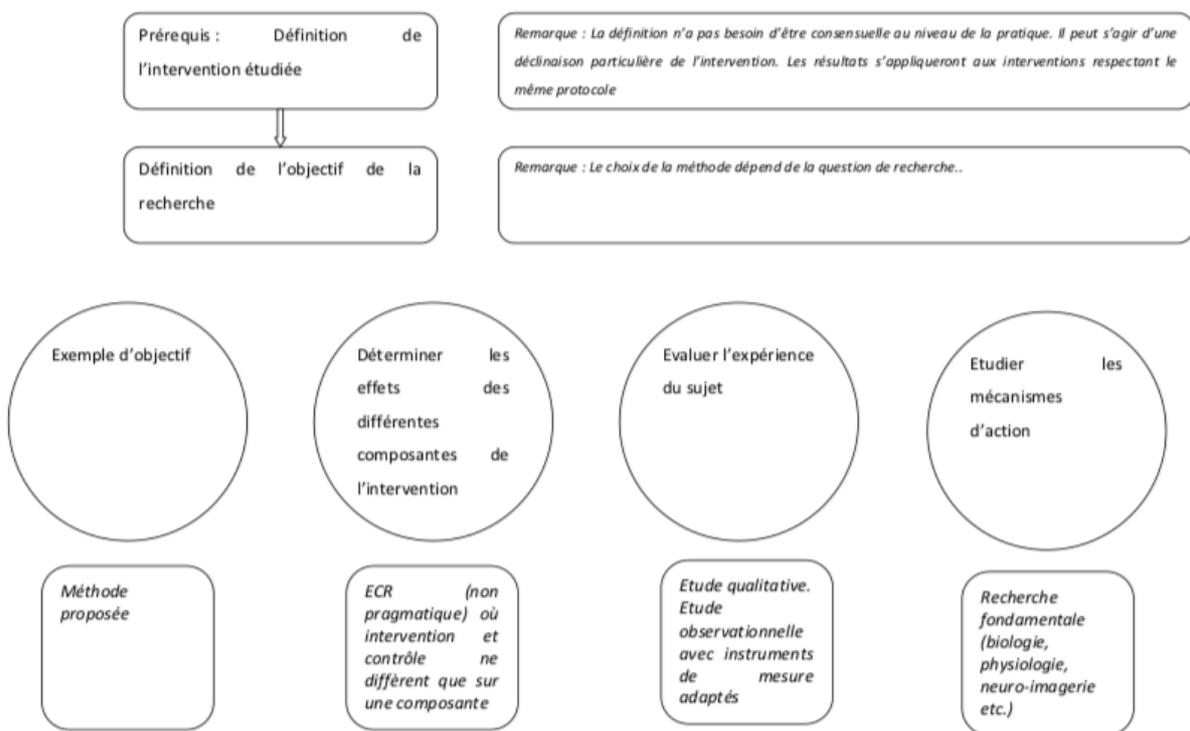


Figure 8 : stratégie de recherche au sujet des pratiques non conventionnelles devant aboutir à une meilleure connaissance de l'effet spécifique(48)

Pour la seconde, visant la connaissance de l'effet spécifique, le point essentiel est la définition claire et précise de l'intervention étudiée et l'objectif de cette recherche appliquée au patient. Les autres éléments méthodologiques n'ont ensuite pas de chronologie nécessaire.

Cette vision va donc bien au-delà des protocoles scientifiques reconnus en alliant différentes méthodologies qu'elles soient quantitatives et qualitatives. Leur utilisation indépendante déjà reconnue par les institutions scientifiques peut, selon J. Gueguen, s'adapter aux médecines non conventionnelles sous réserve d'un choix judicieux des critères d'intérêt.

II.8. Conclusion

De cette partie, ressort une intégration timide des médecines non conventionnelles malgré la reconnaissance officielle de quatre d'entre elles, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture et la mésothérapie. En effet, l'engouement populaire pour cette quête du bien-être et de sens ne semble pas faire l'unanimité au sein du corps médical et de la sphère étatique. Il n'existe a priori pas de vraie relation triangulaire : le médecin est partagé entre une méfiance vis-à-vis de pratiques non cartésiennes et une curiosité bienveillante. Le guérisseur, lui, reste somme toute assez isolé. La communication semble se faire par patient interposé, voire souvent à l'insu du médecin traitant en premier recours. Enfin, une volonté d'encadrement, d'évaluation et de supervision de ces pratiques est en train de s'affiner.

III. Le Limousin

III.1. Données socio-économiques

Le limousin, venant étymologiquement de l'occitan « *les vainqueurs avec l'orme* », est une ancienne région administrative et se compose de trois départements : la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne faisant désormais partie de la région Nouvelle-Aquitaine.



C'est une région rurale riche de nombreux territoires agricoles. Des massifs bordent le territoire comme le massif central et le plateau des Millevaches. Le reste se constituant principalement de vallées bocagères et verdoyantes ainsi que de forêts. On constate aussi la primauté de l'agriculture en regardant les paysages. 36% de ces dernières ont disparu en 15 ans mais ce secteur reste dynamique avec une exploitation agricole pour l'industrie agroalimentaire et la sylviculture. L'activité d'élevage est principalement bovine. La volonté des agriculteurs et maraichers est désormais de valoriser le produit issu de ce terroir en mettant en place des labels et appellations de qualité.(84)

Il existe très peu de grandes entreprises : Legrand, Renault Trucks et Valeo, alors qu'il existe un maillage intense de PME. Par manque de dynamisme, les industries régionales tendent à s'éloigner au profit de la métropole bordelaise, poursuivant actuellement son essor économique et démographique.

Malgré un taux de chômage bas (8,1%), la région reste pauvre avec un manque de dynamisme et est soutenue par d'autres régions plus riches selon le cadre d'aménagement du territoire national.

La région est restée longtemps isolée en raison du peu d'axes routiers mais compte désormais des axes autoroutiers le reliant à Paris, Toulouse (A20), Clermont Ferrand et Bordeaux (A89).

III.2. Démographie générale

Ce territoire compte près de 740000 habitants répartis sur 17000km². Il fait partie des zones les plus faiblement peuplées de France selon l'INSEE.

Contrairement à la pensée commune, le territoire a accueilli plus de 30000 personnes supplémentaires en 15 ans. Cela s'explique par une part migratoire nouvelle venant principalement des Pays-Bas, du Royaume-Uni, en raison du coût de la vie moindre. La natalité française est également un des critères de cette démographie positive.

La majeure partie de la population se concentre dans les zones péri-urbaines autour des agglomérations principales : Limoges, Brive ou encore Tulle. Les campagnes demeurent nombreuses mais voient partir les nouvelles générations en raison du manque de travail(84).

Une des particularités de la région est également le vieillissement 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.

Tableau 6 : Part de personnes âgées de ≥ 75 ans (en %), Agence Régionale de Santé (ARS), 2010

PART DES PERSONNES AGEES DE ≥ 75 ANS (EN %)			
FRANCE	<i>Corrèze</i>	<i>Creuse</i>	<i>Haute-Vienne</i>
8.3	13.0	14.8	11.3

III.3. Démographie médicale

De 2007 à 2013, la proportion de médecins retraités a suivi la tendance nationale avec le départ augmenté de 45% ainsi qu'une progression du concept de retraite active.

Tableau 7 : Les effectifs des médecins en activité générale en Limousin – Source CNOM 2013

	<i>2007</i>	<i>2013</i>	<i>Variation-Région</i>	<i>Variation-France</i>
<i>Retraité</i>	415	527	+45,3%	+44,8%
<i>Retraité actif</i>	20	105		
<i>Temporairement sans activité</i>	55	46	-0,4%	+0,9%
<i>Remplaçant</i>	100	103		
<i>Activité régulière</i>	2315	2311		
<i>Total</i>	2905	3092		

Dans le même temps, le nombre global de médecins généralistes en activité a régressé de plus de 11% ; une baisse qui a concerné de façon homogène les trois départements du Limousin. Le vieillissement s'observe aussi dans la démographie médicale avec un âge moyen plus élevé dans le département de la creuse avec 56 ans.

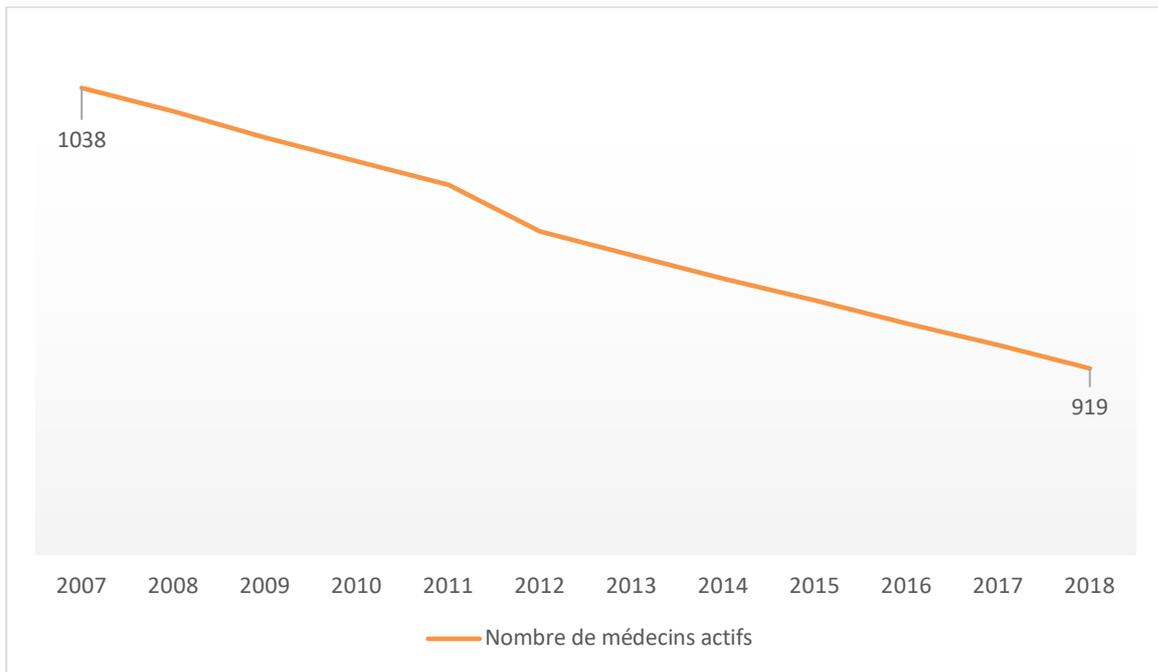


Figure 9 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes actifs entre 2007 et 2018 - Source Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2013

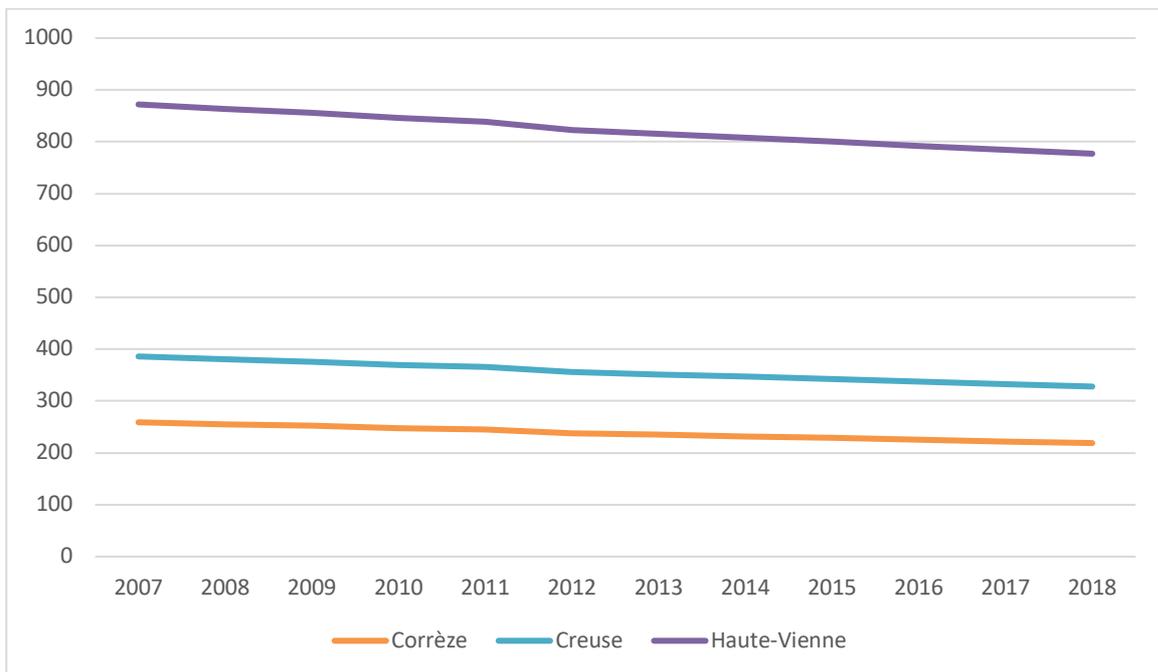
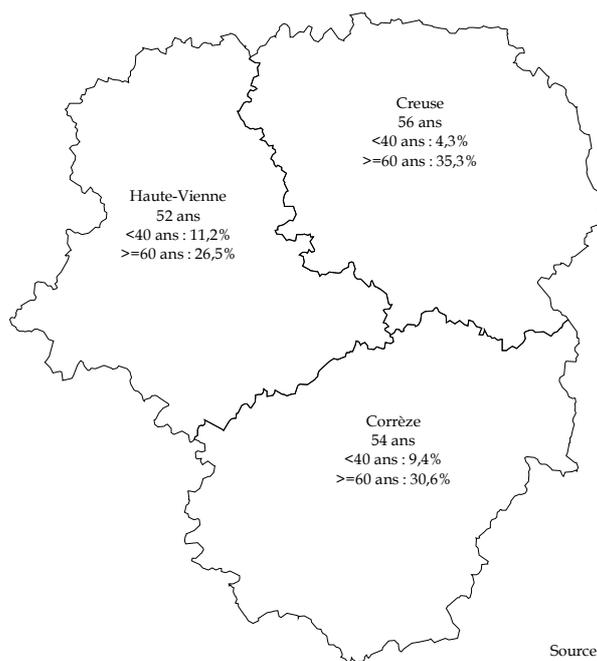
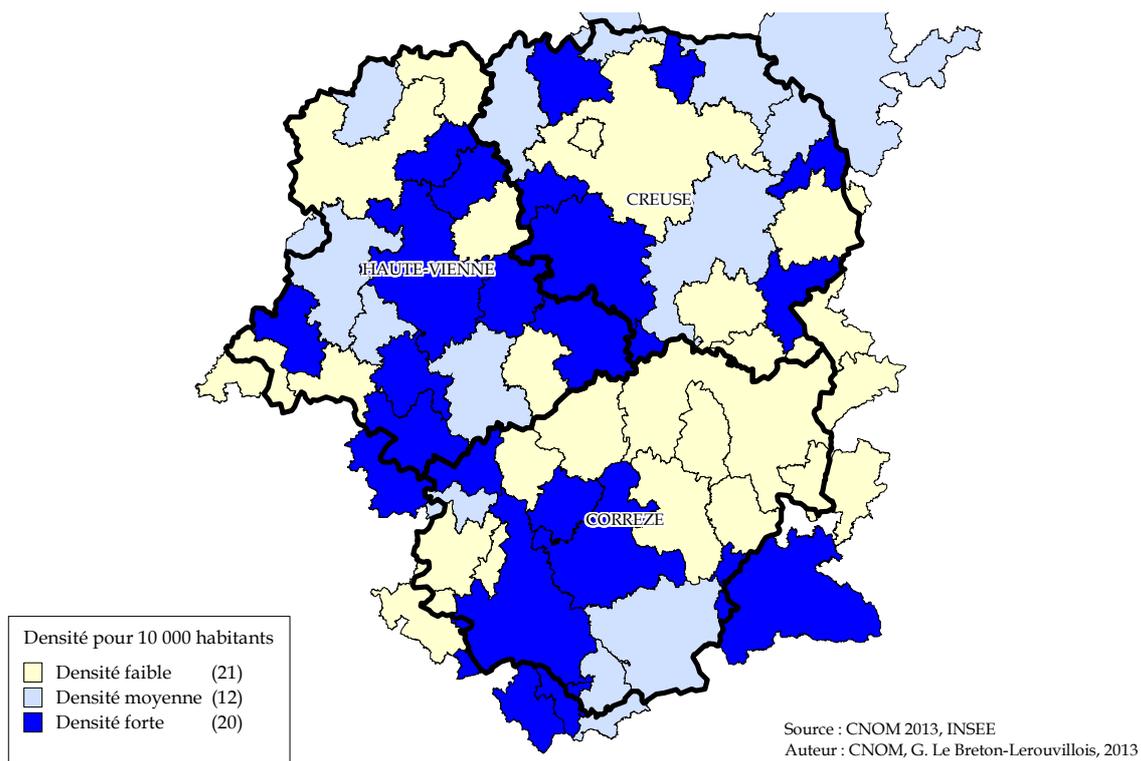


Figure 10 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes par département entre 2007 et 2018(85)



Source : CNOM 2013
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouillois, 2013

Figure 11 : Profil démographique des médecins généraliste libéraux et mixtes à l'échelle départementale – Source CNOM 2013



Source : CNOM 2013, INSEE
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouillois, 2013

Figure 12 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10000 habitants à l'échelle des bassins de vie – Source CNOM 2013

D'après l'analyse ordinale et le calcul du taux de croissance annuel moyen, il semble que les médecins en 2018 seront 2310 à exercer en activité régulière en région Limousin. Les effectifs ne vont pas évoluer de la même manière en fonction des trois départements. Seul le département de la Haute-Vienne a une forte probabilité d'enregistrer une hausse de 2% de ses actifs réguliers tandis que les départements de la Corrèze et de la Creuse vont connaître une décroissance.

La moyenne d'âge des médecins exerçant dans le limousin est de 53 ans (contre 50,7 ans au niveau national) et les hommes représentent 66% de cette population. Les médecins de 60 ans et plus représentent 29,8% et ceux de moins de 40 ans représentent 9,2% des actifs. Les femmes représentent à elles seules, 56% des moins de 40 ans.

Tableau 8 : Médecins généralistes à l'échelle départementale(85)

	Moyenne d'âge	% femmes	<40ans	>=60ans
Corrèze	52 ans	37%	11%	26%
Creuse	53 ans	38%	10%	28%
Haute-Vienne	51 ans	46%	15%	23%



Figure 13 : Pyramide des âges en région Limousin(84)

III.3.1. Entre tradition et modernité

III.3.1.1. Territoire historique de guérisseurs

La configuration régionale du Limousin a toujours favorisé le recours au guérisseur par rapport à celui du médecin(4). En 1900, il n'existait qu'un pharmacien et médecin par canton dont l'accès se faisait en deux heures de marche à vitesse normale et une heure de voiture parfois. Sans les outils de communication contemporains dont nous ne pourrions plus nous passer, il est aisé de comprendre qu'en plus du coût du trajet et de la consultation, il devenait difficile pour les gens de l'époque de se rendre prioritairement chez un médecin. De ce fait, les populations très rurales se tournaient vers les guérisseurs(86).

Le Limousin ne fait pas partie des régions où l'influence religieuse est la plus forte en France mais elle conserve aujourd'hui des manifestations traditionnelles comme le culte des saints (les ostensions limousines), les bonnes fontaines limousines ou encore le pèlerinage. A titre d'exemple, le culte des bonnes fontaines perdure encore actuellement avec près de 500 bonnes fontaines en Creuse, Corrèze et Haute-Vienne. Elles résultent d'un culte de l'eau à l'origine païen puis polythéiste. On leur prête des vertus thérapeutiques curatives auprès des Hommes et des animaux. Pratique gallo-romaine sollicitant des faveurs et le pouvoir de faire pleuvoir, elles restent très ancrées en Limousin et particulièrement rapportées dans la fontaine Saint -Eloi de Chaptelat en Haute-Vienne. En effet, Saint Eloi serait né dans cette commune nord-limougeaude et aurait fait jaillir la source. Mais ceci n'est qu'une anecdote choisie parmi d'autres. Il existe également une littérature bien développée sur les contes et légendes en limousin(87)(87)(89) faisant état de grimoires, de recettes et de talismans.

III.3.1.2. Le guérisseur Limousin

Les guérisseurs sont très présents sur le territoire. Difficile de trouver quelqu'un qui n'en connaisse pas. Cependant, aucune estimation chiffrée n'est actuellement disponible étant donné le milieu encore tabou et opaque.

III.3.1.2.1. Don, transmission et formation

Le caractère inné du don est remis en question. Si la révélation peut en être tardive, c'est surtout l'universalité d'une capacité à soigner qui est récurrente parmi les praticiens du Limousin. La révélation semble le plus souvent précoce, fortuite et souvent déclenchée par un élément en lien avec la mort.

La transmission reste familiale, intergénérationnelle et « genrée ». Il existe plus exceptionnellement une transmission extra-familiale résultant d'une volonté, dans le respect des règles propres à chaque guérisseur. Mais elle peut également être absente par absence de volonté de la perpétuer.

La formation est majoritairement empirique et hétéroclite, souvent dispensée par une tierce personne.

III.3.1.2.2. Ses pratiques

Le bouche à oreille est l'outil majeur utilisé, ainsi le cercle proche est prioritaire, induisant une relation de fidélité accrue. Les moyens technologiques ne sont que rarement usités, pour autant que les guérisseurs possèdent un site internet à usage « professionnel ».

Concernant le lieu d'exercice, on retrouve les deux catégories de guérisseurs, ceux travaillant à leur domicile et ceux ayant un local professionnel dédié. Les premiers refusent une rémunération justifiant que cela annule tout. Les seconds ont adopté une activité auto-entrepreneuriale à temps plein avec une installation plus « médicalisée ». Beaucoup d'entre eux ont une double casquette afin de maintenir un revenu suffisant.

Le guérisseur sait se rendre aisément disponible et touche une patientèle variée. Ils soulignent eux même l'importance de la parole et du non verbal ainsi que leur notions ou formation en psychologie pour certains. Ils communiquent à l'aide, de formules, de prières, et du toucher. Leurs outils sont aussi multiples que leur nombre. La durée d'une consultation est très variable avec des rendez-vous dépassant l'heure parfois. Elle s'articule en deux temps : une phase de parole, d'écoute active puis une phase de rite oral et manuel. Le suivi n'est pas indispensable à leurs yeux mais peut être quotidien pour certains patients. Ils trouvent leur activité

éprouvante psychiquement car il leur arrive de prendre le mal sur eux. Mais généralement, elle leur apporte la satisfaction d'un service rendu et utile pour autrui.

III.3.1.3. Ses questionnements

III.3.1.3.1. Origine et causalité des maux

Le guérisseur s'interroge sur les maux liés à l'âge qui sont une part importante de leur activité ainsi que sur leur lien de causalité. Il y a donc une volonté de connaissances de certains mécanismes. Ayant remarqué certaines redondances dans le lien qu'ont certaines pathologies et leurs facteurs de risque, il peut leur arriver de dispenser des conseils sur les règles hygiéno-diététiques.

III.3.1.3.2. Mécanisme d'efficacité ?

Certains considèrent que la croyance est la condition nécessaire pour que leur soin fonctionne mais ne voient pas le lien avec le caractère religieux comme immuable et obligatoire. D'autres expliquent leur efficacité par des théories plus abouties mêlant des concepts empiriques à des connaissances anatomiques par exemple. Enfin, Enfin, dans la troisième catégorie, les guérisseurs se disent à l'écoute de leur ressenti et sont peu enclins à interpréter spécifiquement leurs résultats.

III.3.1.4. Ses relations

III.3.1.4.1. Avec le malade

Le guérisseur construit sa relation de manière participative résultant d'une demande active de son patient. Cette relation constitue un rôle de support et d'aide au soin. La notion d'aide est prépondérante dans la mission que se donne le guérisseur. Il perçoit son activité comme un dévouement et se définit lui-même comme une aide complémentaire. Il se voit comme un dernier recours.

III.3.1.4.2. Avec le médecin

Le guérisseur se différencie du médecin de par une non-énonciation de diagnostic et se défend d'avoir les connaissances suffisantes pour en émettre. Il dit respecter le médecin traitant et sa prise en charge. Lorsqu'il a atteint ses limites, il n'hésite pas à les adresser au médecin si nécessaire.

Mais médecin et guérisseur ne communiquent pas directement. Certains guérisseurs regrettent les interactions trop discrètes entre eux et qui se font d'ailleurs très souvent par patients interposés. Malgré tout, si le premier à solliciter une entrevue est le patient, il arrive aux médecins et à certains hôpitaux de la région d'en faire de même.

Enfin, certains se sentent perçus comme des concurrents pour les médecins et se trouvent dévalorisés. Il semble évident pour eux que leur activité demande à certains médecins une ouverture d'esprit supplémentaire.

III.3.1.4.3. Avec des pairs

Elles s'avèrent relativement rares car ils ne se fréquentent pas. Il n'existe pas de compagnonnage en dehors d'un processus de transmission. Ils décrivent un isolement et des

relations distantes entre eux. L'utilisation d'internet comme tremplin, associée à l'émergence de réseaux de praticien, pourraient pallier ce manque.

III.3.1.5. Conclusion

Le Limousin est un territoire agricole peuplé d'une population plus âgée que la moyenne nationale. Il est riche d'un terroir aussi bien culinaire qu'historique. Cette région non administrative a toujours fait le lit d'un certain ésotérisme dont font partie les sorciers et les guérisseurs. Ces derniers perpétuent aujourd'hui les traditions de leurs ancêtres en adoptant pour certains des outils et techniques plus modernes. La vision des guérisseurs que nous a donné à lire V. Vidano(4) a permis d'afficher une similarité des pratiques des guérisseurs régionaux à l'échelle nationale.

IV. Matériel et méthode

IV.1. Objectifs

L'objectif primaire de notre étude a été d'observer le comportement des médecins généralistes vis-à-vis des pratiques de « guérissage » existantes et usitées par leurs patients dans le cadre de leur prise en charge sur le territoire limousin.

Les objectifs secondaires ont été de mesurer la connaissance de ce qu'est un guérisseur, d'observer le ressenti du médecin généraliste face à une demande du patient de diversifier les soins, de savoir s'il existe une relation interprofessionnelle médecin-guérisseur et d'observer s'il existe une modification de la prise en charge du patient après collaboration avec un guérisseur.

IV.2. Type d'étude

L'approche qualitative a été privilégiée afin de rapporter des comportements usuels en consultation et les représentations sociales des généralistes vis-à-vis des guérisseurs. 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 à l'aide du logiciel NVivo 12, logiciel d'analyse qualitative qui permet une étude descriptive et axiale des verbatim.

IV.3. Recrutement de l'échantillon

La population cible était celle des médecins généralistes installés en libéral résidant sur le territoire de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

IV.4. Méthode

IV.4.1. Le guide d'entretien

La première partie du guide était un questionnaire de recueil des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins généralistes interrogés.

Il se composait de 7 questions à choix multiples :

- Sexe : homme ou femme
- Âge : < 30 ans, 30-44 ans, 45-59 ans, 60-74 ans, ≥ 75 ans
- Implantation du cabinet : milieu rural (< 2000 habitants), milieu urbain (> 2000 habitants.)
- Type d'installation : seul, groupe, maison de santé pluridisciplinaire (MSP), autre
- Activité médicale associée non conventionnelle :
 - Phytothérapie
 - Aromathérapie
 - Naturopathie
 - Ostéopathie
 - Chiropraxie
 - Réflexologie
 - Étiopathie
 - Hypnose médicale
 - Méditation

- Sophrologie
- Acupuncture
- Homéopathie
- Autres : (*à préciser*)
- Croyance religieuse : oui ou non
- Expérience personnelle auprès de guérisseurs : oui ou non

Après le premier entretien, il est apparu que le contenu du questionnaire était susceptible d'influencer les réponses de l'entretien qui le suivait. Mon interlocuteur tendait à évoquer les médecines alternatives citées dans le 5^{ème} tiret et non de répondre à la thématique principale, celle des guérisseurs. Il a donc été demandé pour les 22 entretiens suivants de n'y répondre qu'à la fin. Ce premier entretien a été conservé dans l'exploitation des résultats car la ligne directrice a été rétablie pendant la discussion.

La seconde partie reposait sur l'entretien semi-structuré. Cet entretien comprenait six questions, courtes et neutres. Le questionnaire en lui-même a été construit dès la formulation de la problématique et n'a donc pas été remanié. Certaines demandes de précisions ont pu être formulées à la suite de ces questions le cas échéant.

Il s'articulait autour de :

- 1- Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ? *Qu'en pensez-vous ?*
- 2- Dans quelles situations vos patients vous parlent-ils des guérisseurs qu'ils sont allés voir ou qu'ils souhaiteraient aller voir ? (*Quelle est votre réaction ?*)
- 3- Que pensez-vous de cette pratique ? *Résultats obtenus ? Conseil de poursuite ? Satisfaction ? Personnellement usité ?*
- 4- Dans quelles situations pourriez-vous suggérer à vos patients d'aller voir un guérisseur ? et comment (*Bouche à oreilles ? Connaissance de GNOMA / SNAMAP / UEMR*) ?
- 5- Que pensez-vous de la relation guérisseur-médecin ? Quelle en est votre expérience ?
- 6- En quoi ces pratiques modifient elles votre prise en charge ? *Quels freins ? Quels facilitateurs ?*

L'ensemble du guide d'entretien est présenté en annexe 1.

IV.4.2. Le recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins a été réalisé par plusieurs techniques :

- Une majorité de médecins a été recrutée de proche en proche par effet « boule de neige ». En fin d'entretien, 3 noms de médecins susceptibles de me recevoir étaient systématiquement demandés, en précisant que l'affinité avec le sujet n'avait aucune importance. Le soir même, leur était envoyé un mail précisant l'objectif et les conditions de ma démarche.
- Un courrier électronique a été envoyé à l'ensemble des maîtres de stage universitaires dont le département de médecine générale a les coordonnées.

Dans les emails, la thématique des médecines alternatives a été évoquée sans apporter davantage de précision afin de ne pas biaiser la spontanéité des réponses. Aucun recrutement n'a été effectué par téléphone.

IV.4.3. Le recueil des données

Après m'avoir donné leur accord pour un entretien, un lieu était défini, très souvent à leur cabinet. Seuls deux entretiens ont été réalisés sur un lieu d'enseignement facultaire. Enfin, 3 entretiens ont été réalisés par téléphone pour des questions d'éloignement.

Les médecins ont été prévenus de l'enregistrement audio de la discussion dès mon arrivée. L'ordre chronologique du questionnement est resté fidèle au questionnaire édité. La période de recueil a débuté le 24/07/2019 et s'est achevée le 18/12/2019. L'entretien le plus long a duré 24 minutes et le plus court, 5 minutes.

IV.4.4. La transcription des entretiens

La transcription des enregistrements audio a été réalisée mot à mot. Ce travail a été réalisé dans le mois suivant assurant une fidélité des opinions émises. Des informations complémentaires non-verbales ont été annotées entre parenthèses lorsque cela était utile à la compréhension des verbatim. Les transcriptions des enregistrements audio des entretiens constituent le verbatim à partir duquel l'analyse a été effectuée (annexe 2).

IV.4.5. Analyse des données

La méthode utilisée était inductive. L'analyse a consisté en un codage manuel sur le principe de la table longue en utilisant une théorisation ancrée via le logiciel NVivo 12. Un exemple de codage figure en annexe 3. Cette méthode a permis d'identifier et de rendre compréhensible les thèmes et les sous-thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation. Pour des raisons logistiques, la transcription et le codage des entretiens n'ont pas été effectués au fur et à mesure du recueil. L'anonymat a été préservé en attribuant un numéro pour chaque médecin.

IV.4.5.1. 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 a rattaché la citation explicite et la source de l'extrait. Puis, chaque code a été associé à un nombre de citations et de sources.

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

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

IV.4.5.2. Axiale

Les différents codes obtenus ont été ensuite regroupés en thèmes faisant ressortir les principaux axes de réponse du panel.

IV.4.5.3. Matricielle

L'analyse matricielle a été réalisée au moyen d'une requête d'encodage matricielle. Elle a permis de croiser les attributs (items du questionnaire socio-démographique) de chaque cas (verbatim des médecins) aux ensembles de nœuds (thèmes), correspondant aux axes

thématiques dégagés de l'analyse axiale. L'objectif était d'en dégager des notions complémentaires et transversales à discuter. Les résultats de cette requête apparaissent dans une table ou « matrice ».

V. Résultats

V.1. Présentation de la population des médecins généralistes rencontrés

Au total, 23 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. 18 se sont déroulés sur leur lieu d'exercice, 2 dans la faculté de médecine et 3 par téléphone.

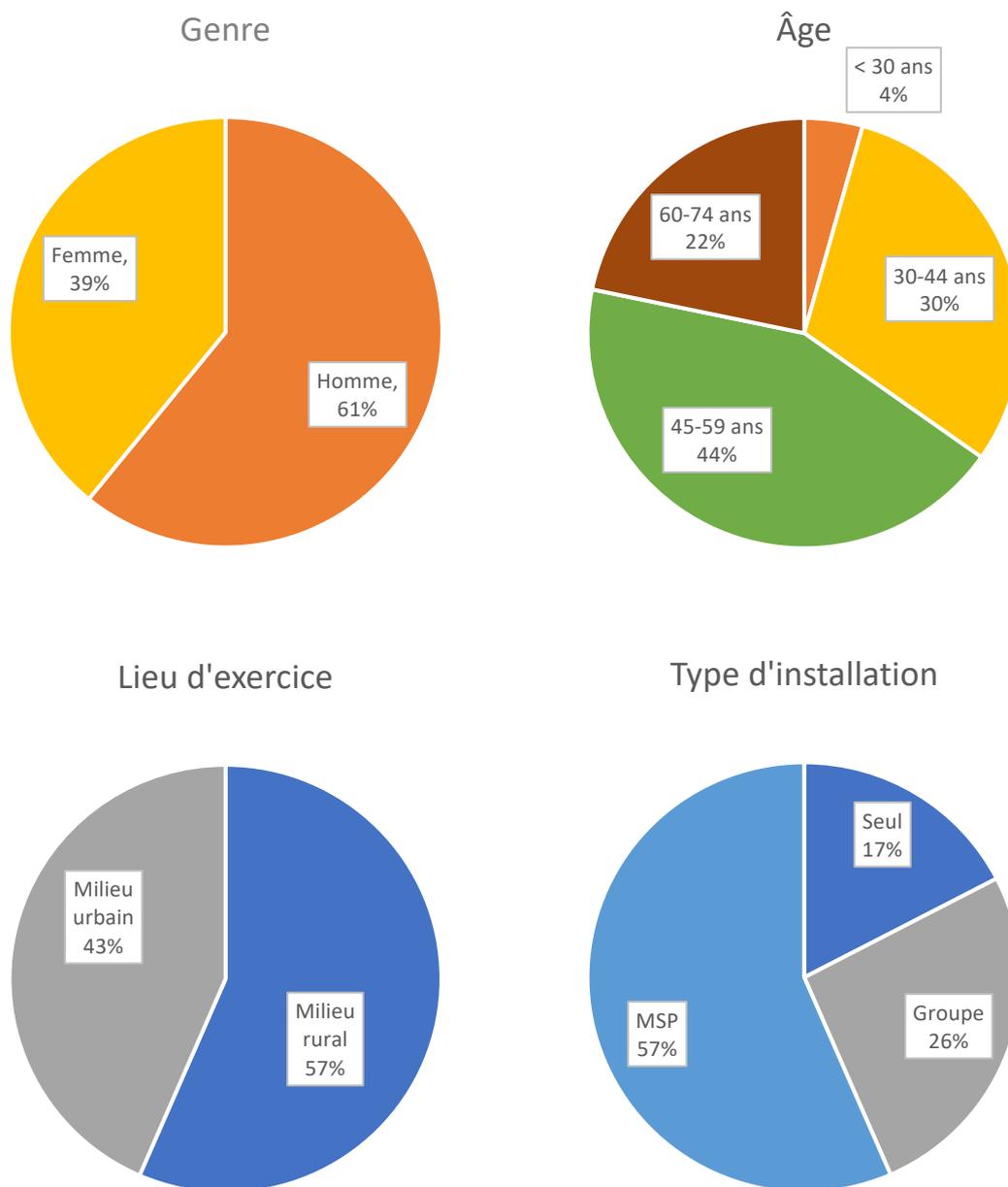
V.1.1. Caractéristiques d'âge, de sexe et de lieu d'exercice des médecins généralistes

Les données socio-démographiques et professionnelles des médecins rencontrés sont résumées dans le tableau ci-dessous et sont détaillées dans les figures qui le suivent.

Tableau 9 : Données sociodémographiques et professionnelles des médecins libéraux rencontrés

(NSP : ne se prononce pas, T : total, MSP : maison de santé)

Médecins →	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	T	
Sexe																									
Homme	1			1	1			1	1	1			1	1	1	1	1	1					1	1	14
Femme		1	1			1	1				1	1							1	1	1				9
Age																									
<30 ans		1																							1
30-44 ans						1	1				1	1	1							1				1	7
45-59 ans	1				1				1	1				1	1		1	1	1				1		10
60-74 ans			1	1				1								1						1			5
≥75 ans																									0
Implantation																									
Urbaine			1				1			1					1	1	1	1				1	1	1	10
Rurale	1	1		1	1	1		1	1		1	1	1	1						1	1				13
Type d'installation																									
Seul			1												1	1	1								4
MSP	1			1		1			1		1		1	1					1	1	1	1	1	1	13
Groupe		1			1		1	1		1		1													6
Autre																									0
Activité non conventionnelle associée																									
Oui = 1	1		1		1	1	1		1				1	1					1		1	1	1		12
Non = /																									
Croyances religieuses																									
Oui = 1	1		1	1	1				NSP		1		1				1	1	1						9
Non = /																									
Expérience personnelle auprès d'un guérisseur																									
Oui = 1	1								1		1	1		1	1				1	1					8
Non = /																									



Figures 14,15, 16 et 17 : Caractéristiques de genre, d'âge, de lieu d'exercice et de type d'installation des médecins généralistes libéraux interrogés.

L'échantillon recruté se compose majoritairement d'hommes à 61% (14 hommes, 9 femmes). Les tranches d'âge des 30-44 ans et des 45-59ans sont les plus représentées, respectivement 30% (7) et 44% (10) des praticiens rencontrés. Il s'agit donc de médecins expérimentés et installés depuis plusieurs années sur leur territoire. L'installation en zone rurale est dotée d'un léger avantage numérique avec 57% (13) contre 43% (10) installés en zone urbaine. Le seuil

départageant les territoires ruraux d'urbains a été arbitrairement fixé à 2000 habitants. La MSP constitue le type d'installation privilégié par cet échantillon à 57% (12) ; viennent ensuite l'installation en groupe pour 26% (6) et enfin un exercice solitaire pour 17% (4) d'entre eux.

V.1.2. Représentativité géographique

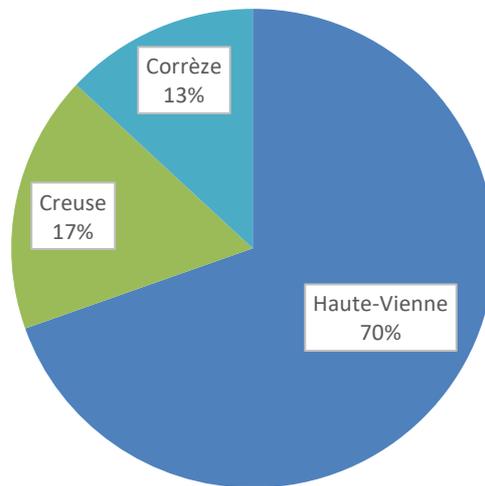


Figure 18 : Proportion de médecins rencontrés selon leur département



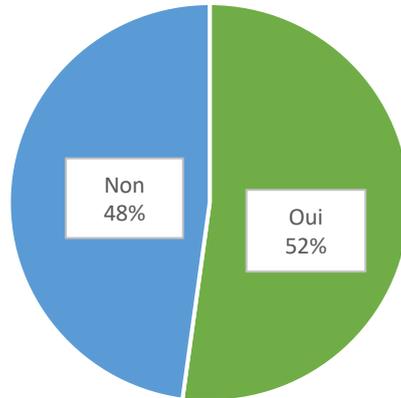
Figure 19 : Cartographie des lieux d'exercice des médecins généralistes rencontrés (zone grisée correspondant aux trois départements d'intérêt)

La Haute-Vienne représente le bassin principal des entretiens recueillis avec 70% soit près des $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés. La Corrèze et la Creuse ont une contribution respective envers cette étude plus modeste avec 13% et 17%. Malgré cette disparité apparente en termes de classification départementale, la cartographie permet de mieux se rendre compte du maillage hétérogène des entretiens et montre une prise en compte des campagnes excentrées du chef-lieu de Limoges. Sur cette carte Google Map®, figurent uniquement des villes d'exercice différentes dans lesquelles je me suis déplacée, sans pondération. Les entretiens effectués dans une même MSP par exemple ne sont donc pas mis en évidence.

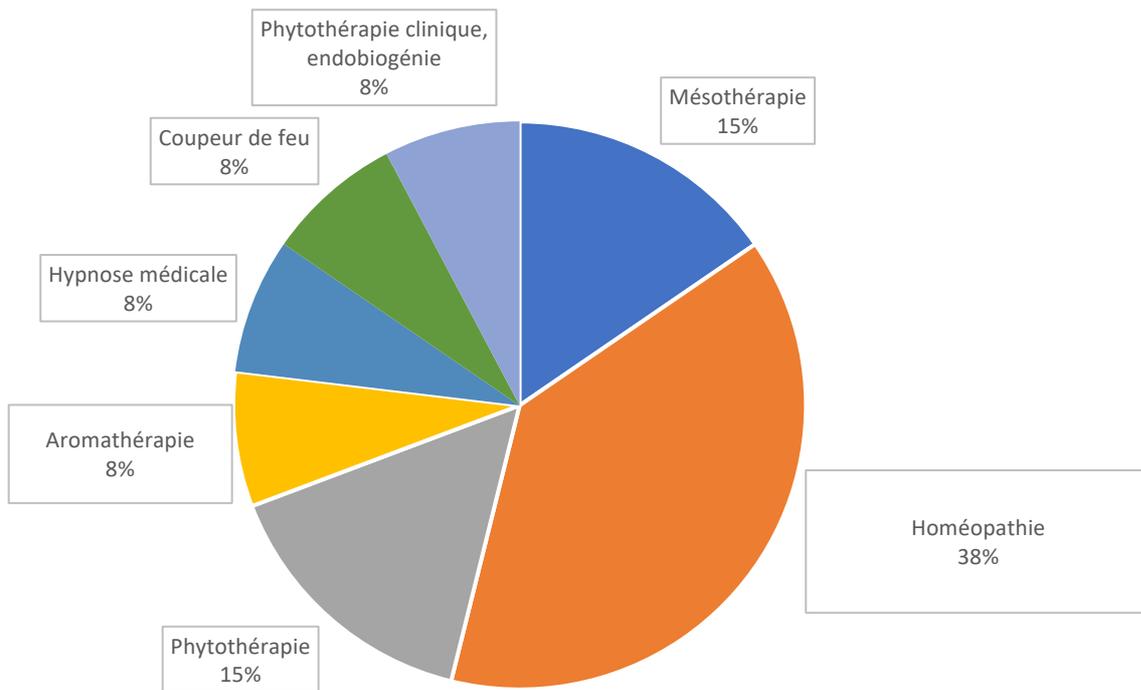
V.1.3. Caractéristiques de leur activité professionnelle

Près de la moitié des médecins interrogés ont inscrit dans leurs pratiques une « spécialité » venant compléter leur pratique. On en dénombre dans cette étude 12/23 soit 52%. Ces pratiques sortant du cadre allopathique correspondent évidemment à des médecines non conventionnelles.

Activité non conventionnelle associée



Type d'activité non conventionnelle associée



Figures 20 et 21 : Présence d'une activité non conventionnelle associée et leur type

On note la prépondérance parmi elles de l'homéopathie avec 38% des praticiens l'exerçant. Secondairement arrivent la phytothérapie et la mésothérapie, encore peu connue, avec 15% chacune. Puis de façon plus anecdotique, on retrouve l'aromathérapie, l'hypnose médicale, la phytothérapie clinique et l'endobiogénie, Il s'avère intéressant de remarquer l'association faite par un praticien de son activité médicale et de celle de coupeur de feu.

V.1.4. En tant que médecin-patient

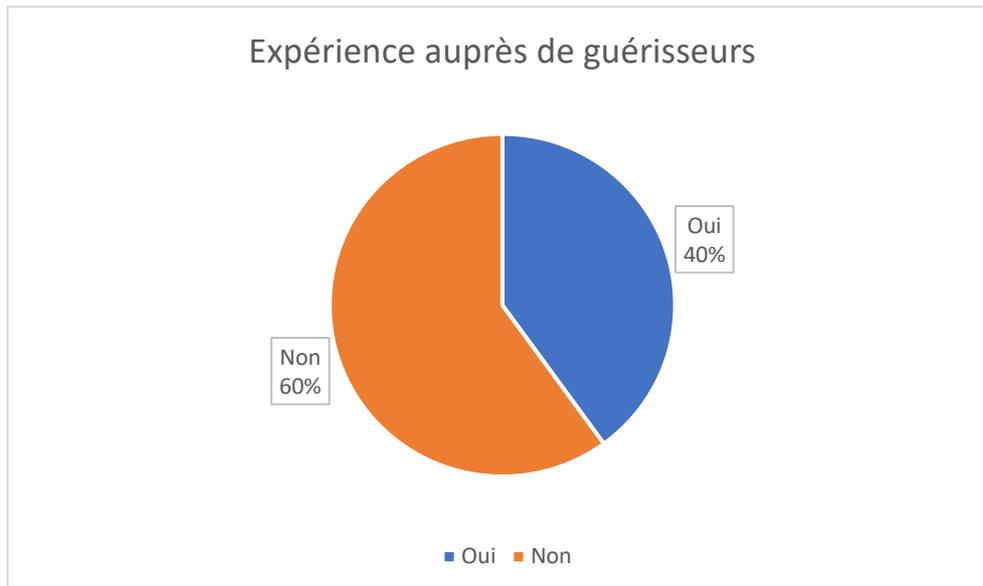


Figure 22 : Expérience personnelle auprès des guérisseurs, parmi l'échantillon médical

Une petite moitié des médecins ont fait appel à des pratiques de « guérissage ». Cette proportion témoigne de l'ouverture culturelle et/ou actuelle envers ces médecines alternatives.

V.1.5. Présence d'une composante religieuse

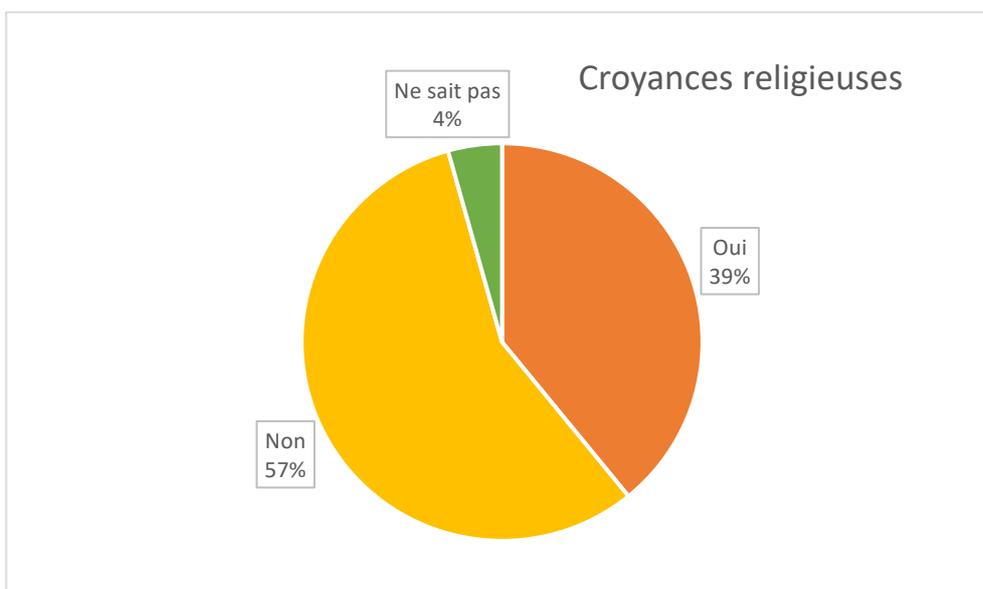


Figure 23 : croyances religieuses des médecins interrogés

L'inclusion de ce critère sociologique n'a pas été évident car il pouvait conférer une arrière-pensée confusionnelle associant systématiquement l'aspect mystique et la croyance religieuse à une meilleure réceptivité envers les pratiques de guérissage. On note près de 40% de médecins ayant des croyances religieuses sans forcément de pratique régulière. Et on constate également que près de 40% ont eu une expérience personnelle auprès de guérisseurs, ce qui pourrait laisser songeur. A partir de ce constat, j'ai croisé ci-dessous les réponses des croyants et non-croyants ayant reçu les services d'un guérisseur.

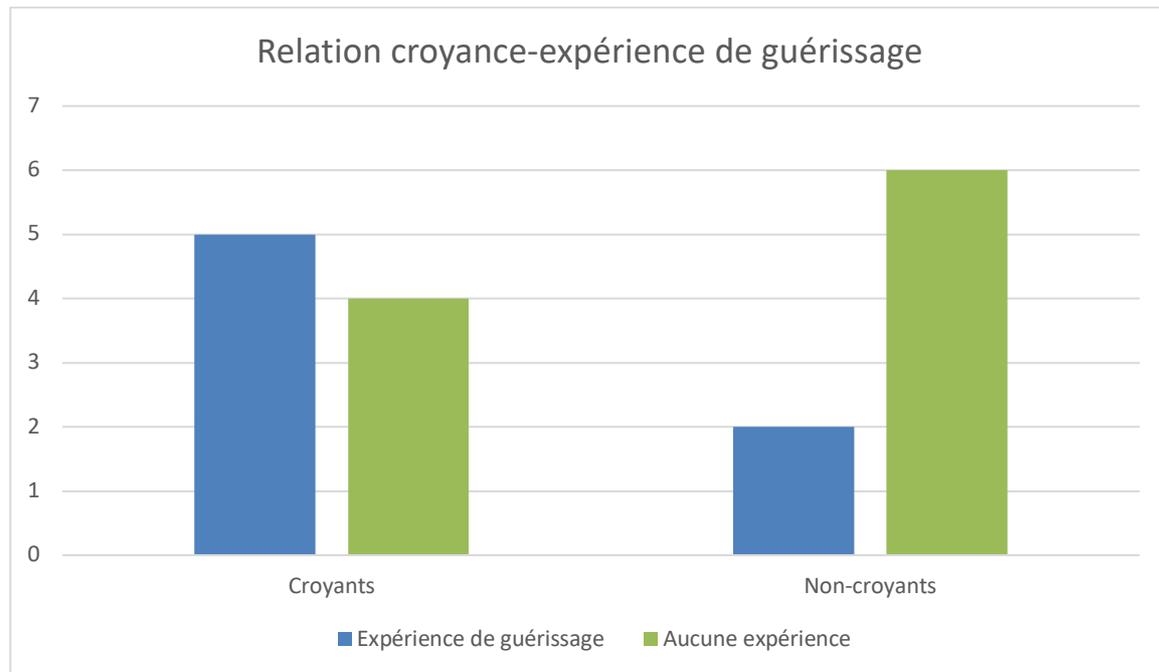


Figure 24 : Lien entre croyances et expérience auprès de guérisseurs sur l'échantillon interrogé

Il apparaît dans la figure 24 que la catégorie de croyants évoquerait une affinité et une réceptivité plus importante. Cependant la taille de l'échantillon ne permet que de deviner une tendance et non de l'affirmer. Le parallèle entre croyance religieuse et croyance vis-à-vis des médecines faites en entretien constituera d'ailleurs une des thématiques qualitatives évoquées ci-après.

V.2. Analyse descriptive

L'analyse descriptive des verbatim a fait ressortir 356 codes.

V.3. Analyse thématique

Les 356 codes extraits ont été regroupés en 6 grandes thématiques. Les nœuds apparaissent en gras et les citations entre guillemets.

V.3.1. Difficultés de cette thématique

V.3.1.1. Thématique déstabilisante

La première question de notre entretien s'est souvent avérée être éclairante pour la suite de notre discussion. Les médecins généralistes interrogés ont tous été déstabilisés par cette première interrogation plongeant au vif du sujet : « Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ? ». Plusieurs sentiments se sont distingués.

L'étonnement a été le premier ressenti lors des entretiens semi-dirigés.

- « Un guérisseur pour moi ? Holà... »
- « Ahhhhhh (*Étonnement*)... »
- « (*Silence*) Oula, ça commence fort... »

Certains ont eu des **difficultés à poser les mots** de manière à définir un guérisseur.

- « Un guérisseur ? C'est toujours dur les définitions... »
- « Qu'est-ce qu'un guérisseur pour moi ?... Ben je ne sais pas. »
- « Un guérisseur... Qu'est-ce qu'un guérisseur... »

D'autres ont eu **le sentiment d'être piégés** par la thématique autant que par l'effet de surprise.

- « (*Rires*) Question piège... un guérisseur... »
- « Qu'est-ce qu'un guérisseur ? ... (*Réfléchi*) évidemment je n'étais pas préparé à des questions pareilles... et du coup ça nous fait réfléchir et ça nous embête puisque ça nous fait réfléchir... Qu'est-ce qu'un guérisseur ? ... Quelle réponse apporter à cela ? ... (*Silence*) ... Vous m'embêtez... (*Sourit*) »

On remarque que le sujet est encore **tabou** dans l'esprit du panel interrogé et qu'une **autocensure** se pratique naturellement sur leurs opinions ; d'autant plus qu'ils se savaient enregistrés vocalement.

- « Je dois dire ce que je pense ? »
- « On dit ce qu'on pense ? »
- « Houlala, alors là on ouvre la boîte de pandore (*rires*). »
- « Allez, on va se lancer, on va le dire ! ... »

Face à cela, quelques-uns ont adopté une **position de repli** en utilisant soit la rhétorique interrogative soit en contournant le questionnement de définition.

- « Ben d'ailleurs c'était une question que j'avais envie de poser, de retourner d'ailleurs. Guérisseurs ? parce que guérisseur qu'est-ce qu'on entend par guérisseurs ? »
- « Guérisseur, ça veut tout dire et rien dire, c'est un terme que j'utilise très peu. »

V.3.1.2. Une interrogation de classification

Partant toujours cette première interrogation de l'entretien, les médecins se sont logiquement posé la question des limites des guérisseurs avec les médecines alternatives mais également des types de guérisseurs entre eux. Ils ont donc pour la plupart exprimé une **volonté de classification**.

- « Alors cela dépend ce qu'on appelle guérisseur ? Qui vous mettez dans guérisseur. »

Ils ont souvent réfléchi à haute voix en énumérant les médecines alternatives les plus couramment observées dans leur pratique en tentant d'en dégager les similarités et différences avec les guérisseurs.

- « Mais effectivement est-ce qu'on peut mettre guérisseurs avec les sophrologues, l'acuponcteur, l'ergothérapeute. Je ne sais pas. Les guérisseurs je les aurais plutôt associés à magnétiseurs. Mais pour moi ça me pose plus problème dans certains domaines. Après moi je ne sais pas, ça dépend sous quel terme on parle de guérisseurs (*rires*). »
- « D'accord. Mais ça vous le ranger en dehors de guérisseurs ? Ou à l'intérieur ?
Médecin - Ce sont des médecines parallèles. Ou obliques, je ne sais pas... (*Rires*). »

Ils mettent en lumière un flou lexical du mot « **guérisseur** », un terme trop générique et vague pour eux. Quant à la terminologie utilisée pour les médecines non conventionnelles, elle semble tout aussi opaque et diversifiée, la rendant difficile à appréhender de manière comparative.

- « C'est un peu compliqué. Parce qu'il y avait la notion de guérisseur, y'a la notion de médecine parallèle. »

Pour certains, une classification s'affine timidement. Les guérisseurs n'engloberaient pas l'ensemble des médecines non conventionnelles mais uniquement certaines pratiques laissées à l'appréciation du médecin généraliste.

- « Mais moi guérisseur je ne mets pas forcément toutes les spécialités autres... Je ne mets pas forcément le sophrologue, je ne mets pas l'acuponcteur dedans effectivement. (*Hésite*) J'y mettrais plutôt le magnétiseur. »

Un cas a été particulièrement récurrent, celui de l'**ostéopathie**. L'appartenance de l'ostéopathie à la classe des guérisseurs était questionnante pour eux, dans l'état actuel de sa démocratisation chez les patients.

- « Dans mon esprit, les ostéopathes ne sont pas des guérisseurs bien qu'on se demande. »
- « Si l'on pense qu'un ostéo est un guérisseur... La question est ouverte. Voilà (*rires*). »
- « Vous n'avez jamais personnellement fait appel à des guérisseurs ?
Médecin - A des guérisseurs ? ... Ça dépend, si vous faites appel à un ostéopathe... Est-ce que c'est un allopathe (*rires*) ? »

De façon plus intrinsèque, le problème d'une classification s'est aussi posé pour les **rebouteux, les magnétiseurs et les coupeurs de feu**.

- « Vous mettez les rebouteux dedans ou pas ? (...) Je ne sais pas. C'est une question de classification. »

- « Alors j'en ai à l'heure actuelle, tout dépend ce que tu appelles le guérisseur. J'en ai avec les coupeurs de feu par exemple. »

Leur interrogation partait soit de l'appellation commune comme ci-dessus soit de la pratique utilisée : le toucher, le magnétisme.

- « Voilà, après alors après, guérisseurs ça dépend ce qu'on met... guérisseurs moi je mets un petit peu... un peu pas mal de choses quoi. Alors guérisseur il y a quoi ? Alors y'a celui qui panse, y'a celui qui magnétise, y'a celui... »
- « Je sais qu'ils ont fait intervenir, même à l'hôpital, des personnes extérieures en soin pal' et ça a été accepté par le soin palliatif et c'est une personne qui pratiquait le toucher. Voilà, est-ce que lui est guérisseur ? ... Je ne sais pas. »

V.3.2. Connaissances des médecins généralistes sur les guérisseurs

V.3.2.1. Ce qu'est un guérisseur

V.3.2.1.1. De son histoire au contexte actuel

Les médecins sont conscients de l'**origine ancestrale des guérisseurs**. Leur inhérence à toute société humaine fait d'eux des personnages capitaux dans les civilisations. **La santé, comme préoccupation majeure** depuis nos origines, permettrait d'expliquer le caractère indispensable de cette personne au sein des populations.

- « Les guérisseurs sont inhérents à toutes les sociétés humaines. Les gens ont toujours réfléchi à leur santé. Enfin tout au moins, ils ont toujours ressenti des maux, des affections. Donc c'est aussi vieux que les hommes. Les guérisseurs il doit y en avoir depuis sans doute 15000 ans, même sans doute beaucoup plus. »
- « Ce que j'en pense : moi j'ai une vision historique donc c'est un personnage important depuis la nuit des temps, dès que les populations ont été constituées de quelques individus. »

La mouvance actuelle est en faveur de certaines médecines alternatives comme la phytothérapie. Ce **contexte d'essor alternatif** fait le lit des guérisseurs. En **personnage** intégré et **indispensable** du monde contemporain, il devient de plus en plus présent sur son territoire. Certains patients ne choisissent d'ailleurs comme seul recours que leur guérisseur habituel selon certains médecins.

- « Et plus j'avance en âge, cela fait 30 ans que je suis installé, plus on est dedans. »
- « Alors il y'a des patients qui ne veulent pas voir un médecin. Là, je trouve qu'il y'a un essor de l'utilisation des plantes. »

La médecine conventionnelle ne représentant plus une panacée, les médecines non conventionnelles sont apparues comme de **nouvelles solutions** à proposer pour **complémenter une prise en charge**. Les patients semblent davantage en recherche de ces opportunités de soins alternatifs. Et c'est donc le devoir de tout médecin d'en prendre note.

- « Ça fait un moment que je me suis rendu compte que ça existait et quelle était son importance. Et donc faut en tenir compte. Les patients, en plus de ce qu'on leur propose, ils cherchent ailleurs et c'est normal. De plus en plus d'ailleurs. »
- « Je leur ouvre aussi la porte de voir quelqu'un d'autre de façon alternative, car il y'a de plus en plus de gens réticents aux médicaments. »

Ils font état d'une véritable **crise de confiance** avec leurs patients. Les médicaments, que leur prescrivent leur médecin, leur font peur par leur **iatrogénie** potentielle et redoutée. Ils préfèrent se tourner vers d'autres options et les guérisseurs en font partie. Mais la rupture de confiance est également visible dans la **représentation qu'il se font du médecin contemporain** : un médecin en cheville avec les laboratoires dans une **optique financière surpassant les intérêts des patients**. Opinion assassine qui selon eux est largement véhiculée par la médiatisation de certaines affaires.

- « Oui puisque maintenant nous sommes discrédités aux vues de l'opinion, nous nous faisons acheter par les laboratoires. Alors que c'est interdit depuis Sarkozy. Mais bon c'est comme ça... Il y'a une confiance qui est de moins en moins forte entre médecin et patient, d'où l'ouverture à des pratiques alternatives. »

La médiatisation, l'essor des médecines non conventionnelles, les scandales pharmaceutiques, la recherche de soins alternatifs, tout autant de facteurs qui ont permis une **démocratisation du recours au guérisseur**. Le tabou que représentait sa fonction auparavant et dont l'usage était répréhensible, semble donc en passe d'évoluer. Il ne se cache plus voire **expose ses pratiques** afin d'accroître son rayon d'action géographique.

- « Les gens, les gens se cachent de moins en moins. Autrefois, je pense que... D'abord ils n'aimaient pas le dire. Ils avaient peur que la faculté leur tape sur les doigts, ce qu'elle faisait d'ailleurs je pense. »
- « Plus ça va, plus il y'a des gens qui osent enfin officiellement avoir une visibilité comme ayant un certain don. »

V.3.2.1.2. En région limousine

Le limousin est une terre de mythes et de légendes qui font appel à la croyance et à la magie. Particularité en est qu'il s'agit d'une magie noire, ou sorcellerie, plusieurs fois relatées dans les thèses de psychiatrie ; littérature scientifique privilégiée par les médecins. Une majorité de médecins rapporte la région frontalière avec le Berry comme **riche de pratiques magico-religieuses** dont les messes noires.

- « Et moi j'ai beaucoup bossé à ***, et alors tu ne l'as pas connu mais le professeur *** qui avait fait sa thèse sur les messes noires de *** qui existent encore, certaines existent encore. Dans le Limousin, il y'a encore un vieux fond de croyance. Et je peux te confirmer qu'il y'a encore des gens qui font de la magie noire. »
- « Et puis de temps en temps comme ici on est aux confins du Berry quand même, de la magie, de la sorcellerie, enfin voilà donc y'a des choses quand même dans le Berry. »
- « Ici il y avait beaucoup de sorciers. Parce qu'il y a des thèses sur la sorcellerie dans le bas Berry à côté de chez nous, enfin tout proche. »

Du mystique aux guérisseurs, il n'y a qu'une pas. Et les médecins rapportent que l'héritage de cette région a permis de développer ce type de pratiques.

- « Mais en tout cas, ça reste ancré dans les mœurs, surtout dans notre région. »
- « À Toulouse, ils utilisent des expressions différentes mais ces pratiques existent aussi. C'est vrai que dans le massif central c'est très développé. »

V.3.2.1.3. Sa formation

Sur ce point, le panel a été assez partagé. La question de la formation est cruciale étant donnée la définition officielle des médecines non conventionnelles, et donc des guérisseurs, qui est de ne pas en avoir.

Une partie considère que les guérisseurs ne reçoivent pas de formation scientifique du soin mais **s'autodéterminent guérisseurs**. Cette étape nécessiterait soit une **découverte fortuite, une transmission filiale ou un compagnonnage**. Ce processus de transmission servirait le partage du don mais également de connaissances empiriques et ancestrales

- « Ce n'est pas un soignant au sens où on l'entend, qui a fait une formation etc. C'est quelqu'un qui s'autodétermine guérisseur parce qu'il aurait un don reçu de sa mère, de sa tante ou de machin. »
- « Dans la conception un peu culturelle de la chose, c'est une personne à qui on a transmis un savoir avec un mode de transmission particulier. »
- « Un guérisseur est quelqu'un (...) qui a des connaissances ancestrales. »

Le second avis émis est que les guérisseurs ont **probablement reçu une formation pour certains d'entre eux**. Sont évoqués des colloques qui correspondent à un degré de formation « médicalisée ». Et lorsque l'on évoque la formation, une classe de guérisseurs est souvent prise en exemple : celle des rebouteux. Ils ont des **connaissances anatomiques et physiologiques fantaisistes**, semblant peu en cohérence avec la rigueur scientifique. Enfin, les guérisseurs semblent avoir un **intérêt pluridisciplinaire et transversal**. En plus de leur exercice, ils cultivent une curiosité pour d'autres pratiques alternatives dans les champs de la micro-nutrition ou de la phytothérapie par exemple.

- « Formé, je n'en sais rien, probablement certains. Car certains ont des colloques pour eux. »
- « Alors les rebouteux ils ont quand même on va dire des fois des dons en effet pour remettre des entorses. Alors c'est vrai que ce n'est pas des gens formés comme des ostéo... Mais il y'en a qui par la pratique et l'observation ont certainement des dons. »
- « Après les rebouteux, (...) ils ont quelques connaissances. Ils ne sont pas trop couillons. Ils ont souvent quelques connaissances anatomiques, physiologiques. D'ailleurs des fois ils ont une idée de l'anatomie un peu fantaisiste. Mais ils ont une certaine idée de l'anatomie. »
- « Souvent les guérisseurs font d'autres choses à côté : un peu de phytothérapie, un peu de micro-nutrition. En tout cas en conseil. »

V.3.2.1.4. Son don et son pouvoir

Dans la représentation du guérisseur traditionnel par le médecin généraliste, **le don n'est pas certain mais est présupposé**. Il est garant d'une efficacité qui **ne conditionne pas une rétribution automatique**. Le guérisseur souhaite utiliser son don au service d'autrui et non dans un but commercial.

- « C'est quelqu'un qui a peut-être un don, qui a peut-être une vision humaniste. »
- « Un guérisseur, pour la population, c'est quelqu'un qui a (...) un don »
- « Alors les rebouteux ils ont quand même on va dire des fois des dons en effet pour remettre des entorses. »
- « Il y a souvent un truc qui circule dans les familles quand on se donne ce don, c'est de ne pas monnayer ce truc-là. Éventuellement si on est content du service on fait un cadeau. Mais ce n'est pas demandé, les gens font ça parce qu'ils veulent faire profiter les gens de leur don. »

Don et efficacité sont les clefs théoriques du pouvoir. En pratique, il y a beaucoup d'**hésitation à conférer un pouvoir au guérisseur** en raison d'absence d'arguments scientifiques en faveur. La notion qui interpelle est **la capacité des guérisseurs à croire en leur pouvoir potentiel** pour soulager les maux des patients. On leur attribue en revanche une **aura communicationnelle** vis-à-vis du patient, favorisant leur pratique.

- « Il y a pleins de cas surprenants, où il y'a des gens qui ont quand même... On va parler de pouvoirs, d'une certaine manière. Et en tout cas ils ont ces compétences-là. »
- « Et à partir de là, il y a certaines personnes qui ont cru avoir ou qui avaient, je n'en sais rien finalement, des pouvoirs pour les soulager »
- « Et qui a souvent d'ailleurs, vis-à-vis de ses interlocuteur cette aura là en définitive. »

V.3.2.1.5. Ses techniques et ressources

Les techniques sont diversifiées mais restent peu connues. Leur dénomination fait souvent référence à un sens. **Le toucher** est l'exemple le plus couramment évoqué. Il regroupe pour eux les techniques manuelles comme l'imposition des mains, le magnétisme, le rebouteux ou encore le coupeur de feu. Leurs techniques sont utilisées dans des **cadres favorisants et accompagnés de rituels**. Sans citer de ressources utilisées, les médecins les définissent par la négative : les guérisseurs ne font ni appel à une pharmacopée végétale ni à la médecine conventionnelle.

- « Sachant qu'ils ont différentes techniques ou différentes logiques. »
- « Pour les guérisseurs, il y'a toujours un décorum, mais il y a l'imposition des mains, c'est surtout une espèce de rituel. Il n'y a pas véritablement d'utilisation de plantes ou de médicament. On n'est pas dans ce truc-là. »

V.3.2.1.6. Les pathologies dont il s'occupe

De leur expérience, les médecins entendent parler des actes de guérissage majoritairement dans les **pathologies dermatologiques** : le zona, les brûlures (traumatiques ou post radiothérapie), les eczéma, les psoriasis, les verrues, les dermatophytoses ou encore les molluscums ; et sur les pathologies douloureuses, l'oncologie et les maladies auto-immunes.

Les médecins autorisent un accès spécifique à certaines pathologies dès lors qu'il n'y a pas de danger médical à faire intervenir une tierce personne (non médicale). Il s'agit de faire face à une médecine conventionnelle limitée. Les **soins palliatifs, la psychopathologie, les troubles psychosomatiques et les maladies fonctionnelles font partie des maladies autorisées** pour l'intervention du guérisseur. Dites fonctionnelles ; elles sont aussi chronophages pour le **médecin qui n'a pas suffisamment de temps d'écoute disponible**.

- « Alors le zona à tous les coups, ça c'est vraiment sûr que le zona... Brûlure... brûlure... euh... pathologies dermato comme le psoriasis ou l'eczéma. »
- « Bah ouais brûlure, ça brûlure quand même souvent. (...) Les pathologies dermato oui, les eczéma, les pso les choses comme ça. »
- « Ça va beaucoup être le zona. Sur des brûlures aussi. »
- « Alors, majoritairement les pathologies cutanées donc toutes les pathologies qui ont une expression extérieure donc : zona, verrue, psoriasis, principalement, les dermatophytoses. »
- « Donc les indications à mon sens : brûlures, zona et post radiothérapie. Et aussi les molluscums. »

- « C'est essentiellement les zonas, parce que l'on n'est pas efficace sur les traitements. Il se trouve qu'eux le sont. »
- « Par exemple le zona, les brûlures, le prurit *sine materia*, la colopathie, la fibromyalgie, etc. Toutes pathologies fonctionnelles pour lesquelles nous on ne peut pas faire grand-chose, où on n'a pas le temps d'écouter. »

En seconde indication on retrouve les **pathologies rhumatologiques et orthopédiques**.

- « Ça m'est arrivé plus sur des douleurs rhumato. »
- « Beaucoup de douleurs articulaires, ou de douleurs tendineuses, des choses comme ça. »
- « Quelques fois problèmes rhumatologiques, mais pas tant que cela, parce que les gens vont maintenant voir les ostéopathes. »

De façon plus large et diversifiée, on retrouve cette indication : **d'une pathologie banale (alopécie) à la plus grave (cancer) en passant par les troubles psychiatriques**, le sevrage des addictions ou encore les maladies chroniques.

- « On parle aussi de sophro, avec les sophrologues notamment, et acupuncteur sur les stress/angoisses/problèmes de cet ordre-là, troubles du sommeil. Sur l'arrêt du tabac. C'est déjà pas mal (réfléchit). Énurésie nocturne pour les enfants. »
- « Ça peut être tout. Ça peut être une verrue, un cancer, une perte de cheveux, des maux de tête. Il y'a vraiment toute sorte de sujet. »
- « Par rapport à leurs problèmes de santé. Par rapport à des difficultés médicales, sur des pathologies chroniques essentiellement. »

Plusieurs récits d'expérience professionnelle sont narrés. Les premiers dans le **milieu sportif**, les équipes de rugby, de football et les cyclistes ont **recours de façon habituelles et répétée aux rebouteux**.

- « Mais parce qu'il y avait le guérisseur de Poulidor, et moi je ne voyais pas de petite traumato à ce moment-là. »
- « On a une équipe de rugby ici donc quand il y a un match il se met sur le bord du terrain et s'il y a une contusion ou quoi il arrive, il appose les mains et là il enlève la mâchure. C'est-à-dire, il enlève l'hématome. »
- « Il y a certaines équipes de foot qui se rencontrent le lundi matin devant chez le guérisseur, voilà. »

Les coupeurs de feu sont fortement représentés et son bien connus des médecins. Ces derniers leur adressent facilement les patients présentant des brûlures ou un zona.

- « Alors je cite souvent l'exemple des gens qui enlèvent le feu. Parce qu'ici c'est fréquent comme pratique. »
- « Si effectivement qu'on sache bien à qui on adresse la personne, hormis pour enlever le feu, pour enlever le feu il y'a plein de gens qui font ça. »
- « Ils m'en parlent un petit peu mais pour des affections traditionnelles, il y a les guérisseurs du zona. »

V.3.2.1.7. Son objectif

Il est multiple et lexicalement riche. Le guérisseur s'inscrit dans cette vision humaniste d'une relation interpersonnelle. Il **apporte une aide** à autrui et d'abord au patient. Il peut s'agir d'une

aide physique avec la diminution des phénomènes douloureux ou d'une **aide psychologique**. Souvent elles sont combinées, rendant la **dimension du soin globale**.

- « Une personne qui va aider une autre personne »

En plus du patient, Il va apporter cette valeur ajoutée également au médecin dans le cadre de sa prise en charge. Une **aide extérieure** au parcours de soin et à cette relation médecin patient est jugée des plus bénéfiques.

- « Il m'arrive quelques fois, il m'arrive souvent même (*sourire*), c'est moi qui propose cette aide extérieure. »

Il permet de **soulager les maux** du patient.

- « Ce genre de personnages qui peuvent éventuellement soulager les gens. »
- « Théoriquement, un guérisseur qui s'attelle à essayer de soulager les gens. »
- « Quelqu'un qui induit un soulagement, peu importe comment, quelqu'un qui induit un soulagement ou une guérison chez un patient. »

Mais également d'**améliorer ses symptômes** douloureux et d'**obtenir un mieux-être**.

- « Un guérisseur, c'est (...) quelqu'un qui est capable en apposant les mains ou quoi d'améliorer les symptômes notamment. »
- « Qu'est-ce qu'un guérisseur... C'est une personne qui est censé améliorer certains symptômes. Pour moi c'est de la para-médecine. »
- « Du coup qu'est-ce que j'en pense, ben je suis contente si les gens vont mieux (*rires*), c'est le but quoi ! »
- « Par contre, s'ils apportent un mieux-être au patient, ça ne me dérange pas. »

Et par extension, il a l'objectif de **parvenir à une guérison**. Deux opinions sont ressorties. Le guérisseur obtiendra cet effet par l'exercice de son art donc par des **méthodes non conventionnelles** et par cette **capacité qu'il a auto-affirmé**.

- « Un guérisseur, c'est quelqu'un qui, par des moyens non médicamenteux vont améliorer les symptômes, voire arriver à une guérison. »
- « Un guérisseur pour moi c'est ... C'est d'abord quelqu'un qui prétend pouvoir guérir. »
- « Un guérisseur, on va dire que ça pourrait être quelqu'un qui exerce on va dire un certain art de gué... Enfin de guérir, de soulager certains symptômes à partir de méthodes que je vais qualifier de non conventionnelles. »

Mais en dehors du processus de restauration de l'état de santé, il vient surtout en **soutien** et en **accompagnement du malade**.

- « En accompagnement à la rigueur si elle veut éventuellement à côté... »
- « Plutôt en appoint. Je ne pense pas que ce soit tous des charlatans mais ça peut être un accompagnement dans la thérapeutique. »
- « Parce que je n'ai jamais eu quelqu'un qui a stoppé un traitement curatif reconnu, standardisé, allopathique. Ça n'a jamais été un frein mais un accompagnement. »
- « S'il n'y a pas de risque pour eux, c'est un soutien en plus. »

Il **complémente** ainsi la prise en charge entreprise par le médecin.

- « Si c'est pour soulager la douleur, soulager une peine, pour donner des recommandations sur le mode de vie, sur comment faire... C'est du complémentaire, c'est de l'accompagnement en plus. »

V.3.3. Dichotomie des deux protagonistes

Le panel différencie bien les deux personnages que sont le médecin et le guérisseur. Les médecins caractérisent leur entité par **l'absence du don** dans leur art de guérir. Ou du moins, le fait d'en avoir des différents de ceux du guérisseur. Par opposition au guérisseur, ils revendiquent **leur appartenance** à une classe médicale officielle, celle de la **médecine conventionnelle**.

- « C'est une personne qui a des dons que je n'ai pas. Pour guérir les gens. »
- « Ha non non non... Moi je suis un allopathe, je ne suis pas... Voilà je ne suis pas guérisseur. »

Si ces deux protagonistes visent une guérison, ils n'adoptent pas les mêmes pratiques médicales. Le guérisseur va proposer **un soin à son image** et des techniques alternatives aux médecins généralistes. Ils n'ont donc **pas de pratique uniformisée** entre eux.

- « Ce n'est pas quelqu'un qui fait de la médecine habituelle on va dire. Qui fait de la médecine quand même malgré tout. Qui essaye de soigner les gens à sa façon. »
- « Alors, un guérisseur c'est quelqu'un qui a une pratique de médecine traditionnelle. Voilà. Et qui est sollicité pour guérir d'une autre façon pour guérir une maladie. »

Pour la majorité, cette dichotomie de pratique signe **l'absence d'égalité statutaire : le guérisseur n'est pas un médecin**.

- « Bah pour moi un guérisseur n'est pas un médecin. »
- « Un guérisseur... Effectivement ce n'est pas un médecin pour moi, enfin pour le terme guérisseur. »
- « Un guérisseur est quelqu'un qui en théorie n'est pas médecin. »
- « Moi c'est une relation normale mais pas d'égal à égal... Je veux dire je pense que là il faut... Enfin d'égal à égal... Oui c'est ça c'est une demande un peu particulière. Je ne me mets pas au-dessus de la personne mais je considère que cette personne n'a pas... Ce n'est pas un médecin non plus. »

Deux réactions ont pu être observées dans ce sens. Tout d'abord le guérisseur ne peut être inclus dans un système de médecine conventionnelle. Il est donc supposé **être en parallèle** de ce dernier et ne peut par conséquent en prendre les attributs.

- « Mais effectivement pour moi, le guérisseur c'est quelqu'un qui est à côté du système médical normal. »

Partant de ce constat, ils ne peuvent assurer guérir un patient car **le rôle soignant ou curatif ne peut leur incomber**. Ils peuvent, par contre, faire acte de prévention auprès de la population en leur prodiguant des conseils avisés sur les bonnes pratiques actuelles.

- « Moi faire de la prévention, ça ne me pose aucun problème. Mais ça ne peut pas soigner, ça ne peut pas traiter. »

La seconde réaction **oppose le rôle de soignant à l'irrationalité des guérisseurs**. Ce n'est pas un thérapeute car des valeurs non scientifiques y sont associées comme la **religion ou la magie noire**. Les résultats obtenus ne sont donc pas scientifiques mais de l'ordre du miracle ou résultant d'un sortilège, du point de vue médical.

- « Alors un guérisseur... (*Réfléchit*) On est dans la thématique des... Sorcelleries... Mais pas du tout un thérapeute. »
- « Le guérisseur lui, ce sont des données un peu ésotériques, religieuses. On peut tout mettre là-dedans. On est dans le registre du miracle, dans la multiplication des pains mais ça marche ! »

Paradoxalement, des répondants sont en accord avec l'idée que **les médecins sont aussi des guérisseurs**, même si la terminologie est différente actuellement. Le médecin est la **version moderne** de ce dernier. Sa compétence médicale préjuge de sa compétence de guérisseur.

- « Mais tous les médecins sont guérisseurs par définition. On passe notre temps à voir des malades fonctionnels, des malades qui n'ont à priori pas de pathologie. Sur le plan anatomoclinique, ils n'ont rien ces gens-là. C'est bien ça le problème, on leur dit « *vous n'avez rien* » mais ils n'ont pas rien. Un bon médecin est un bon guérisseur. »
- « Un médecin peut être considéré comme guérisseur aussi j'imagine. Même si ce n'est pas le terme qu'on utilise. »
- « Il a pris une forme moderne qui s'appelle le médecin. »

V.3.3.1. Leur formation

Cela a toujours été un point central de différenciation entre ces deux personnages. Comme nous l'avons vu dans le point V.3.2.1.3, le médecin dit résulter d'une formation médicale académique fondée sur les principes EBM alors que le guérisseur n'aurait au mieux que des connaissances très partielles d'anatomie et physiologie.

Il est intéressant de noter la réflexion de certains au sujet des limites de la formation médicale conventionnelle. Hors de la partie somatique, le **médecin s'avoue incompetent pour les symptômes d'origine non psychiatriques**. La psychiatrisation ou somatisation d'une croyance du patient n'est pas curable par la médecine conventionnelle. Hypothèse est alors faite que les **guérisseurs sont davantage formés au domaine de la croyance** étant données les thématiques associées à leur exercice et seraient donc plus compétents à résoudre ces maux.

- « (...) puisqu'ils ont une fonction. Et effectivement dans un fonctionnement des choses auquel on ne peut pas répondre, ils sont meilleurs que nous. »
- « Que je n'ai pas la formation pour aborder le problème. En gros cela veut dire que moi je suis un allopathe. Je peux faire un peu de psychiatrie. Mais quand quelqu'un est dans le domaine de la croyance, je n'ai pas les compétences pour. Si j'étais exorciste par exemple, je pourrais aborder le domaine de la croyance. »

V.3.3.2. Leur exercice

Cette différence de statut s'exprime également dans une dimension professionnelle et financière. Au sens séculaire de la définition, **être guérisseur n'est pas un métier** mais un art d'exprimer son don au service d'autrui dans un **but non lucratif**.

- « C'est une personne qui n'a pas pour objet de tirer un bénéfice du guérissage. Ce n'est pas son métier. »
- « Un guérisseur, c'est quelqu'un (...) qui exerce en général près de gens, peut-être en parallèle des médecins, mais pas toujours. »

A partir de là, la **non-considération du statut professionnel du guérisseur impose au médecin une responsabilité médicale** de son patient. Si ce dernier fait appel à des guérisseurs, le médecin ressent l'obligation de veiller à la bonne prise en charge du patient dans la globalité de ses soins, de ses examens et de ses intervenants. Ceci afin de ne pas mettre en péril la santé du patient et de **respecter la prise en charge** codifiée officielle.

- « On ne peut pas faire n'importe quoi. »
- « Si on vient me voir alors que je suis responsable de la santé de la personne. A ce moment je vais faire en sorte que la santé de mon patient ne soit pas remise en jeu par la croyance. »
- « Et si je trouve que les conseils donnés par le guérisseur risquent de poser problème au patient, je lui dis. Là je lui donne mon opinion purement médicale. En essayant de lui faire comprendre que la prise en charge médicale reste importante, surtout si on part sur un retrait de la prise en charge médicale. »

Le médecin reconnaît aussi son **obligation de moyen** inhérente à sa responsabilité. Il se doit d'entreprendre un bilan étiologique complet, y compris pour des maux atypiques chez des patients ayant recours à un guérisseur.

- « Je reste prudent, je fais quand même un bilan pour savoir ce qu'on est amené à prendre en charge. »
- « Je pense que je me suis donné tous les moyens, je ne dois pas être passé à côté de quelque chose, car cela fait maintenant 30 ans qu'il est toujours là. »

V.3.3.3. La notion de diagnostic

Émettre un diagnostic est la clef de voûte du médecin. Le repérage et l'association de symptômes en syndrome ou pathologie est l'aboutissement d'une formation longue et de l'expérience du praticien. **Le guérisseur n'est donc pas en mesure de diagnostiquer une pathologie** dans la mesure de ses connaissances. Ce point semble également problématique dans le cas où les diagnostics divergent entre ces deux protagonistes, le patient ayant tendance à se réfugier dans l'un et à rejeter l'autre. Dans le cas où le patient « choisit le diagnostic » émis par le guérisseur et qu'il s'avère erroné scientifiquement, des **examens complémentaires inutiles voire délétères** pourraient s'ensuivre. Cette éventualité constitue un frein dans la prise en charge.

- « On est dans la thématique des... Sorcelleries... Mais pas du tout un thérapeute. Pourquoi pas un thérapeute, parce que souvent il n'y a pas de diagnostic de fait, il n'y a que de la thérapeutique. »
- « Ce n'est pas un médecin non plus. Je veux dire elle n'a pas exercé quelque chose sur des symptômes... Parce qu'il y a la notion de diagnostic après sur les symptômes. Il ne faut pas non plus que le guérisseur se fourvoie dans des diagnostics qui ne sont pas les bons quoi. »
- « Donc des fois, il y a des suggestions de diagnostics qui m'arrangent pas du tout, en quoi je ne crois absolument pas (rires) et donc les patients s'en emparent car ils mettent des mots sur leurs pathologie ou piste d'étiologie, et donc je sais qu'il y'en a parfois qui sont amenés à me demander des examens complémentaires suite à ce qu'a dit le guérisseur. »
- « Donc ça c'est un frein, parce que les demandes ne sont pas justifiées, médicalement elles ne sont pas justifiées. »

V.3.3.4. Leur reconnaissance et légitimité

Le panel pense qu'une des caractéristiques des guérisseurs est de conserver le caractère officieux de leurs pratiques et que cela y participe même. **La non-reconnaissance médicale est par essence la caractéristique des guérisseurs.**

- « Il a une pratique qui est non médicale donc non reconnue officiellement par les autorités de santé ou par le Conseil de l'Ordre. »
- « Je pense que quelque part la non offici... enfin que ça reste officieux ça fait partie un peu du truc. »

En revanche, ils conservent une **reconnaissance traditionnelle populaire** de leur activité au sein du territoire d'implantation.

- « Pour moi un guérisseur ce serait quelqu'un qui... (Réfléchit) Comment dire... N'a pas de fonction déclarée dans le système médical, mais qui a une reconnaissance traditionnelle par la population. »

Par opposition, Le médecin se dit **cartésien** et pragmatique.

- « Moi je n'ai pas le souvenir que ça m'ait vraiment soulagé (Rires). Donc non, je suis quelqu'un d'assez cartésien. »
- « Je pense même s'il n'y a pas de preuves scientifiques, on reste quand même très cartésien, en tout cas dans notre métier. »

Ils font confiance à la science et au niveau de preuve nécessaire à l'inclusion de nouvelles connaissances. La **médecine conventionnelle est décrite comme prouvée et validée** conférant des fondements solides à la science médicale contemporaine. Pour eux, **les études scientifiques sont indispensables à la preuve d'une efficacité** réelle des guérisseurs et par extension des médecines non conventionnelles.

- « Le truc doit être très clair : ce n'est surtout pas renforcer cette pensée magique. De ce que j'en pense... Est ce qu'il y a une étude qui a montré que ça marchait ? Non donc à partir du moment où on n'a pas démontré que ça marchait il n'y a aucune raison... »
- « Ce qui me gêne c'est ça. C'est quand ils veulent se substituer à une médecine qui quand même a fait ses preuves. Il n'y a pas de doute là-dessus. Il n'y a pas une médecine naturelle qui peut se prévaloir des mêmes résultats que notre médecine actuellement. »
- « Que pensez-vous de la relation entre le guérisseur et le médecin ?
Médecin – ben on ne s'occupe pas de la même chose quoi. Nous on fait un métier quand même extrêmement professionnel qui repose sur la science qui est validée, qui est une description du monde. Elle vaut ce qu'elle vaut cette description mais c'est une base solide. »
- « Médecine chinoise, homéopathie, je mets tout au même niveau. A partir du moment où je n'ai pas de preuve scientifique pure et dure... »
- « On va aller voir plus facilement un ostéo qu'un guérisseur mais il n'y a pas plus de preuves scientifiques. »

On ressent le **besoin des médecins de comprendre** les rouages des guérisseurs et des médecines conventionnelles et d'en dégager un classement.

- « Et qui va, par des techniques que je ne comprends pas, parce qu'effectivement il n'y a rien de scientifique derrière. »

- « Moi j'ai besoin de preuve. Je vais envoyer quelqu'un voir une psychologue ou un ostéopathe, ils ont un diplôme derrière... Mais envoyer quelqu'un vers une énergéticienne... »
- « Après, moi spontanément je n'ai pas envie d'y aller parce que j'ai besoin de comprendre pour adhérer. »

Il existe également un avis divergent, prônant une équité médecin-guérisseur, sans attention particulière exprimée du niveau de preuve.

- « Alors pour moi un guérisseur, c'est... Oui parce que comme je suis corrézien et de racines corréziennes, ça correspond à quelque chose de très précis (...) C'est un personnage, pour moi, si on prend le guérisseur vraiment rural, qui est positionné dans la prise en charge de telle ou telle pathologie au même titre que la médecine conventionnelle. »

Sur le plan législatif, les avis sont variés. Certains partent du principe que l'exercice de la médecine par les guérisseurs est un **exercice illégal de la médecine**.

- « Mais il faut pratiquer légalement la médecine. »
- « On est hors du code de santé publique. On est dans du grand n'importe quoi là... »

Alors que d'autres se posent la **question de la fonction du guérisseur dans le cadre législatif**. Elle ne correspond pas pour eux à l'illégalité mais à une fonction hors activité du champ médical traditionnel.

- « L'idée de dire : c'est l'exercice illégal de la médecine, il faudrait éradiquer ça, je pense que ce serait une erreur puisqu'ils ont une fonction. »
- « Mais il peut faire partie d'une prise en charge. Alors, pas vraiment médicale car il y'a une loi qui interdit de faire de la médecine lorsqu'on n'a pas le diplôme. »

Si tous ne reconnaissent pas l'illégalité des pratiques de guérissage, ils sont davantage unanimes sur la **nécessité d'encadrement** de celles-ci.

- « Et un patient sur deux qui a un cancer va voir un guérisseur. Et quand c'est un enfant, c'est 80%. Ce sont des statistiques. Donc il faut l'encadrer. Il ne faut pas le rejeter, il faut l'encadrer. »

V.3.3.5. Jugement et dépréciation

Certains médecins, convaincus de la **posture hégémonique de la médecine conventionnelle** sont assez vindicatifs vis-à-vis des guérisseurs.

Il s'exerce tout d'abord une **dépréciation de leur pouvoir**. Ils minimisent leurs compétences d'amélioration des symptômes en réduisant leur efficacité à une manipulation psychologique.

- « Pour en revenir aux guérisseurs, c'est uniquement mobiliser les forces que chacun a en soi pour juguler un symptôme parce qu'on en a les possibilités. »
- « Je vais répondre à une question avant que vous la posiez mais les guérisseurs pour moi n'ont aucun pouvoir, on est bien d'accord. Au final ils ont un pouvoir mais ça ne repose sur rien. »

Mais la **notion de pouvoir est très subjective** et celle de la « force psychologique » n'est pas tranchée.

Ils les jugent ensuite comme **en marge des réalités du soin actuel et de ses progrès technologiques**.

- « Ça reste marginal. »
- « Je pense que c'est relativement marginal. »

- « On est trop souvent confronté à des guérisseurs qui vont donner des idées totalement incongrues d'arrêter tel traitement ou prise en charge, et vouloir utiliser ses méthodes à lui, de pendules et autres jeux de cartes. »

Enfin pour exprimer leur différence et leur opposition, le champ lexical est également une des solutions employées. L'absence de nomination du guérisseur en tant que tel le **rabaisse à un être lambda non professionnel**. La seconde citation fait état d'une trop grande diversité de pratiques s'attribuant des vertus médicales. Pour certains, **l'association du mystique à la science est un lien inconcevable vers une médecine crédible et de référence**.

- « Ils ont téléphoné à machin qui enlève le feu. »
- « Alors maintenant c'est plus les guérisseurs mais toutes ces médecines naturelles à la con. On est toujours dans la même puissance magique. »

Les guérisseurs ne sont donc pas des médecins. Ils ne doivent ni émettre de diagnostic ni attendre de rétribution automatique pour le service qu'ils rendent. Ils apparaissent en opposition de par les valeurs qui leur sont associées, dont celle de la croyance qui ne semble pas compatible avec une médecine EBM. C'est pourquoi les médecins se sentent libre de donner un jugement parfois un peu véhément à leur égard, sur ces pratiques qu'ils considèrent en marge et illégales.

Toutefois un autre avis se dessine également, faisant état d'une voie parallèle de thérapeutique pouvant traiter des maux dont la médecine conventionnelle ne peut se prévaloir. Pour appuyer cet esprit d'ouverture, les médecins ont besoin de comprendre les mécanismes et leurs effets potentiels. Car la croyance ne semble pas contenter la totalité des curiosités.

V.3.4. Recherche d'une explication

V.3.4.1. Une efficacité relative

L'efficacité observée ou rapportée demeure aléatoire. Elle dépendrait des techniques usitées ou des pathologies concernées.

- « Et ça marchait ?
Médecin : Sur les deux trois exemples... Oui. »
- « C'est très variable, j'ai des patients pour l'arrêt du tabac, ça a très bien marché. Notamment l'acupuncture a très bien marché. D'autres m'ont dit que ça ne servait absolument à rien. L'hypnose pareil. Pour les douleurs, j'ai une patiente que je suis en ce moment qui fait de la mésothérapie régulièrement, ça améliore un petit peu, contrairement à d'autres traitements. Donc c'est intéressant. Le fait d'enlever le feu, dans les cas de zona/brûlures/companions, donc oui si, y'a vraiment des résultats pour le coup. »

V.3.4.2. Bilan d'une souffrance difficile à appréhender

Dans le cas de symptomatologie sans étiologies retrouvées après exploration, les patients perdurent dans **une souffrance incomprise de la médecine conventionnelle**. Il en est de même lorsque toutes les options classiques thérapeutiques ont été utilisées face à une maladie grave ou chronique. **Les médecins ne se sentent eux-mêmes pas en capacité de gérer ce mal-être** qui leur échappe médicalement parlant. Selon eux, une formation pluridisciplinaire en médecine somatique, psychiatrique, et pratique magico-religieuse serait nécessaire pour permettre un abord global de la souffrance d'autrui. Ce qui est rarement le cas en pratique. Le dénominateur commun d'une souffrance palpable les pousse à avoir **recours aux guérisseurs, dont l'objectif de parvenir à un mieux-être est parfois atteint**.

- « Le psychiatre disait : *“Vous ne leur trouvez rien, mais ils sont toujours demandeurs. Ils sont toujours en souffrance. Dites-vous bien que souvent, c’est la moins mauvaise manière qu’il ont trouvé pour vivre”*. Et le généraliste, qui était également psychiatre, il avait un diplôme d’exorciseur (*rires*). Lui disait qu’avec ces trois diplômes on arrive un peu à appréhender la souffrance de l’autre. »
- « Et pour certaines choses, quand même ça me questionne parce qu’ils peuvent avoir des résultats, ou j’ai constaté au court de mon exercice qu’ils pouvaient avoir eu des résultats... Qu’on a du mal à expliquer quoi. »

Des tentatives d’explications de ce recours ont malgré tout émergé : la croyance en une forme de magie et le mécanisme neuropsychologique.

V.3.4.3. Explication par la croyance magique

Y croire ou ne pas y croire ? Telle a été la question rhétorique des médecins interrogés. Elle constitue le fondement même parfois de leur opinion globale. La plupart ont relevé une **association entre le guérisseur et le domaine de la croyance**, sans forcément savoir à quel saint se vouer. Par exclusion, **le patient ne trouvant pas sa réponse dans les spécialités somatiques ou psychiatrique** se retrouve dans celui-ci.

- « Je ne crois pas en leur pouvoir. »
- « C’est quelque chose d’autre, qui ne relève ni du somatique ni du psychiatrique mais de la croyance. »
- « Je ne sais pas trop quoi en penser. J’y crois je n’y crois pas... Je ne sais pas (*rires*). »
- « Quand on est dans le domaine de la croyance et que le patient n’a pas sa réponse dans l’allopathie, il n’a pas sa réponse dans la psychiatrie ou la psychologie, ou la psychothérapie, il est dans la croyance. »

La représentation des guérisseurs auprès des médecins part souvent d’une identité ésotérique. Leur pratique paraît obscure et incompréhensible à appréhender pour les non-initiés. **Ce degré d’ésotérisme varie suivant la pratique et les valeurs qu’elle véhicule : la religion et sa vision du miracle, la magie dont le champ s’élargit jusqu’à la sorcellerie.** Le simple fait de croire avec conviction aux préceptes des guérisseurs peut suffire pour adopter leurs pratiques, les cautionner, voire à les recommander.

- « Alors après, il faut voir le niveau ésotérique parce qu’il y en a qui sont plus ou moins perchés. »
- « Le guérisseur lui, ce sont des données un peu ésotériques, religieuses. On peut tout mettre là-dedans. On est dans le registre du miracle, dans la multiplication des pains mais ça marche ! »

La magie est la notion principalement retrouvée dans les réponses du panel à l’explication des résultats obtenus par la croyance en une puissance supérieure. **L’efficacité du guérisseur dépendrait de l’amplification de croyances magiques au sein de l’esprit du patient.** Ce processus serait vecteur d’espoir et créerait une modification psychologique de l’état mental pour aboutir à une amélioration des symptômes, voire une guérison.

- « Qu’est-ce qu’un guérisseur pour toi ?
Médecin : (*Silence*) Un magicien. (...) C’est celui qui est appelé au secours pour développer des croyances magiques pour obtenir une guérison. »
- « Alors maintenant c’est plus les guérisseurs mais toutes ces médecines naturelles à la con. On est toujours dans la même puissance magique. »

- « Donc, le territoire de la magie qui tient chez les gens de l'espérance, d'un truc qui est au-dessus de nous, est une histoire très ancienne. »
- « Maintenant ça a été remplacé par l'ostéopathie, les versions modernes : les médecines naturelles X ou Y ou Z qui ont complètement remplacé des pratiques de guérissage qui font plus rationnelles et moins magiques mais qui sont néanmoins magiques. L'homéopathie est typiquement un truc qui repose sur une pensée magique. »

V.3.4.4. Par un mécanisme

Certains s'appuient sur un mouvement de forces dont le patient dispose déjà. Le guérisseur ferait fonction de catalyseur en **potentialisant les défenses d'une personne**. Sans précision supplémentaire, il peut s'agir de manipulation de l'esprit au sens littéral, ou de mécanismes neurologiques activés.

- « Pour en revenir aux guérisseurs, c'est uniquement mobiliser les forces que chacun a en soi pour juguler un symptôme parce qu'on en a les possibilités. »

V.3.4.4.1. Neurologique

Lors de cette quête de compréhension, des médecins sont revenus sur la thématique de la sensation douloureuse des patients. Certains pensent qu'il ne s'agit ni de douleurs neuropathiques, ni de douleurs nociceptives mais d'**une douleur non médicalement « étiquetable », représentative d'un stress.**

- « Alors justement ce sont les cas où l'on n'a ni une douleur nociceptive ni une douleur neuropathique, donc ce sont des douleurs difficilement caractérisables. Ou qui ne sont pas attachées à une étiologie vraiment retrouvée médicalement parlant. »
- « La sensation de la douleur, c'est une représentation somatique d'un stress. »

D'autres ne font pas cette distinction et se questionnent sur la signification originelle de la douleur ou du signal douloureux plus précisément. La douleur est **un signal propre à chaque individu**. Elle fait partie d'un processus neurologique faisant état d'une agression de l'organisme. Elle est évaluée de façon subjective en médecine conventionnelle par les échelles de douleur (l'EVA est la plus employée). **La sensation douloureuse semble aujourd'hui moins bien tolérée** qu'elle ne l'a été par certaines civilisations plus anciennes.

- « Il est bien évident que lorsqu'une personne a une douleur, un zona intercostal, il se roule par terre, il a très mal, mais qu'est-ce que la douleur ? C'est un signal. Elle est fonction des civilisations. Elle est fonction des modes de vie et des époques. Ça ne veut rien dire la douleur, c'est un signal. On voit bien d'ailleurs la faible résistance des gens à certaines formes de douleurs. Dans nos pays occidentaux, les gens ne résistent absolument plus à la douleur. On se demande comment ils auraient pu vivre au moyen âge. Admettons qu'on prenne un occidental moyen et qu'on le transpose au moyen âge, le type il ne peut pas vivre quoi. Il aurait trop mal et ce serait sans doute intolérable. Les gens viennent me voir et me disent « j'ai une douleur atroce ». Atroce c'est quoi ? Je leur montre la fameuse échelle de 1 à 10 et tout le monde met 9 quoi. C'est bien mais ça ne veut rien dire. Vous prenez un individu d'un autre secteur géographique il va vous répondre à côté. »

- « Les autres c'est marginal, ce sont des trucs sur la douleur, la douleur du zona, c'est bien condensé, ça peut passer et revenir, enfin je veux dire c'est très individu dépendant. Difficile à dire s'il y avait un effet ou pas. »

La pratique du guérisseur permettrait **sans effacer le somatique, d'annihiler la sensation douloureuse en stoppant le signal neurologique de transmission de l'information.**

- « Donc si par une technique X ou Y il arrive à faire en sorte que les terminaisons nerveuses ne déclenchent plus la sensation de douleur, ça peut marcher. »
- « Après je pense que voilà, est-ce que les gens ont un don pour enlever, pourquoi pas ! Ça n'enlève pas le zona, ça enlève la douleur. »

V.3.4.4.2. Psychologique

Des patients atteints de pathologies psychiatriques ou de problèmes psychologiques peuvent développer des pathologies psychosomatiques. Il peut s'agir de pathologies fonctionnelles sans étiologie retrouvée également. **Le recours aux guérisseurs est dans ces cas assimilé à une psychothérapie.**

- « Des troubles somatiques liés à des problèmes psychologiques. Donc il va faire de la psychothérapie. »
- « A partir du moment où les gens ont des pathologies fonctionnelles ou dites comme telles, où il n'y a pas de substratum anatomoclinique, où de toute évidence c'est de la psychopathologie parce que les pathologies fonctionnelles c'est de la psychopathologie et c'est compliqué, ça modifie ma prise en charge. »

V.3.4.4.3. Placebo

Pour les médecins non convaincus par un quelconque pouvoir, l'effet principal du guérisseur est placebo. L'impact de la rencontre avec une personne prenant le temps d'écoute et prenant soin d'eux peut suffire à obtenir une amélioration des symptômes. **Le médecin, tout comme le guérisseur, peut avoir un effet placebo sur les patients.** Mais ils ne semblent **pas identiques selon les personnalités rencontrées.** Toutefois, cet effet placebo paraît peu important d'étudier les impacts respectifs de l'effet placebo du médecin et de celui du guérisseur. Le résultat d'un mieux-être prime sur la recherche du protagoniste le plus efficace entre le médecin et le guérisseur.

- « Si le patient pense c'est le guérisseur qui a amélioré tel ou tel problème... Même si de mon point de vue c'est l'antibiotique ça n'a aucune importance. Ce qui est important c'est que le patient guérisse. »
- « S'ils ont de l'eczéma et qu'ils n'ont plus besoin de se mettre des dermocorticoïdes parce qu'ils ont vu un guérisseur ben super quoi. Même si c'est l'effet placebo, de fait ce n'est pas un effet placebo que j'arrive à avoir. »

V.3.4.5. Absente

L'ignorance du mécanisme est bien supportée par certains praticiens. Encore une fois, **les résultats observés suffisent à les convaincre** d'y avoir régulièrement recours pour leur patientèle.

- « Donc c'est intéressant. Le fait d'enlever le feu, dans les cas de zona/brûlures/compagnies, donc oui si, y'a vraiment des résultats pour le coup. Que je ne m'explique absolument pas de manière rationnelle mais ce n'est pas grave (*rires*). »

L'argumentation sur la bonne foi des patients est également écoutée. A partir de là, se crée un phénomène de groupe entre les patients mais également entre les médecins, pouvant tendre vers une augmentation de leur conseil de rencontre auprès des guérisseurs.

- « Et tout le monde s'accorde à dire que ça marche, ben juste parce que ça marche. Alors est-ce que ça marche, c'est une autre affaire, mais ça marche. Donc partant de là, je ne vois pas pourquoi on se priverait de quelque chose qui marche pour son patient. »
- « Il y'a des résultats qu'on peut ne pas expliquer scientifiquement, mais qui sont là, qui existent. Je pense que ça peut faire partie aussi de mes choix thérapeutiques au même titre qu'une ordonnance de médicament. »

V.3.5. Sentiments à l'égard du guérisseur

V.3.5.1. Méfiance

Plusieurs aspects ont été regroupés comme motif de méfiance des généralistes envers les guérisseurs. Certains ont déjà fait l'objet d'un paragraphe. Il s'agit de **l'absence de formation médicale et du rapport à l'argent** que peuvent avoir quelques guérisseurs de cette nouvelle génération.

- « Localement on a un guérisseur qui manipule. Sur les manipulations, je suis un peu plus méfiante parce qu'ils n'ont pas de formation. Si c'est un magnétiseur qui pose ses mains sur une douleur et que la douleur disparaît très bien mais si c'est quelqu'un qui commence à vouloir manipuler alors qu'il n'a pas de formation alors là ça me fait un peu craindre des effets négatifs. »
- « Après c'est quand ils commencent à dire ce qu'il faut faire sur une pathologie sans avoir de connaissances particulières. »
- « Ils le font, j'ai plein de gens qui le font ici et qui payent. Pas des fortunes, je n'en sais rien. Mais moi je n'envoie pas. Voilà. L'histoire de l'argent ça me... »
- « Par contre, y'a un truc que je peux dire, c'est que j'ai une méfiance lorsqu'il y a de l'argent derrière. »

Ce sentiment est également relayé par la **méconnaissance de ce personnage mystérieux**. Les médecins avouent ne pas connaître leurs compétences, leur mode d'activité, leur rayon d'action. Ils ne sont donc pas en mesure d'évaluer leur efficacité et encore moins de prodiguer un conseil avisé au patient sur ce sujet.

- « Moi je ne les connais pas, je ne connais pas leurs compétences s'ils en ont, je ne connais pas leur mode d'activité, ni leur rayon d'action, donc à partir de là, par rapport à ma pratique je n'en pense pas quelque chose de construit et fiable. »
- « Puisque je ne connais pas leurs limites de compétences. »
- « Je n'évalue pas ses compétences. Je n'ai pas d'avis sur la question. »

Et d'autres ont tout simplement peur de l'inconnu. Ils n'ont jamais côtoyé de guérisseurs par **manque d'occasion**.

- « Je n'ai jamais rencontré de gens qui avaient des dons. Voilà. Donc je n'en ai jamais rencontré. Donc de prime abord, je ne peux pas dire que voilà... Je serais plutôt en fait comment dire... un peu sur mes gardes. »

V.3.5.2. Une dangerosité redoutée

Les médecins ont tous un **récit de mauvaise expérience**. Ils font état **d'une erreur diagnostique mettant en jeu le pronostic vital** pour certaines situations.

- « La dernière, hémorragie gynéco à 60 ans. Et il lui a dit que ça arrivait. Et c'est un néo. »

Et ils ont pu dans d'autres situations non vitales **causer des lésions secondaires curables ou séquellaires**.

- « Je préfère être vigilante. Je leur dis, ça m'est déjà arrivé de leur dire elle vous a fait un pansement, un super pansement avec du... du lys ou je ne sais quoi. Et puis finalement on avait une fracture. »
- « Par exemple pour le rebouteux, il a pété un tendon et l'apophyse choroïde au passage mais ça il s'en fout. »
- « Moi je n'ai jamais eu de cas où les gens me disaient « *mais le guérisseur m'a dit d'arrêter tout quoi* ». Un diabétique à qui le guérisseur aurait dit de tout arrêter et de fumer de l'herbe, je n'ai jamais vu ça moi. J'ai déjà vu des patients qui demandaient un nouvel avis, comme on demanderait un avis à un autre Spé quoi. Et puis peut être qu'ils ne m'expliquent pas ce qu'ils leur demandent de faire, mais en général, ça ne remet pas tout en plan. Donc moi je ne dis rien, je prends note. Point. »

Des guérisseurs ont également été à l'origine d'un arrêt de la prise en charge médicale initiée par le médecin généraliste. Il a été à l'encontre des prescriptions et du soin effectué.

- « Elle m'avait dit un jour quand j'étais venue la voir, ha non non mais ça, je ne prendrai pas, parce que le guérisseur m'a dit que ça ne convenait pas. Donc là je dois dire que je n'avais pas été très contente. »
- « C'était à une soirée, j'ai fait le pansement et tout. Il est allé voir le guérisseur la demi-heure après pour le chaud. Elle a délogé tout le pansement et lui a expliqué qu'il fallait laisser la plaie à l'air. Donc là j'ai un problème. Parce qu'il y a un risque pour le patient. (...) Parce que du coup, elle défait tout, elle retire la FLAMMAZINE® sans se poser la question de l'impact que ça peut avoir sur la déshydratation. Après c'est juste la moitié du bras et la main, mais bon tu ne laisses pas une plaie à l'air qui est en train de suinter. »

La dangerosité s'exprime surtout dans les pathologies à issues graves comme les cancers. La prise en charge de ce type de maladies nécessite souvent des traitements médicaux lourds et des moyens invasifs. **Dans un objectif curatif, le guérisseur ne doit pas substituer la prise en charge médicale, mais peut accompagner le patient** à l'aide d'autres procédés ne modifiant pas la thérapeutique déjà mise en place.

- « Mais ça peut être une approche dans certains cas un peu particuliers. Ça dépend pour quel type de maladie grave. Ça dépend, si le patient se porte complètement sur cette pratique, ça peut être dangereux... Plutôt en appoint. »
- « Par contre, lorsqu'ils sont dans une phase où on peut les guérir, je trouve ça dommage de les détourner d'une voie efficace au péril de leur vie. Ce qui me gêne c'est ça. C'est quand ils veulent se substituer à une médecine qui quand même a fait ses preuves. »
- « Ça devient parfois déconnant quand on veut utiliser le guérisseur à la place de soins importants. »

- « On est trop souvent confronté à des guérisseurs qui vont donner des idées totalement incongrues d'arrêter tel traitement ou prise en charge, et vouloir utiliser ses méthodes à lui, de pendules et autres jeux de cartes »
- « Après, des guérisseurs, parce qu'il y en a, c'est pour des cancers, des pathologies cancéreuses et choses particulières, ça par contre ça me fait peur. Parce que pour certains patients, en discutant avec eux je me suis rendu compte que le guérisseur leur faisait arrêter tout leur traitement. Là par contre ça m'inquiète. »

Par ailleurs, **la classe des rebouteux est particulièrement redoutée** en raison des lésions séquellaires dont les médecins ont de nombreux retours.

- « Les rebouteux (...) sont dangereux, certains ont des séquelles, ils fournissent beaucoup la chirurgie orthopédique. Et tant mieux pour nous finalement ça nous fait travailler. »

V.3.5.2.1. Charlatanisme

Une partie du panel non convaincu du bien-fondé de certains guérisseurs les qualifie de charlatans. **Le panel inclut dans cette catégorie : les marabouts, les gourous, les manitous, les magnétiseurs et les soins longue distance.** En général, le charlatan use d'une relation de dépendance sur des personnes vulnérables pour des motivations pécuniaires. Il s'entend par vulnérables ici, des patients souvent fragilisés par une **pathologie oncologique**, prêts à tout pour trouver un peu de réconfort et une issue favorable à leur souffrance. Ce dont les autoproclamés guérisseurs, malveillants, sont bien conscients.

- « Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ?
Médecin - Je dois dire ce que je pense ? (...) Un charlatan.
- « Après pour moi il y a « *guérisseur* » et « *guérisseur* ». »
- « Aussi longtemps que c'est guérisseur au sens traditionnel où je l'entends. C'est-à-dire que j'enlève les marabouts, les magnétiseurs et soins longue distance. »
- « Je ferais très attention effectivement au charlatanisme et surtout pour les pathologies cancéreuses. »
- « Moi je suis dans la mesure où ça ne va pas masquer un diagnostic allopathique selon moi, ou dans la mesure où la personne ne se fait pas manipuler (soutirer beaucoup d'argent) avec une relation de dépendance... »
- « Donc là aussi il faut faire attention que des gens qui sont malheureusement très vulnérables, et vulnérabilisés par la maladie, ne se laissent avoir par d'autres personnes qui sont, dans ce cadre-là, pas très scrupuleux. »
- « Là on est dans le charlatanisme, pour un médecin. C'est clairement du charlatanisme : un processus illusoire sans efficacité démontrée. »

Ils parviennent à utiliser des **processus illusoires par une puissance suggestive très affirmée et développent sur le patient une emprise psychologique dangereuse.**

- « On est quand même dans quelque chose qui a à faire avec la suggestion. Donc la suggestion c'est la puissance suggestive du guérisseur, qui n'est pas très loin de celle du gourou. »
- « On est dans le côté un peu charlatan, un peu manitou... Un peu subjectif. C'est pour ça que j'ai certainement un peu de défiance vis à vis de ces gens-là car ils ont tellement une... (*hésite*) une emprise psychologique sur les autres. Quelque part, ils ont une certaine puissance. »

V.3.5.3. Ouverture, curiosité, confiance

Face à cette défiance, d'autres avis sont intrigués par l'inexplicable. **Le guérisseur fait débat, questionne et éveille la curiosité.**

- « Je suis un peu... pas dubitative mais très intriguée par tout ça. »
- « Après je lui ai demandé comment il faisait, et il m'a dit je visualise. Je visualise la colonne, je visualise les vertèbres, je remets. Et il ne fait pas craquer. »

De plus en plus, **une ouverture vers ces nouvelles pratiques s'affirme comme une nécessité.** Le recours au guérisseur ne semble plus aussi fantasque et semble même concurrencer la iatrogénie potentielle de la médecine conventionnelle. Constat est fait que la médecine conventionnelle n'est pas autosuffisante et qu'elle **ne doit plus rester une médecine égocentrée.**

- « Alors... pour moi, il est assez indispensable, à plus forte raison dans notre monde actuel, d'être ouverte à ce genre de pratiques. »
- « Mais sinon ça a le mérite d'exister, il y a des résultats, je suis complètement ouvert à ça. »
- « Il y a cet aspect pragmatique de dire « il y a ça, il y a telle pathologie » et il y a ce qui permet d'ouvrir les portes, vers d'autres prises en charge qui me paraissent ou qui me semblent paraître aussi saines que de distribuer des drogues. Voilà. »
- « Enfin la posture de médecin dans son piédestal qui ne veut rien entendre d'autre qu'une médecine rationnelle, une médecine par les preuves et ci et ça et le reste... pour moi cela n'a aucun sens. C'est de la belle connerie. »

Et ce sont ces mêmes médecins qui **souhaitent une confiance mutuelle.** D'une part parce qu'ils les connaissent souvent soit personnellement, soit professionnellement. Et d'autre part parce qu'ils souhaitent atteindre le même objectif : l'amélioration des symptômes. Cet objectif conjoint resserre un peu plus les liens d'une éventuelle relation à tisser.

- « Évidemment, les gens à qui j'ai adressé mes patients, ce sont des gens que je connais bien, en qui j'ai confiance. Par conséquent, la relation entre les guérisseurs, puisque vous les appelez comme cela, et moi elle est forcément une relation de confiance mutuelle. »
- « Nous travaillons tous dans la même direction, à savoir que le problème de la personne s'améliore. »

V.3.5.4. Indifférence et neutralité

Enfin, quelques-uns n'ont qu'un intérêt mesuré pour la thématique et ne se sentent **pas concernés par la thématique.** Ils oscillent entre **neutralité bienveillante et indifférence.**

- « Enfin, je n'ai pas d'avis sur la question... Non, je n'ai pas d'avis étayé. »
- « Je n'ai pas d'avis sur la question. »
- « Je n'en pense rien. »
- « Je n'ai ni une appréciation positive, ni une appréciation négative. Je suis neutre. Je ne leur veux pas de mal, évidemment. »

V.3.6. Les relations entretenues

V.3.6.1. Entre le médecin et son patient

Dans le cadre de leur consultation, les médecins **oscillent entre questionnement de politesse et réelle curiosité**. Ils demandent à leurs patients si cela a favorisé un mieux-être, si cela les a soulagés. Certains sont même **curieux du mode d'exercice des guérisseurs, tant sur les pratiques que sur leur conseil, sur leurs bénéfices éventuels et leur satisfaction**.

- « Je n'ai pas de réaction. « Est-ce que vous allez mieux ? » Si oui tant mieux, si non tant pis. »
- « Et vous allez un peu plus loin dans le discours ?
Médecin - Non. »
- « Bah est-ce que ça vous a soulagé ? »
- « Quand ils m'en parlent ? (...) Je leur demande comment ça s'est passé, s'ils sont satisfaits, si cela leur a apporté quelque chose ou pas. Je ne suis pas du tout fermée. »
- « Je vais m'interroger et les interroger sur ce que leur apportent les conseils du guérisseur. »

Sauf en cas de suspicion de charlatanisme, le médecin ne donne que peu son opinion personnelle ou professionnelle. Car il convient pour lui de laisser la décision au patient. **Il doit être autonome et libre de choix, en tant qu'acteur de sa prise en charge**.

- « Spontanément, je n'irai pas voir un guérisseur. Mais après, je pars du principe que ce n'est pas à moi de décider pour mes patients. »
- « Après je ne suis pas flic, s'ils ne veulent pas de médocs, je ne vais pas leur en donner. Maintenant s'ils en veulent je leur en donne. »
- « Alors moi, je laisse libre les gens mais je m'assure qu'ils ne sont pas en train de les extorquer financièrement et qu'ils ne sont pas délétère pour eux. »

Et cette prise décisionnelle n'est possible que dans une relation de confiance. Le médecin **doit avoir conscience de l'existence de ces nouvelles pratiques** alternatives comme des guérisseurs. Cette connaissance permet ensuite de pouvoir **donner des conseils et orienter** au mieux le patient. **Le fait d'aborder le sujet spontanément est un signe d'ouverture et de savoir**. Ne pas le faire reviendrait à ne pas soigner son patient dans sa globalité.

- « Je pense qu'il est très important d'avoir conscience de leur existence et d'être capable d'aborder cette chose là avec ses patients directement plutôt que les patients d'eux même s'orientent sur des charlatans. »
- « Ils me disent oui, ils me disent non. Ils me disent oui je m'en fous, ils me disent non je m'en fous, mais au moins ils ont l'info. Il faut qu'ils soient libres. Je n'ai pas envie qu'ils ne veuillent pas m'en parler sous prétexte que je vais être fermée à ça. »
- « Ça ne change rien si ce n'est que c'est important d'en parler. Ce qui change c'est si on ne le prend pas en compte. Là ce n'est pas facilitateur mais on prend moins bien en charge les gens si on n'aborde pas ça dans la prise en charge globale. »

En plus d'une ouverture sur autrui, **l'habileté communicationnelle du prescripteur est importante**. Le simple fait d'en parler peut désamorcer certaines craintes et interrogations, comme c'est également le cas dans une prise en charge médicale normale.

- « C'est pour ça que le petit mystère quelque part est important c'est aussi comme dans la relation avec le patient quand on prescrit quelque chose en disant « ça, ça va vous

faire du bien ». La façon dont on la prescrit et dont on l'introduit dans une stratégie thérapeutique. Y'a le médicament en tant que tel mais aussi la façon dont on l'amène. »

Toutefois, même si le médecin peut faire preuve d'ouverture, il est souvent **consulté en second recours**. On ressent pour certains un sentiment de frustration face à cela. Deux comportements de patients sont recensés : soit le patient vient voir le médecin pour ce même motif **par absence de résultats**, soit il en parle secondairement dans le cadre d'une consultation pour **un motif différent en précisant que son problème a été résolu** par le guérisseur.

- « J'en pense que nos patients y vont en premier parfois dans nos campagnes avant de venir nous voir, et qu'on les voit après. »
- « Oh c'est plutôt majoritairement qu'ils sont allés voir. Ils ne me demandent pas mon avis. Dans quelles situations... Curieusement, ce n'est pas toujours en relation avec le problème pour lequel ils viennent me voir. Soit ça a été réglé par le guérisseur... Mais en discutant, s'ils viennent pour des douleurs ou des choses comme ça, ils évoquent le fait qu'ils sont allés voir le guérisseur dans ce cas-là. Alors des fois je suis le second recours et puis... Non c'est surtout comme ça. »
- « Sauf quand vraiment ils n'en peuvent plus, et qu'ils viennent nous voir, donc en général ils l'ont vu avant, et après dire, ha ben j'ai vu untel »
- « Oui. Alors ils me le disent toujours après. Ils ne me le disent jamais avant. »
- « Et bien on ne les voit que quand il n'y a pas de résultats. C'est difficile. Moi je ne les vois que quand il y'a pas de résultats. Ou sinon je ne sais pas qu'ils ont vu un guérisseur. »

Et parfois, le médecin ne souhaite pas déclencher de discussion sur l'expérience du patient.

- « Ou sinon je ne sais pas qu'ils ont vu un guérisseur. Ils ne m'en parlent pas. Mais je ne vais pas poser la question non plus, s'ils ont vu quelqu'un auparavant. »

Mais cette ouverture spontanée du patient est très aléatoire. L'hypothèse du médecin généraliste consiste à dire qu'il existe **un profil de patient susceptible d'adhérer à un complément de prise en charge non conventionnel**. Cette **réceptivité est influencée d'après eux par la culture et l'ethnie**, en dehors des facteurs d'affinité propres à leur praticien. Ce tri, parmi leur patientèle, va leur permettre de cibler les personnes pour lesquelles ils vont adapter leur discours de soin à visée globale, et ainsi prendre un temps supplémentaire de conseil.

- « Alors après je ne le proposerai pas à n'importe qui. Je sens, je ne sais pas comment vous dire... Intuitivement, je sens qu'il y'a des gens avec qui je peux en parler, et des gens à qui je ne peux pas en parler. »
- « Ici dans mon contexte culturel à moi, j'ai l'impression que les gens ne m'en parlent pas, ou très peu. Et puis dans un autre contexte culturel, où les gens me le disent plus facilement j'ai l'impression, peut-être parce que dans leur culture c'est plus admis, je n'en sais rien du tout... Et donc la question c'est ? ... »
- « Par contre, je ne l'impose pas à mes patients. Ce n'est pas un discours, mais aux personnes que je connais suffisamment et avec qui je peux discuter »
- « Ça fait 37 ans que je fais de la médecine générale donc vous comprenez maintenant, je sais les patients avec lesquels ça va accrocher. Donc ceux-là je m'investis un peu mais je ne peux pas m'investir avec tout le monde, c'est impossible. »

- « Et puis par contre nous on a une grosse clientèle d'origine maghrébine, et là c'est souvent qu'ils me disent au pays j'en ai profité pour... Voilà ! »
- « Est ce que vous avez fait quelque chose de plus pour votre zona ? » ça ouvre la porte, ça ne prescrit pas mais ça ouvre la porte. Par contre je ne prescris pas ça « *faites-vous enlever le feu* ». Si la personne ne m'en parle pas, ça veut dire que peut être c'est une personne qui n'est pas du coin ou que culturellement il s'en fout, il pense que ça ne va rien lui apporter. C'est assez rare quand même. »

Et le **soigner dans sa globalité, c'est respecter le patient : ses croyances, ses valeurs culturelles et sa santé.**

- « Non mais je crois qu'à partir du moment où on accepte de soigner des gens qui ont des croyances différentes des nôtres, on peut respecter leurs croyances. »
- « Ils savent très bien que mon seul critère, c'est que mon travail à moi et la santé du patient soient respectés. »
- « Je pense que ça fait partie de la prise en charge globale et culturelle du patient. Et passer à côté de ça c'est ne pas le prendre en charge globalement et c'est même ne pas le respecter dans ses valeurs culturelles. »

Lorsque le patient est en accord avec un recours aux guérisseurs, se pose ensuite la question des outils de contacts dont le médecin dispose. Il lui arrive de **fournir un numéro de téléphone, une adresse et un nom**, le tout par voie orale ou par le biais d'un support (carte de visite). Le praticien utilise donc le **bouche à oreille** pouvant faire appel à des **réseaux locaux**.

- « Il n'y a pas si longtemps j'avais une correspondante coupeuse de feu, et je l'envoyais... Je donnais aux gens le numéro. »
- « J'en ai et il m'arrive de donner le numéro oui. »
- « Je leur dis « *écoutez, je crois qu'il y a untel qui s'occupe des brûlures, untel qui s'occupe de l'eczéma* »
- « Du bouche à oreille, des cartes, de la connaissance de réseau. »
- « Voilà avec un nom de bouche à oreille, ou moi si j'ai eu personnellement affaire à ce type de personne et que j'en suis satisfait. Il n'y a aucun souci, je peux aussi les orienter comme je l'ai fait pour mon patient qui voit beaucoup de monde aussi. »
- « Et comment vous le feriez ?
Médecin – Bah... Je leur donne des noms localement. »
- « Il y en a quelques-uns (de patients) qui m'ont donné des noms donc j'ai un carnet où je marque les contacts : psychologue, psychomot', les gens de la sécu, plus les guérisseurs. Donc j'ai deux ou trois noms sur les guérisseurs et en fonction, s'ils les connaissent, je leur dis « *il y en a un à saint Augustin, il y en a une à Saint Clément* ». Donc on va chercher ensemble le numéro de téléphone sur internet si je ne l'ai pas pour qu'ils prennent contact avec. »

Les avis demeurent cependant **très partagés sur la question de la nomination** concrète et orale des guérisseurs. Certains ne souhaitent ni nommer ni fournir d'objets publicitaires à usage ciblé (carte de visite). Les opposants considèrent qu'il n'est **pas dans leur fonction et même illégal de promouvoir tel ou tel guérisseur**. Et ils estiment ensuite que **c'est au patient de faire la démarche** de recherche, en considérant qu'elle n'est pas complexe à mener sur le territoire de vie. Le médecin compte donc aussi sur le **bouche à oreille entre patients**.

- « Je lui dis « *moi par contre je n'ai personne à vous conseiller* ». Ce n'est pas comme le rhumato où j'ai un nom, une adresse et un téléphone. »
- « Non les gens ils vont aller voir quelqu'un par le bouche à oreille. Mais moi je ne conseille personne en particulier. Et puis des fois les gens me parlent de certaines personnes, mais je ne retiens pas les noms. »
- « Je ne dirai peut-être pas « *allez voir telle personne* » mais peut être dire « *vous devriez en discuter avec votre voisin, peut-être il pourrait vous indiquer quelqu'un* ». Je ne donne pas de noms parce que je suis médecin généraliste traitant et que j'estime ne pas avoir à faire ça. »
- « Ils demandent surtout mon avis sur le fait qu'ils connaissent quelqu'un dans leur entourage. Moi j'ai du mal à citer des noms parce que je ne les connais pas forcément. Ce n'est pas mon rôle de donner les noms. »
- « Oh, ben vous allez bien en connaître ». »
- « Mais c'est le patient qui fait la démarche, ce n'est pas moi qui fais la démarche auprès de untel... Que de toute façon je ne connais pas... »
- « Non je n'ai pas de cartes, ils se débrouillent. C'est le patient qui se débrouille. »
- « « *Voyez autour de vous si...* ». Mais je ne leur donne pas un nom tu vois. Je n'ai pas une carte de visite du guérisseur. »
- « Les magnétiseurs j'en connais trois. Personnellement. (*Rires*) J'ai même des cartes, mais ce n'est pas à moi de donner des cartes, ça me dérange. (...) Ce n'est pas notre travail de proposer une seule personne. »
- « Alors il ne me paraît pas légalement possible et ça me paraîtrait même inadmissible de mettre des petites cartes. »

Les narrations que nous ont proposées les médecins généralistes en entretien laissent transparaître leurs **habitudes de conseils. L'expérience personnelle et professionnelle auprès des guérisseurs impacte donc sur la relation patient-médecin.**

- « Personnellement, sur du zona ou une brûlure ça peut m'arriver d'envoyer ou de conseiller en tout cas d'aller voir quelqu'un qui retire le feu. »
- « C'est vrai qu'on a tendance à orienter les gens vers des personnes qui soignent le feu par exemple. »
- « Je leur dis « *Vous avez une brûlure, peut être que si vous allez voir un guérisseur il peut vous soulager* ». »
- « Le zona. Ben, les brûlures du coup je suis réticente. Surtout le zona parce qu'il y en a plein qui m'ont dit que ça les soulageait. »

On peut ensuite **mesurer cet impact sur la pratique quotidienne** du médecin généraliste. Le recours aux guérisseurs permet de **diminuer la prescription d'antalgiques et d'exams complémentaires**. L'opinion même du médecin est amenée à changer envers les pratiques alternatives.

- « Ils ne viennent pas me voir s'ils ont vu un guérisseur et que ça a marché, je ne les revois pas derrière. Donc je ne sais pas si ça change quelque chose vraiment à ma pratique. »
- « Alors quand mes patients sont soulagés, je ne prescris plus d'antalgique ou d'anti-inflammatoire alors ça va fatalement impacter mes prescriptions. »
- « On va parler de pouvoirs, d'une certaine manière. Et en tout cas ils ont ces compétences-là. Ça impacte fatalement ma prescription, et ma façon de voir les choses. »

- « Là par contre, c'est très bien car nous, hormis les écouter et leur mettre un peu d'antalgique par-ci et d'anxiolytique par-là... En définitive, ça simplifie plutôt les choses. Ça nous évite de leur faire faire une IRM Toutes les 5 minutes. C'est un des biais de la médecine classique. »

V.3.6.2. Entre le guérisseur et son patient

Cette relation arpente un autre versant, **le temps de l'écoute en premier lieu**. Le lien social et la relation de confiance qu'il parvient à développer au contact de son patient, vont appuyer la relation thérapeutique.

- « Bah je pense que surtout le guérisseur écoute. C'est un point important que les gens savent bien signaler. »
- « C'est quelqu'un je pense qui arrive à établir avec ses patients une relation thérapeutique malgré tout et qui, si c'est un bon guérisseur, arrive à avoir des effets sur les maux de ses patients, de par la relation qu'il a réussi à établir avec eux. Je vois ça plutôt par rapport à la relation qu'il va tisser avec eux. »

Les médecins voient leur relation comme **l'attente du patient d'un besoin ponctuel sur une indication précise**.

- « En ce qui me concerne, il faut que ce soit ponctuel, sur une indication précise telle que je vous l'ai donnée tout à l'heure. »
- « D'ailleurs c'est souvent très ponctuel : J'ai des verrues, je vais les faire tomber, je me suis brulé, je vais me faire enlever le feu, j'ai des douleurs du dos à calmer... y'a pas de souci. »
- « Je pense que quand les gens vont voir un guérisseur, ils savent déjà ce qu'ils attendent du guérisseur et ce pourquoi ils vont le voir. »

V.3.6.3. Entre le médecin et le guérisseur

V.3.6.3.1. Un lien dès l'enfance

L'expérience personnelle du médecin débute dès l'enfance. Quelques médecins ont reçu les soins d'un guérisseur. Ils en gardent peu de souvenirs marquants et une efficacité aléatoire.

- « Est-ce que vous avez personnellement utilisé les services d'un guérisseur ?
Médecin - Jeune, oui. Entorse.
- D'accord, et c'était un rebouteux ?
Médecin - Un rebouteux. »
- « Moi j'étais à la campagne donc quand j'ai mis les mains sur les plaques pour voir si elles étaient chaudes ils ont téléphoné à machin qui enlève le feu. Moi je n'ai pas le souvenir que ça m'ait vraiment soulagé (*rires*). »
- « Moi ma maman on lui avait transmis le savoir d'enlever le feu. Je ne sais plus le faire. Je crois que j'ai dû y être exposé il y a très longtemps quand je m'étais renversée un truc de lait ou d'eau chaude, ou un fer à repasser je sais plus. Et donc j'avais eu droit à ça qui avait dû marcher. »

D'autres ont choisi d'avoir recours à un guérisseur à des fins personnelles alors qu'ils étaient déjà médecins généralistes. **Leurs expériences personnelles dans un cadre volontaire et plus récent semblent davantage satisfaisantes.**

- « Après ce sont les gens qui sont satisfaits ou pas. Soulagés ou pas soulagés. Moi le mien, il me soulage. »
- « Moi je l'ai utilisé personnellement notamment pour l'arrêt du tabac. Le coup final pour moi ça a été trois séances d'hypnose. Voilà, depuis ça va faire, voilà c'était le quatorze juillet 2015. Je n'ai plus retouché une cigarette. »

V.3.6.3.2. Une interaction professionnelle à développer

Deux aspects ressortent de ces entretiens. Une minorité de médecins interrogés affirme entretenir une relation avec des guérisseurs et plus largement des praticiens de médecines non conventionnelles. Le **contact est souvent à l'initiative de ces derniers sollicitant un avis médical** sur leur patient commun.

- « Ah si je pense que j'ai plus d'exemples en tête mais ça m'est arrivé je pense oui, deux trois personnes qui m'ont contacté « est ce que vous pensez que je peux faire ça sur un patient qui a ça » ... »
- « Mais parfois oui si, l'acuponcteur demande parfois à ce qu'on fasse un petit courrier pour expliquer les choses. »

Mais pour beaucoup, cette **relation directe est absente par manque d'occasion ou de réseau, ou parfois même non désirée**. Certains considèrent de manière plus tranchée que ce type de partenariat est illégal car hors du cadre d'une reconnaissance officielle des guérisseurs. Toutefois, même en l'absence de cette relation, il existe un **contact indirect par patient interposé**.

- « Je n'entretiens pas de lien. »
- « Il n'y a pas vraiment de relation, je n'en ai jamais eu... »
- « Non je n'en connais même pas sur Limoges. »
- « Pas désirée, je respecte ce que font les patients, mais je n'ai pas de relation aucune avec les guérisseurs. »
- « Donc je n'ai pas de contact avec les guérisseurs. C'est tout par patients interposés. »
- « Ouais... probablement. Parce que sincèrement je n'ai jamais eu quelqu'un qui a un don se mettre en rapport avec moi. Jamais... Jamais ! Non. »
- « Non non non là par contre non. Ça se fait toujours d'une manière détournée. (...) Oui ça se fait toujours sur le manteau. »
- « Qu'est-ce que vous pensez de la relation guérisseur-médecin ?
Médecin - il n'y en a pas et il ne doit pas y en avoir. Il ne doit en aucun cas y en avoir. On est hors du code de santé publique. On est dans du grand n'importe quoi là... »

Une partie du panel regrette son absence majoritaire et **souhaiterait la développer**. Elle permettrait de communiquer davantage sur les possibilités de soin lorsque le patient s'avère en impasse thérapeutique.

- « Elle ne serait pas mal si elle existait. »
- « Faudrait qu'il y ait plus de communication parce que je n'ai aucun lien. Ça pourrait être intéressant. Je ne les exclue pas forcément de la prise en charge non plus donc ça pourrait être l'occasion de discuter un peu plus. »
- « Si c'est pour discuter de points que tu n'arrives pas à développer avec le patient, je pense que ça peut être utile. Mais ça dépend de la personnalité de chacun. »

Pour la plupart, **la coexistence n'est pas évidente mais une volonté de coopération se dessine**.

- « Mais la coexistence n'est pas facile. »
- « Je préfère travailler en parallèle plutôt que dans l'affrontement. »
- « Les gens vont plus voir le guérisseur que le médecin. D'ailleurs après avoir vu le médecin ils vont voir le guérisseur. Donc on est obligé de travailler en parallèle, si ce n'est en coopération. »
- « Pour certaines pathologies culturellement, il faut l'intervention de la médecine conventionnelle et de médecines traditionnelles et que la guérison n'est actée que si ces deux pratiques ont été faites conjointement. »

V.3.6.3.3. Problématique du secret médical partagé

Mais la difficulté principale semble être **la problématique du secret médical partagé**. Le frein est législatif dans la mesure où seuls les médecins peuvent avoir accès aux données médicales d'un patient commun dans le cadre d'une prise en charge collaborative. Ainsi, un médecin du panel a répondu donner le minimum d'informations aux limites de la rupture du secret médical afin de permettre une prise en charge optimale.

- « On n'est pas censé de toute façon communiquer des informations médicales. Déjà au niveau légal je pense que ce n'est pas autorisé. A part s'il est médecin aussi. »
- « Je suis toujours maître des infos que je leur donne. Eu égard à la confiance que je porte à la personne, au non-franchissement des limites du secret professionnel, et également à ce que je dois quand même dire à la personne qui sert au meilleur travail possible auprès de mon patient. »

Le patient est l'élément clef de la relation guérisseur-médecin. C'est lui qui va le plus souvent faire la démarche par bouche à oreille d'une rencontre avec un guérisseur, pour une attente de soins ciblée. Mais il ne livre pas toujours son expérience au médecin. De neutre à curieux, la nuance ressentie par le patient peut influencer son ouverture. Bien souvent, ils ne font appel à la médecine conventionnelle qu'en second recours. On voit poindre un souhait de coopération et de relation entre médecin et guérisseurs par une non-opposition relative des praticiens médicaux.

V.3.6.4. Acceptation du guérisseur sous réserve d'absence de nuisances

C'est l'objectif premier des pratiques non conventionnelles selon les médecins. La nuisance se traduit par un **dommage psychique ou corporel**, une **substitution de la prise en charge médicale, d'auto-entretien dans une pathologie virtuelle**, une **dérive sectaire** ou encore un **jugement** du patient. Une fois les nuisances éliminées, le médecin donne son aval à la réalisation d'un soin complémentaire.

- « Ma réaction, c'est « *primum non nocere* ». Voilà c'est vraiment ça, c'est-à-dire surtout ne pas porter de jugement. »
- « Je pense que dans la mesure où il n'y a pas de nuisance, voilà je pense que ça peut effectivement rendre service. »
- « Je me dis au pire ça ne fais pas mal : tant que ça ne nuit pas au patient, je ne vois pas pourquoi je bloquerais. Tout comme le fait d'aller parler à la concierge de ses problèmes si ça lui fait plaisir, si ça le soulage, je m'en fous. »
- « Non mais moi je suis satisfait tant qu'il n'y a pas de dommage collatéral. »
- « Dans la mesure où il n'y a pas de dérives sectaires ou d'effets négatifs sur mes patients, très bien qu'ils aillent voir un guérisseur. »

- « C'est que si y'a pas de nuisance et si y'a pas d'auto-entretien du patient dans ces... enfin comment je veux dire, d'auto-entretien enfin on ne maintient pas le patient dans ses symptômes. »
- « Du moment où elle suit son traitement et que ça ne pose pas de souci sur la prise en charge qui doit être à visée curative et qui n'est pas substituée, il n'y a pas de problème. »

V.3.6.4.1. Connaitre sa place et ses limites

Le médecin doit garder la place qui est la sienne. Il est acteur d'une médecine classique qui a fait ses preuves mais qui n'en reste pas moins limitée sur certains points.

Sa iatrogénie : il existe une grande **diversité d'effets pharmacologiques** suivant les personnes, allant de **l'absence d'efficacité à la iatrogénie**. Ils vont développer plus ou moins d'effets secondaires et la question de la balance bénéfices-risques va alors se poser. Les médecins jugent les guérisseurs **utiles à partir du moment où ils ne trouvent plus de solution** avec la médecine classique. C'est pourquoi, pour certaines pathologies, les médecins comptent préférentiellement sur les guérisseurs. Ce qui est notamment le cas pour les **douleurs zostérienne**.

Son implosion : La demande d'un avis spécialisé peut s'avérer être très long en raison de la **saturation des services hospitaliers**. Le délai de rendez-vous ne permet souvent pas une prise en charge rapide pour soulager le patient.

- « Je préfère un guérisseur éventuellement et en obtenant un bénéfice sur la brûlure, la douleur post zostérienne plutôt que d'y aller avec la Prégabaline là etc. Et monter 25, 50, 75, et j'ai des vertiges, et je ne vais pas bien, et je ne supporte pas, etc. Donc voilà donc je m'appuie un peu dessus dans certains domaines évidemment. »
- « Donc je dirais qu'à la limite, je dirais après tout, si la médecine classique ne leur fait pas d'effet... Bon après tout s'ils peuvent trouver un soulagement ailleurs, pourquoi pas. »
- « Et puis je dois reconnaître que certaines fois ça nous arrange bien, parce nous on a... Soit on n'a pas de solution soit on a des solutions qui sont plus riches en effets indésirables qui... Enfin bon, le rapport effets indésirables/amélioration guérison-bénéfice n'est pas forcément favorable. »
- « Donc je dirais qu'à la limite, je dirais après tout, si la médecine classique ne leur fait pas d'effet... Bon après tout s'ils peuvent trouver un soulagement ailleurs, pourquoi pas. »
- « Je vous dis c'est quand on arrive pour des choses dont nos connaissances ne suffisent plus, et pour lesquelles on n'arrive pas à soulager quelqu'un. »
- « Ça nous évite de leur faire faire une IRM Toutes les 5 minutes. C'est un des biais de la médecine classique. »
- « Donc le fait qu'il y ait un autre recours : ça peut être certes d'envoyer chez un autre spécialiste mais tout est débordé. Et le fait qu'il y ait cette voie là je pense que c'est très utile. »
- « Au niveau de l'antalgie. Effectivement ça permet d'économiser des antalgiques. Sur les douleurs post zostériennes, ça peut vraiment améliorer les choses sans avoir le côté iatrogène. »

Le guérisseur aussi doit **connaître ses limites**. Il doit **rester cohérent** dans sa manière de **prendre en charge le patient sans le mettre en danger**. Il doit également **respecter la prise**

en charge initiée par le médecin en première intention. Il ne donne **ni conseils médicaux, ni diagnostic**. Ils peuvent par contre explorer **le champ psychologique du patient et leur donner des conseils d'hygiène de vie**. Et enfin, les médecins jugent nécessaire comme pour eux, de passer la main lorsque la situation où les connaissances les dépassent. Dès lors qu'un guérisseur se connaît bien et se fixe ces règles, le médecin considère qu'il peut devenir utile.

- « Le guérisseur, je n'ai pas de problème avec lui du moment où il reste à sa place. »
- « A partir du moment où le guérisseur reste cohérent dans sa façon de prendre en charge son « patient », la personne en tout cas, et ne lui inculque pas des idées qui pourraient être dangereuses pour le patient, je n'ai pas un discours de dénigrement face à cette volonté des patients d'aller voir quelqu'un d'autre pour se faire aider. »
- « Que chacun reste dans son rôle aussi, c'est toujours pareil. S'il y a quelqu'un qui est un grand marabout et qui va expliquer ce qu'il faut faire et qu'il faut arrêter tel traitement et qu'il est fermé à la discussion, ça n'apportera rien. »
- « Alors si c'est psychologique et que ça fonctionne moi il n'y a pas de souci. Ils peuvent continuer. Si après ça devient médical et que le guérisseur ne sait pas faire, il faut qu'il renvoie la balle. »
- « Alors y'en a qui sont très très habiles parce que je pense qu'ils connaissent bien leurs limites... Font pas trop de dégâts ou pas du tout et connaissent leurs limites et nous arrangent bien des choses. »
- « Voilà donc après ce qui ne nous arrange pas ou ce qu'ils ne savent pas faire, certains de le savent et disent « bon ben là tu vas voir ton médecin » et... Moi je ne fais rien du tout, voilà. »

V.3.6.5. Types de pathologies « autorisés »

Les médecins sont ouverts au potentiel qu'apporte ce nouvel intervenant mais y sont davantage favorables **suivant les pathologies** ; point qui sera développé ultérieurement.

- « Si psychologiquement ça peut les aider, alors très bien. »
- « Les gens qui sont en phase terminale, je veux bien ça les aide à vivre. »
- « Ça fait partie des choses à essayer, ça dépend des pathologies. Si ça peut les aider. »

A l'inverse, dès que le pronostic vital est affecté, comme dans les prises en charges oncologiques, les médecins s'avèrent très méfiants d'un détournement de la médecine classique. Et ceci chez des personnes fragiles voire crédules tant l'espoir d'un mieux-être suscité est grand. **Plus la pathologie est grave ou lourde, plus les médecins sont attentifs aux pratiques des guérisseurs.**

- « Qu'il n'y a pas de danger médical, qu'il n'y a pas de cause donc pas de danger médical à envoyer quelqu'un qui n'aurait pas la formation médicale et donc là on peut conseiller d'autres techniques. »
- « On ne va pas traiter n'importe quoi. Je ne vais pas attendre qu'un patient qui a une pathologie grave, là je ne serais pas forcément d'accord que le patient aille voir un guérisseur à la place d'un oncologue. »
- « Là où ça dérape franchement c'est lorsqu'ils s'attaquent à des pathologies lourdes et qu'ils n'ont pas simplement l'ambition de soulager les gens mais de les guérir. On voit des gens qui sont quand même détournés de certains cancers. »

- « Les gens qui sont en phase terminale, ils font ce qu'ils veulent et on ne peut que les encourager à aller où ils veulent. C'est évident. Je ne pense pas qu'un médecin vous dira l'inverse. »
- « Je ne suis pas tout à fait contre non plus... Mais ça peut être une approche dans certains cas un peu particuliers. Ça dépend pour quel type de maladie grave. »
- « A partir du moment où les gens ont des pathologies fonctionnelles ou dites comme telles, où il n'y a pas de substratum anatomoclinique, où de toute évidence c'est de la psychopathologie parce que les pathologies fonctionnelles c'est de la psychopathologie et c'est compliqué, ça modifie ma prise en charge. »
- « Je ne le fais que dans certains cas de pathologies, pour certaines étiologies aussi, où le côté psychosomatique est néanmoins très important. »

La non-opposition du médecin est donc ponctuée de conditions : chacun doit garder sa place et connaître ses limites. Le guérisseur ne doit pas remettre en cause la prise en charge médicale initiée. Le médecin n'est donc pas en opposition farouche mais en sauvegarde de son savoir et de son savoir-faire. Il le laissera agir s'il se considère dans une impasse de soins.

V.4. Analyse matricielle

V.4.1. Thématique et classification

Cette analyse a permis secondairement de faire émerger des références plus ou moins nombreuses en fonction des attributs des médecins. En suivant globalement le même schéma que celui des résultats encodés, la matrice nous apporte quelques notions complémentaires.

Selon le tableau suivant, la déstabilisation touche prioritairement les répondants masculins exerçant en milieu rural et n'ayant jamais eu d'expérience auprès d'un guérisseur. En comparaison, une implantation urbaine était plutôt protectrice vis-à-vis des tabous et du malaise quant à la thématique.

Tableau 10 : Références émergentes sur la thématique et le tabou en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme
1 : sujet complexe et vaste	1	2	3	0	2	1	0	3	1	2
2 : tabou	1	3	2	1	4	0	1	3	3	1
3 : thématique déstabilisante	10	9	9	9	5	14	7	12	7	12

La volonté de classifier les guérisseurs est largement exprimée au travers des entretiens, notamment chez les sujets masculins exerçant en MSP et en secteur rural. Les notions auxquelles sont ensuite reliée la notion de guérisseur sont variées comme l'encodage l'a déjà montré. Ainsi, il ne ressort pas particulièrement de classification plus usitée que d'autres. A noter toutefois que se dégage légèrement la notion de pratiques qualifiées de complémentaires, au détriment des classiques médecines alternatives et parallèles.

Tableau 11 : Références émergentes sur la tentative de classification du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme	K : 23 entretiens:ty pe d'installation = seul	L : 23 entretiens:ty pe d'installation = MSP	M : 23 entretiens:ty pe d'installation = groupe
1 : volonté de classification	14	10	15	8	11	13	8	16	6	18	1	16	7
2 : questionnaire sur classification guérisseur	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
3 : guérisseur = médecine non académique	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
4 : guérisseur = médecine traditionnelle	3	0	0	0	3	0	0	3	0	3	0	3	0
5 : guérisseur = méthodes non conventionnelles	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
6 : guérisseur = pratique traditionnelle populaire	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
7 : guérisseur = une médecine différente	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1
8 : guérisseurs = médecines alternatives	3	2	4	1	3	2	1	4	3	2	1	3	1
9 : guérisseurs = médecines parallèles	4	0	4	0	4	0	3	1	0	4	0	4	0
10 : guérisseurs = pratiques complémentaires	4	2	0	6	0	6	3	3	3	3	0	2	4

V.4.2. Son action

Les références au soulagement et à l'aide du patient sont les plus nombreuses quant à l'action du guérisseur. Les hommes implantés en rural sans expérience personnelle au contact de guérisseur ont particulièrement soulevé ce point. L'ultime objectif de guérison apparait par contre relativement peu de fois et est relevé principalement par les médecins exerçant en zone rurale.

Tableau 12 : Références émergentes sur l'action du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme
1 : guérisseur = aide à mieux vivre	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
2 : Aide	4	6	5	5	3	7	1	9	5	5
3 : prise en charge globale	3	0	0	0	3	0	0	3	0	3
4 : soulager le patient	13	9	10	12	7	15	7	15	9	13
5 : accompagnement du patient	3	0	0	3	0	3	1	2	1	2
6 : guérisseur guérit	5	4	4	3	6	3	2	7	4	5

V.4.3. Un soignant ou non

Quelques références ont été faites à la notion du soin dans les pratiques de guérissage. Quels que soient les attributs, le caractère non soignant du guérisseur revient de façon régulière, ce qui est beaucoup plus disparate pour la référence « guérisseur soignant ». Il est défini comme tel par des médecins ayant déjà eu avec lui une relation interpersonnelle, implantés en milieu rural. L'équivalence médecin-guérisseur est quant à elle bien plus discrète.

Tableau 13 : Références émergentes sur le caractère soignant ou non du guérisseur en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme
1 : guérisseur = médecin	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1
2 : guérisseur soignant	4	8	7	3	9	3	3	9	5	7
3 : guérisseur = thérapeute	4	1	1	4	1	4	2	3	2	3
4 : guérisseur = thérapeute manuel	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
5 : guérisseur non médecin	3	3	1	5	3	3	3	3	3	3
6 : guérisseur non soignant	5	2	2	5	3	4	4	3	3	4

V.4.4. Psychologie et croyance

La référence à l'esprit dans le cadre du guérissage est apparue de manière régulière. On remarque un attrait de cette orientation pour des médecins généralistes ayant déjà de l'expérience d'après les tranches d'âges (45-74 ans). Le placebo est également repris par le panel. Paradoxalement, les notions de psychologie et de placebo ressortent davantage des répondants ayant une activité non conventionnelle associée, sans avoir forcément déjà croisé la route d'un guérisseur sur le plan personnel.

Tableau 14 : : Références émergentes sur la notion de psychologie en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme	K : 23 entretiens:âg e = <30ans	L : 23 entretiens:âg e = 30-44ans	M : 23 entretiens:âg e = 45-59	N : 23 entretiens:âg e = 60-74 ans
1 : psychologie	5	2	4	3	2	5	4	3	4	3	0	2	2	3
2 : Psychothérapie	3	0	0	3	0	3	0	3	0	3	0	0	3	0
3 : conscience d'un effet psycho-somatique	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
4 : emprise psychologique	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
5 : manipulation psycho-somatique	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1
6 : placebo	5	0	3	2	3	2	2	3	2	3	0	2	3	0
7 : renforcement effet placebo	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1

Le domaine ésotérique fait l'objet d'une dichotomie de sexe. La croyance est extrêmement récurrente dans les argumentaires et véhiculé essentiellement par des homologues masculins, tout comme le pouvoir et le qualificatif de magicien. A l'inverse, le don est davantage soulevé par des femmes lors des entretiens.

Tableau 15 : Références émergentes sur le mystère du guérisseur et la croyance en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme
1 : pouvoir du guérisseur	1	8	8	1	2	7	2	7	2	7
2 : guérisseur = aura	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
3 : mysticisme	3	5	6	2	5	3	1	7	3	5
4 : croyance	11	9	9	11	11	9	10	10	4	16
5 : guérisseur = don	5	4	7	2	4	5	3	6	9	0
6 : guérisseur = magicien	2	4	2	4	6	0	4	2	0	6
7 : importance du mystère mysticisme	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1

V.4.5. Méfiance et dangerosité

La méfiance en tant que telle s'est largement retrouvée dans la capacité du guérisseur à démontrer une dangerosité potentielle. Les références ont été nombreuses à cette dernière et ont émané principalement des médecins hommes ruraux. Ce sont également eux qui remettent en doute l'efficacité de l'action du guérisseur. Il est à noter la part non négligeable de références au non-charlatanisme venant de médecins croyants.

Tableau 16 : Références émergentes sur la notion de méfiance et de dangerosité en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme	K : 23 entretiens:âg e = <30ans	L : 23 entretiens:âg e = 30-44ans	M : 23 entretiens:âg e = 45-59	N : 23 entretiens:âg e = 60-74 ans
1 : efficacité mise en doute	2	3	3	2	2	3	0	5	1	4	1	0	2	2
2 : méfiance	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2
3 : guérisseur fait peur	2	0	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2
4 : charlatan	13	10	8	12	11	12	10	13	9	14	1	5	12	5
5 : dangerosité possible	11	7	8	10	7	11	4	14	7	11	0	7	7	4
6 : Guérisseurs diagnostiqués = danger	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	0	2	1	2
7 : non charlatan	5	0	1	1	4	1	0	5	0	5	0	1	4	0

V.4.6. Habitudes de recours

La catégorie qui s'avère assez unanime est celle des médecins homme sans activité non conventionnelle, non croyants et n'ayant jamais expérimenté de guérissage. Elle fait part de l'absence de recours conseillé aux patients vers des guérisseurs. L'absence de conseil de poursuite et de contact avec les guérisseurs est significative et homogène sur l'ensemble des attributs. La technique du bouche-à-oreille évoquée est celle entre patients de manière majoritaire, et dans une mesure bien moindre celle entre médecin et patient. La connaissance des outils de communication est meilleure chez les médecins associant une activité non conventionnelle et évidemment chez ceux ayant déjà eu recours aux guérisseurs pour des motifs personnels.

Tableau 17 : Références émergentes sur les habitudes de recours aux guérisseurs des médecins généralistes en fonction de leurs attributs.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme	K : 23 entretiens:âg e = <30ans	L : 23 entretiens:âg e = 30-44ans	M : 23 entretiens:âg e = 45-59	N : 23 entretiens:âg e = 60-74 ans	O : 23 entretiens:ty pe d'installation = seul	P : 23 entretiens:ty pe d'installation = MSP	Q : 23 entretiens:ty pe d'installation = groupe
1 : absence de conseil d'une rencontre	4	13	4	12	5	12	10	7	4	13	1	4	9	3	6	5	6
2 : Absence de conseil de poursuite	3	3	2	3	3	3	3	3	0	6	0	1	4	1	2	3	1
3 : absence de contact avec guérisseurs	6	8	6	7	4	10	7	7	6	8	1	2	5	6	5	6	3
4 : Absence outils de contact avec les guérisseurs	2	10	4	8	4	8	5	7	3	9	1	2	5	4	4	3	5
5 : absence de nomination de guérisseurs	6	4	6	3	5	5	3	7	5	5	0	4	4	2	1	6	3
6 : bouche à oreille entre patients	10	10	9	10	6	11	7	13	8	12	0	8	8	4	2	10	8
7 : bouche à oreille entres médecins	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
8 : bouche à oreille médecin patient	4	4	3	5	4	4	2	6	2	6	1	1	4	2	2	4	2
9 : connaissance d'un réseau officier	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
10 : connaissances des outils	6	1	3	2	5	2	3	4	2	5	0	1	6	0	0	6	1
11 : nomination des guérisseurs	2	3	2	3	1	4	0	5	3	2	2	1	1	1	0	3	2
12 : propose recours aux guérisseurs	1	3	4	0	4	0	0	4	3	1	0	1	3	0	0	3	1

V.4.7. Souhait relationnel et curiosité

Beaucoup relèvent une absence de relation et parfois même d'une absence de volonté relationnelle avec les guérisseurs. Mais certains médecins semblent curieux d'en savoir un peu plus à leur sujet comme la partie masculine rurale du panel. Le manque d'occasion d'un contact ou l'absence de croyance ne semblent pas être un frein à cette curiosité, bien au contraire. Le fait d'adopter une activité non conventionnelle en est aussi une des caractéristiques.

Tableau 18 : Références émergentes sur le souhait relationnel en fonction des attributs des médecins généralistes.

	A : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = oui	B : 23 entretiens:ac tivité non conventionne lle associée = non	C : 23 entretiens:cr oyances religieuses = oui	D : 23 entretiens:cr oyances religieuses = non	E : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = oui	F : 23 entretiens:ex périence personnelle auprès d'un guérisseur = non	G : 23 entretiens:im plantation = urbaine	H : 23 entretiens:im plantation = rurale	I : 23 entretiens:se xe = femme	J : 23 entretiens:se xe = homme
1 : Absence relation guérisseur-médecin	8	13	8	13	7	14	11	10	6	15
2 : Absence d'une volonté relationnelle	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1
3 : curiosité envers les guérisseurs	5	2	0	5	2	5	2	5	2	5
4 : souhait d'ouverture à une discussion	1	1	0	2	0	2	0	2	1	1
5 : souhait d'une relation médecin guérisseur à l'initiative du guérisseur	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
6 : relation médecin guérisseur souhaitée selon affinités	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0
7 : utilité relation guérisseur médecin	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0

VI. Discussion

VI.1. Validité interne

Le choix de la méthode qualitative a semblé être le plus adapté pour l'étude des comportements des médecins généralistes libéraux vis-à-vis des guérisseurs. Il permet d'explorer des expériences personnelles, le ressenti des répondants ou des comportements(90) ou encore des phénomènes non quantifiables comme des représentations sociales. Ce sont ces dernières qui guident notre vie psychique au sein de notre environnement. Elles se décomposent en un aspect social constitué ou processus, et un aspect social constituant ou contenu(91). Elles se définissent par « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* »(92). Notre objectif de les collecter au travers d'entretiens semi-dirigés car ces représentations sociales « *circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels ou spatiaux* »(93). Recueillir l'expérience des médecins généralistes, auprès d'eux même ou auprès de leurs patients, était primordial car de celle-ci naissent les représentations sociales(94) et les connaissances que nous explorons dans cette étude. L'accès à ce savoir peut permettre de comprendre les logiques psychosociales et relationnelles sous-jacentes dans la situation qui nous occupe aujourd'hui.

L'échantillon de 23 médecins généralistes interrogés ne permet pas de faire émerger une représentativité du corps médical libéral en Limousin. Mais ce n'est pas non plus l'objectif d'une étude qualitative car elle recherche une diversité de profils pour répondre le plus largement à l'objectif principal. L'étude a été arrêtée à saturation des données, sans seuil d'un nombre de sujet nécessaire.

La méthode de l'entretien semi-directif assorti d'une analyse qualitative 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.

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

- Le codage du verbatim en double aveugle : ce procédé a été respecté car le premier entretien a été codé en double aveugle avec mes co-directeurs 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 : le statut de médecin généraliste libéral, l'exercice sur le territoire Limousin et leur accord pour l'entretien.

Cependant la méthode qualitative est vectrice de biais :

- Un biais de sélection : Afin de ne pas retranscrire des réponses convenues et préparées, seule la thématique des médecines alternatives avait été énoncée avant l'entretien. L'évitement de ce biais a probablement davantage accentué cet effet de surprise. Quelques médecins ont avoué que s'ils avaient eu connaissance de l'enregistrement lors du contact par email et non en arrivant à leur cabinet, ils auraient refusé la rencontre sur ce sujet. Cependant, si le biais de sélection par explication de la thématique exacte avant l'entretien a été évité, il n'en reste pas moins certain que les répondants avaient connaissance de la thématique globale des médecines alternatives. Il semble impossible de ne pas le faire figurer dans les demandes d'entretiens par mail. Il est donc possible qu'une proportion du panel ait répondu favorablement à ma sollicitation par affinité avec la thématique. Par ailleurs, il semblait important de rencontrer uniquement les médecins qui avaient du temps à consacrer à cet entretien dans la mesure où la recherche qualitative semble plus efficace lorsque le médecin est à l'aise et livre son avis le plus large possible. C'est pourquoi le recrutement de proche en proche a semblé la meilleure solution. Les réponses positives via le mailing des maîtres de stage universitaires ont été bien moindres qu'avec le fonctionnement de proche en proche. Mais cela a permis de recruter des médecins parfois bien plus éloignés de mon réseau habituel. Le recrutement effectué a donc permis de rencontrer les médecins généralistes de manière plus efficace mais de manière probablement plus dirigée.
- Un biais d'intervention : lors des entretiens, il est arrivé que la discussion s'égaré 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 probablement 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.
- 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, il existe un biais d'interprétation qu'il a fallu limiter par le codage en double aveugle, qui ne montrait pas de réelle discordance.

VI.2. Validité externe

VI.2.1. Une thématique d'abord difficile

Les guérisseurs constituent un sujet vaste lequel complexe pour les répondants et aurait même nécessité selon certains un entretien prolongé avec questions plus précises et ouvertes. On constate qu'ils sont en difficultés sur la première réponse à donner au sujet de la définition du guérisseur. Leur silence et leur hésitation traduit un sentiment partagé entre méfiance, diplomatie, réelle interrogation, curiosité et méconnaissance. Ils se sentent parfois même pris au piège sur un sujet non maîtrisé, car pour certains, l'opacité lexicale du mot reste entière.

La classification du guérisseur est le point épineux central qui n'est souvent pas tranché. La réaction du médecin est partagée entre rhétorique et réflexion à haute voix, en demande d'approbation de son interlocuteur. Il se pose la question de le classer soit dans les médecines conventionnelles, soit au niveau des médecines non conventionnelles, soit d'en faire une catégorie à part. Dans les articles parcourus, l'homéopathie, l'ostéopathie et les guérisseurs figurent dans les médecines non conventionnelles mais pas dans les mêmes sous-sections.

L'homéopathie comme la phytothérapie font partie des médecines douces, naturelles et alternatives quand les guérisseurs semblent plutôt n'appartenir qu'à cette dernière sous-section des médecines alternatives(17). Par contre, l'ostéopathie est répertoriée suivant sa technique dans les méthodes manuelles. Il semble que ce *melting-pot* de terminologies et de semi-classification, reposant sur le ressenti de la pratique, soit si subjectif que chacun s'y perde et l'adapte à sa manière. Au final, l'opacité lexicale rend la thématique des guérisseurs déstabilisante et déroutante. Le sujet est encore empreint d'un tabou provoquant une autocensure naturelle et prudente du panel. Devant le manque de classification officielle, les généralistes y vont de leur propre appréciation. Ils associent parfois des guérisseurs à l'ostéopathie, à l'homéopathie, ou à la naturopathie.

Par ailleurs, cette difficulté à définir les guérisseurs relève en partie du tabou qu'il suggère dans l'esprit des médecins. L'univers mystique et légendaire(4) qui lui est accolé en fait un personnage de l'ombre. Tout ceci est bien difficile à appréhender pour des personnes rompues à un exercice officiel, EBM et académique de la médecine. La thèse de M-A. Bousquet, *Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, a fait ressortir une certaine vigilance des médecins à appliquer les recommandations, et à recourir à la méthode EBM, lorsque cela est possible(95).

VI.2.2. Un guérisseur, c'est...

VI.2.2.1. Un personnage ancestral

Pour les médecins, un guérisseur est un personnage empreint de magie aux connaissances ancestrales. Il est totalement intégré à son histoire depuis des millénaires et occupe une place dans chaque civilisation. Son origine historique apparaît selon J-P. Malaval à partir de l'an 600 après J-C.(96). Mais il est probable que, dans toute société, s'est fait ressentir le besoin de restaurer un état de santé. Les maux et les affections sont aussi anciens que les Hommes. Dès les premières civilisations de protomédecines (archéo et paléomédecines), la maladie est considérée comme surnaturelle et est combattue par des procédés magico-religieux(31), d'où cette vision historique d'un besoin planétaire.

VI.2.2.2. Un personnage doté d'un cadre favorisant

Actuellement une mouvance vers des solutions de soins non conventionnelles s'opère. Le monde médical constate un retour à des valeurs de soins plus globalisantes avec une prise en charge corps-esprit réclamée par la patientèle. Ce type de prise en charge est forcément plus chronophage. Il est à noter que le temps alloué à une consultation par un médecin généraliste aujourd'hui est de 16 à 17 minutes(97)(98). Ceci ne laisse donc pas la possibilité d'étendre la discussion avec le patient à l'ensemble des champs de soin.

« *Nous on ne peut pas faire grand-chose, (...) on n'a pas le temps d'écoute.* » (Verbatim)

Les guérisseurs quant à eux ont une durée moyenne de séance comprise entre 30 à 60 minutes(99). Toutefois selon le manifeste d'ethnopsychiatrie de T. Nathan, le guérisseur n'écoute pas, bien au contraire. Il interroge l'invisible et non le malade (faisant notamment référence aux techniques de divination des guérisseurs africains) s'opposant naturellement à

toutes les méthodes de diagnostic(100). Une opinion d'un psychiatre qui va à l'encontre de l'ensemble des constatations actuelles.

Par ailleurs, le guérisseur s'inscrit dans un décorum dont font partie le rituel, une technique propre et un cadre favorisant. Il s'inscrit dans une logique non médicale au sens où il ne fait pas appel aux outils de la médecine conventionnelle : ni pharmacopée, ni médicament. Leur principale faculté reste l'écoute, qu'il intègre à la globalité de leur soin. Elle permet une aide psychologique en plus du soulagement douloureux ou de l'amélioration des symptômes physiques.

VI.2.2.3. Une alternative, un complément

Par ailleurs, La médecine conventionnelle fondée sur l'empire de l'EBM n'apparaît plus comme l'unique outil de soin mais comme une solide base de référence. La focalisation d'un médecin sur sa propre médecine officielle et académique est prise comme une attitude égocentrée doublée d'une étroitesse d'esprit par certains confrères.

« La posture de médecin dans son piédestal qui ne veut rien entendre d'autre qu'une médecine rationnelle, une médecine par les preuves et si et ça et le reste... Pour moi cela n'a aucun sens. » (Verbatim)

Son impuissance et sa saturation sont également pointées du doigt par les médecins et leurs patients. Face à ce contexte, l'augmentation du recours aux médecines non conventionnelles depuis maintenant plusieurs décennies(20)(19) a fait prendre conscience aux médecins qu'il devenait important pour eux d'en tenir compte. Ses objectifs restent la guérison du patient et son accompagnement vers un mieux-être. Les médecins voient, en ces nouvelles possibilités, une complémentarité de leur exercice, ce dernier servant de socle à toute prise en charge. A noter que la possibilité d'un accompagnement par un guérisseur est mieux accueillie par le panel qu'une prise en charge faite uniquement par un guérisseur. L'idéal pour les médecins est qu'il vienne s'adosser à la prise en charge établie sans empiéter sur leur rôle et cette idée les rassure.

VI.2.2.4. Un personnage émergent hors des problématiques du système de santé

L'expression « crise de confiance » révèle assez bien le climat parfois tendu avec les patients et les guérisseurs eux-mêmes. Les patients ont de moins en moins confiance en leur médecin qu'ils considèrent à la botte des laboratoires pharmaceutiques. Pourtant à l'heure actuelle, la confiance envers son généraliste est plutôt bonne comme en témoigne la thèse de J. Rossignon réalisée en 2017(101):

« 57% des patients ont une confiance élevée envers leur médecin généraliste. Plus de 60% des patients considèrent très bon leur médecin généraliste concernant le dévouement, le professionnalisme, l'organisation, les prescriptions, l'écoute. 56 % des patients considèrent que leur médecin ne leur propose jamais d'alternative thérapeutique et 46 % jamais d'alternative de suivi. »

Cet état des lieux plutôt favorable laisse malgré tout supposer des pistes d'amélioration car le principal reproche des patients est de ne jamais se voir proposer d'alternative thérapeutique ou de suivi. Par ailleurs depuis 2013, le décret demandé par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) afin de supprimer l'octroi d'avantages illicites aux médecins et aux pharmaciens, est un pas notable vers une meilleure neutralité médicale(102).

Les patients ont également peur d'une iatrogénie potentielle en lisant les notices des médicaments. De plus, l'humain n'étant pas uniforme, la variabilité interindividuelle rend la pharmacocinétique et la biodisponibilité plus complexes. Pour être commercialisé, un médicament va avoir deux priorités pour l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) : son efficacité et sa faible iatrogénie. Il n'y a jamais eu autant de contrôles qu'à l'heure actuelle dans toutes les phases du processus médicamenteux. On pourrait croire déceler un paradoxe dans le développement de la méfiance des individus à l'égard des médicaments, voire de l'industrie pharmaceutique qui les produit, alors même que, parallèlement, on constate l'accroissement du nombre de dispositifs de surveillance de l'innocuité des médicaments. Les scandales sanitaires de certains traitements qui ont fait les gros titres plusieurs fois en 30 ans font le lit de cette réaction de rejet selon l'anthropologue S. Fainzang :

« Qu'il s'agisse de l'Uvestérol D® (dont l'administration a entraîné la mort d'un nourrisson), du Docétaxel® (qui a été à l'origine de quatre cas de choc septique dont trois mortels), de la Dépakine® (dont les effets foeto-toxiques et tératogènes ont entraîné des malformations congénitales graves), ou d'autres encore, un nombre certain de médicaments ont été dénoncés pour leurs effets indésirables graves, et pour les risques auxquels ils exposent les usagers »(103).

La diabolisation médiatique du médicament influence le positionnement des individus. Plus le degré de méfiance et de crainte soulevé est important, plus le scandale sanitaire est grand. De cette distanciation entre médecin et guérisseurs, se tisse une relation entre le guérisseur et son patient naissant de cette perte de confiance et de cette quête d'espoir.

VI.2.2.5. Un personnage troublant car non uniformisé

De leur côté, les médecins ont une confiance toute relative dans les guérisseurs en raison de l'aspect financier associé à des pratiques qu'ils considèrent comme litigieuses. Car si la tradition veut que le guérisseur ne perçoive aucune rémunération, la pratique de certains semble bien différente. Une étude qualitative suisse rapporte un coût d'une séance compris entre 50 et 150 euros, conversion faite, chez les praticiens manuels (magnétiseurs, radiesthésistes, rebouteux)(99). La capacité de faire croire en eux grâce à une aura communicationnelle apparaît également comme potentiellement dérangeante. D'autant plus qu'ils « s'autodéterminent » en tant que guérisseur sans formation académique. Toutefois, la notion de « formation » diffère selon les médecins. Certains l'entendent comme la seule source facultaire d'apprentissage, que n'ont pas les guérisseurs. Ils possèdent malgré tout quelques connaissances anatomiques jugées un peu fantaisistes et ont une curiosité pluridisciplinaire, transversale. D'autres en revanche entendent par formation le guidage du don par un savoir et un savoir-faire propre à leur type de guérissage : le compagnonnage. C'est ce qu'a observé C. Chalverat dans son court-métrage documentaire présenté lors de la

5^{ème} biennale de l'éducation et de la formation *Le don redonné, un lignage de guérisseurs* qui retrace l'itinéraire d'un guérisseur jurassien, depuis sa maladie grave jusqu'à sa guérison par un vieux guérisseur. Ce dernier devient son initiateur et maître jusqu'à sa pratique autonome de l'art du « guérissage »(104). Il fait donc état d'un processus de transmission volontaire et interpersonnelle d'un don, qui va permettre d'en modérer l'utilisation. Parmi les guérisseurs, on observe même une volonté de ce qui s'apparente à un développement personnel continu (DPC) dans l'univers médical. A mi-chemin entre formation réelle et compagnonnage, une énergéticienne présente ainsi son opinion de supériorité d'une « formation pratique » sur la qualité du don possédé :

« ... ce qui est donc très important, ce n'est pas tant de disposer d'entrée de facultés extra psychiques ultra développées pour pouvoir transmettre de l'énergie, non. Ce qui compte, c'est le chemin de la formation, et nous sommes en apprentissage perpétuel »(105).

Elle prétend être la preuve que le guérissage ne nécessite pas spécifiquement de don mais que son énergie propre est suffisante pour libérer un magnétisme. On constate donc cette hétérogénéité sur des principes fondamentaux pour devenir un guérisseur, que sont le don ou la formation. Ce qui rend la tâche du médecin encore plus complexe, d'autant plus que le praticien tend souvent à développer de multiples facettes d'exercice.

VI.2.2.6. Un praticien pluridisciplinaire

Car en effet, les français vivent plus vieux. Ainsi en 2018, la part des plus de 65 ans a augmenté de 4,1 points en 20 ans, atteignant 19,6% de la population(106). Les progrès thérapeutiques ont contribué à considérablement améliorer l'espérance de vie(107). Cet aspect n'est pas apparu de façon explicite dans les verbatim, mais en raison de cette vie prolongée, les maladies chroniques ont émergé de manière massive. La recherche d'une vie dans les meilleures conditions possibles a sans doute favorisé la résurgence d'appel à des pratiques non conventionnelles de manière générale.

Les pathologies oncologiques sont elles aussi vectrices de cette recherche. Le recours aux guérisseurs peut aller jusqu'à 80% selon un médecin pour ce qui est de la prise en charge en oncologie pédiatrique :

« Alors j'ai fait de la cancérologie. Et un patient sur deux qui a un cancer, va voir un guérisseur. Et quand c'est un enfant, c'est 80%. Ce sont des statistiques. » (Verbatim)

Il était intéressant de vérifier cette donnée parmi la littérature scientifique. Dans une étude d'onco-pédiatrie française menée par V. Menut en 2019(108), 87% des enfants suivis sont répertoriés comme ayant eu recours à des médecines non conventionnelles lors de leur traitement initial. Le magnétisme en est une part significative avec 42,6% de recours (derrière l'homéopathie 50% et devant l'ostéopathie 31,5%). L'objectif premier chez l'enfant est l'atténuation des effets secondaires, ce qui était partiellement atteint avec 7,4/10 de satisfaction finale. Pour les adultes, le recours aux guérisseurs passe de 4% en population générale (109) à 29% pour les patients atteints d'un cancer(110). Ces proportions ont été regroupées dans une étude comparative de J. Dilhuydy dans le cas de cancers du sein en cours de surveillance ou de radiothérapie(111).

Tableau 19 : Étude comparative d'utilisation des MAC selon les séries récentes publiées de cas féminins de cancer du sein(111).

Auteurs	Ganz [44] (%)	Van de Creek [40] (%)	Dilhuydy à paraître (%)
Population	n = 763 (surveillance)	n = 112 (surveillance)	n = 200 (radiothérapie) 42,5
Régimes	61		34
Vitamines et oligoéléments	87	25	29
Phytothérapie	49	14	15
Essiac	15		
Travail du corps et massages		48	1
Chiropraxie		43	
Soutien psychologique	13	nd	5,8
Relaxation		21	21
Méditation	12		
Exercices physiques et spirituels			
Groupes de soutien	6	21	3,52
Prière		76	4,7
Guérisseur		29	27
Homéopathie			47
Acupuncture			7

Les maladies traitées ne s'arrêtent pas aux seules pathologies cancéreuses. Il y a une véritable démocratisation de l'exercice du guérisseur tant il devient confronté à des situations de plus en plus diversifiées. Sont recensées principalement des pathologies dermatologiques, rhumatologiques et orthopédiques. Toutefois, on retrouve une grande variabilité de type et de gravité, allant de la simple verrue au cancer en soin palliatif. Les troubles psychologiques sont également de plus en plus retrouvés. La notion de santé mentale est encore récente car elle était auparavant l'apanage des cliniciens(112). Mais dans le champ du guérissage, elle existe depuis bien longtemps auprès des désenvouteurs ou des exorcistes, soigneurs de l'âme et de l'esprit. Les troubles anxieux et les addictions sont apparus dans les verbatim. Il n'a par contre pas été fait mention des pathologies psychiatriques nécessitant un traitement plus lourd comme les troubles de l'humeur (bipolarité ou syndrome dépressif) ou les psychoses (troubles délirants et psychotiques, schizophrénie).

« Bah après, pour des arrêts de tabac. On a des gens qui effectivement... enfin certaines pathologies, les anxieux enfin tout ce qui est un petit peu. Enfin psy mais pas au sens psychiatrie lourde. » (Verbatim)

L'effet bénéfique sur les pathologies psychiatriques est admis de manière ancestrale et traditionnelle par l'existence même de « spécialistes de l'âme ». Les études actuelles se concentrent davantage pour mesurer taux de premier recours des patients allant soit chez leurs guérisseurs soit en consultation psychiatrique hospitalière. Ce premier taux est particulièrement important dans les zones de moindre développement socio-économique et où la culture du guérisseur est solidement ancrée comme certains territoires africains(113).

Les guérisseurs sont décrits comme ayant une logique de soins différente, assortis de techniques qui leur sont propres. Peu de références sont faites à ces techniques avec précision. Les médecins parlent du toucher et de l'apposition des mains. Au travers d'elles, ils résument les différents types de guérissements qu'ils observent le plus fréquemment : les coupeurs de feu, les rebouteux et les magnétiseurs. Parfois le lien entre pathologie et le guérisseur dont c'est le cœur de métier est confus. Un des médecins différencie par exemple les guérisseurs du zona et les coupeurs de feu :

« Pour des affections traditionnellement il y a les guérisseurs du zona. Voilà ça c'est la grande foule. Après il y a les guérisseurs de ceux qui s'intéressent au feu, qui enlèvent le feu par exemple. » (Verbatim)

Le répondant n'a pas été relancé sur ce point mais on pourrait également supposer qu'il côtoie des guérisseurs « surspécialisés » dans leur domaine d'activité. A l'inverse de la tendance de la pluridisciplinarité, rares sont les sources religieuses faisant état de Saints ayant une activité mono-pathologique. Par exemple, on remarque la référence à Saint Laurent, guérisseurs de brûlures ou de Saint Quentin, guérisseur de la coqueluche(114).

VI.2.2.7. Une particularité du Limousin

La particularité Limousine est bien de regorger de contes et de légendes ancestrales. Le lien est régulièrement fait entre la magie noire, la sorcellerie et les guérisseurs traditionnels. Les messes noires d'Ambazac et l'aspect magico religieux historique du Berry, tendent à renforcer l'intégration des guérisseurs sur ce territoire(115).

Malgré les allusions des médecins à des études locales sur les messes noires d'Ambazac, aucun document de ce type n'a été trouvé. Seules des références littéraires multiples aux sorciers du Berry et au curé de Pageas(87) ont été répertoriées.

On y rencontre également *« une singulière galerie de guérisseurs, tel le curé de Pageas (Haute-Vienne) ou la jeteuse de sort de Meyssac (Corrèze), mais encore des bêtes, des plantes, des fontaines aux pouvoirs magiques. »(116).*

En somme, le tableau dépeint par les médecins généralistes fait état d'un personnage intégré depuis des millénaires sur le territoire limousin. Qu'ils soient transmis ou révélés, son don et ses connaissances en font un personnage atypique, hors du champ de la médecine conventionnelle. Son aide extérieure peut s'avérer précieuse pour le patient comme pour son

médecin. Mais si leur objectif ultime commun est de tendre vers une guérison, le médecin et le guérisseur n'en demeurent pas moins opposés sur de nombreux points.

VI.2.3. Deux protagonistes en opposition

VI.2.3.1. Entre magie et rationalité

Des médecins revendiquent leur différence avec les guérisseurs. Ils n'ont pas de don magique ou reçu du ciel mais un talent(117) et un art de faire. Ils réfléchissent selon des connaissances scientifiques établies, dont leurs protocoles ont médicalement fait leur preuve. Ce sont donc des personnages pragmatiques, rationnels et cartésiens.

« Alors pour le **rationnel** que je suis : niveau de preuve égal à zéro. Donc à partir du moment où il n'y a aucune preuve d'efficacité de ça, il n'y a aucune recommandation d'utilisation de ma part. »

« Je pense même s'il n'y a pas de preuves scientifiques, on reste quand même très **cartésien**, en tout cas dans notre métier. »

« Alors, en étant quand même **pragmatique**, c'est à dire qu'il y'a un bilan qui est fait. »
(Verbatim)

L'anthropologue et expert en santé publique J-D. Michel a écrit à ce sujet dans son livre *Chamans, guérisseurs, médiums : les différentes voies de la guérison*. Pour lui, le cartésianisme, tyrannique, est une forme de totalitarisme intellectuel ayant une idéologie de la connaissance(118). Il les considère comme sourd au réel et à l'imaginaire alors que ce dernier a su guider certaines expérimentations scientifiques. Selon lui, une personne cartésienne et rationnelle ne peut accéder à une explication de la globalité de l'être, comme l'explication des rêves ou des autres méandres du subconscient par exemple. Il défend enfin une vision non uniquement rationnelle et objective mais remplie d'affects, de connotations, de représentations et de résonances qui constitue le cœur de l'expérience humaine.

Allant dans le même sens, le psychiatre T. Nathan se retrouve en contradiction avec notre panel et l'opinion générale en abordant la notion de rationalité qui est associée à notre médecine académique par notre échantillon. Il énonce que la médecine conventionnelle n'est pas rationnelle mais qu'elle se caractérise davantage par son empirisme. Pour lui, « *le thème de la rationalité sert à combattre les autres techniques de soin* »(100). Son ouvrage offre une nouvelle manière d'envisager les différentes médecines. Et d'après Malinowski B., la magie ne s'oppose pas non plus à la science médicale mais ritualise « l'optimisme humain ». Il sert à conforter sa foi en la victoire de l'espoir sur la peur. Pour lui la magie est présente dans la médecine, mais cachée. Car elle est intrinsèque à l'interventionnisme médical et à cette ritualisation de la rencontre(119).

Mais les médecins de notre étude s'avouent incompetents pour gérer les troubles d'origine non psychiatrique, traitant de la croyance ou de la magie. Ils ont par contre une responsabilité médicale vis-à-vis de leurs prises en charge, de leurs diagnostics ainsi qu'une obligation de moyen.

« Le médecin demeure cependant tenu à une obligation de moyens et non de résultat, de soins et non de guérison. »(120)

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les médecins jugent les guérisseurs sur la présence ou l'absence d'efficacité, donc une obligation de résultats, contrairement à ce qu'impose la pratique médicale : une obligation de moyen. Mais est-il vraiment possible de comparer ces deux protagonistes ? Selon J. Léonard, la lutte entre guérisseurs et médecins fait apparaître une incompatibilité ubuesque d'association de la faculté de guérir avec son titre.

« Dans le peuple, ce n'est pas le titre mais la réussite qui fait la différence. On devine même un jugement de valeurs, à front renversé, comme si les médecins ne guérissaient pas souvent. »(121)

Il pointe ainsi du doigt l'obligation de moyen comme un moyen de protection et de dissimulation des failles de l'efficacité médicale.

Partant de ces observations, le rôle de soignant ne peut incomber à des personnages ancrés dans l'irrationnel et le non-prouvé. Le guérisseur ne doit émettre ni diagnostic ni proposer la réalisation d'examen complémentaires, qui sont des missions médicales. Pilier de la médecine conventionnelle, il semble donc y avoir en pratique un gap semblant infranchissable vis-à-vis des guérisseurs.

VI.2.3.2. Une dichotomie même entre guérisseurs

Et même au sein des guérisseurs s'opère une dichotomie naturelle selon leur âge. En effet, les médecins ont remarqué une modernisation des pratiques de guérisseurs. Les vieux guérisseurs correspondent à l'image traditionnelle décrite plus haut du personnage rural, intégré, avec pour seule publicité le bouche à oreille, ne fixant pas de souhait de rémunération.

A. Julliard le résume ainsi dans son étude traitant du don du guérisseur :

« Devenir guérisseur ne relève ni d'un désir économique de profit ni d'un souci de promotion sociale car la contrainte de la pratique qui même pour un seul don possédé est loin d'être occasionnelle représente une lourde charge dans l'emploi du temps des polyagriculteurs éleveurs de notre étude. »(122)

Le jeune guérisseur est ce personnage récent plus médiatisé et recherchant une similarité d'exercice avec l'univers médical. Il exerce dans un bureau professionnel et non chez lui dans le cadre d'un véritable statut entrepreneurial(4), il fixe ce que l'on peut appeler des honoraires selon le soin et il recherche une visibilité géographique plus étendue. Ces derniers s'exposent davantage sur des sites internet soit en publicité soit sur une page permanente dédiée à leur activité. L'utilisation de ces nouvelles technologies augmente la visibilité de leur don et fait tomber tout tabou de sujet et d'accessibilité.

VI.2.3.3. Nous sommes tous des guérisseurs

Le guérisseur moderne pour les médecins généralistes n'est pas celui que l'on croit :

« Il [le guérisseur] a pris une forme moderne qui s'appelle le médecin. » (Verbatim)

Car même s'il revendique cette absence d'égalité statutaire, il se considère aussi comme un guérisseur moderne dans le sens où il exerce même sans don une aura sur son patient. Il est donc amené par des processus communicationnels à exercer un « pouvoir » sur son patient. Parmi ses aptitudes communicationnelles, on distingue la conviction, l'argumentation, et le statut qu'il occupe (posture et environnement de l'exercice). Si l'on en croit A. Kleinman, le fait d'informer et d'expliquer au patient les tenants et aboutissants d'une maladie et du processus de guérison permettent de réduire l'anxiété et les troubles dépressifs générés par la pathologie(123).

M-C. Bourdon s'est penchée sur la question dans son étude anthropologique *Le médecin est-il un guérisseur ?* menée sur les cliniciens exerçant à Montréal. Elle en conclut que cette interrogation n'a pas de réponse binaire évidente mais qu'il faut d'abord saisir précisément la définition du terme de guérison pour chacun(117).

« Chez les Yolmo wa, un peuple autochtone du Népal, la guérison traditionnelle prend la forme d'un rituel et comporte de nombreux éléments symboliques : des esprits sont jetés au dehors, des dieux sont apaisés, le corps physique est purifié pour le rendre plus résistant et des amulettes sont fabriquées pour le protéger des sorcières et des spectres(117). »

Pour cela, elle a axé sa recherche en abordant la thématique du don, de la transformation et du pouvoir. La guérison est à un croisement anthropologique médical et religieux car les maladies et le sacré soulèvent les mêmes interrogations de la souffrance et de la finitude. La guérison est souvent décrite comme un don dans le sens de talent (céleste ou non)(124). Mais elle peut aussi être vue comme un don au sens de quelque chose qui est « donné » par le guérisseur au sens large du terme(125).

En finalité, la guérison ne semble pas être uniquement un retour à la santé mais la recherche d'un équilibre. Et la médecine moderne comporte aussi son lot de pratiques ritualisées qui faciliteraient et potentialiseraient les processus biologiques de guérison(126). Cet « optimisme ritualisé » le place en guérisseur moderne, confirmant la vision des médecins rencontrés.

VI.2.3.4. Entre rejet, validation et volonté d'encadrement

Au sens législatif actuel, le guérisseur qui se prétend acteur d'un soin d'ordre médical est dans l'illégalité. Il pratiquerait l'exercice illégal de la médecine. La reconnaissance des guérisseurs est donc uniquement populaire et officieuse. Celle des médecins est officielle et appuyée par la loi, la science, les organismes sanitaires étatiques et le système universitaire. Le médecin s'appuie très fréquemment sur le critère prouvé et officiel de sa fonction car c'est un scientifique et un professionnel de santé. L'illégalité des guérisseurs est un point qui gêne particulièrement les médecins car les approuver revient à cautionner un personnage hors la loi. C'est en tout cas ce qui ressort de manière verbale incomplète pendant le temps de l'entretien semi-dirigé :

« Je ne donne pas de noms parce que je suis médecin généraliste traitant et que j'estime ne pas avoir à faire ça ». (Verbatim)

Les discussions ouvertes et libres succédant à ces entretiens ont fait émerger le poids d'une droiture exigée par leur serment d'Hippocrate, qui pèse sur une éventuelle collaboration médecin-guérisseurs. Selon J. Léonard, la notion d'exercice illégal de la médecine par les guérisseurs prête à sourire déjà dans la France du XIX^{ème} siècle. Selon lui, il est risqué de mélanger charité et escroquerie(121) tant cette dernière est sporadique et peut se retrouver dans toute corporation officielle.

Exercer une partie de la médecine sans diplôme requiert, pour les médecins qui n'y sont pas fermés, un minimum d'encadrement par l'état. Et cet encadrement passe par la validation ou non des pratiques non conventionnelles. Au-delà des querelles d'experts scientifiques sur les guérisseurs ou les médecines non conventionnelles de manière générale, d'autres méthodologies d'observations sont nécessaires selon J-D. Michel pour valider leur principe(118) :

- Une validation empirique : il est nécessaire de tenir compte des enquêtes subjectives. Ces enquêtes sont menées auprès des consommateurs et montrent de manière probante qu'ils estiment un gain en termes d'amélioration de l'état de santé ou qu'ils leur sont utiles. Estimer la subjectivité comme non crédible n'est qu'un dogme ancien figé dans le formalisme scientifique sans tenir compte de l'expérience. La recherche qualitative peut donc déjà nous apporter des réponses auxquelles il faut être réceptif.
- Une validation ethnologique : de façon exhaustive, toutes les populations ont développé des thérapeutiques ancrées dans l'immatériel.

« Les sociétés autres que la nôtre ont donc élaboré au cours des âges des compréhensions de la maladie et des pratiques thérapeutiques dont il serait abusif de leur dénier toute pertinence. »(118)

- Une validation anthropologique : nécessité de prendre en compte ces pratiques si elles font sens pour des populations. La subjectivité est partie intégrante de la vie réelle dans sa dimension globale.

Certains médecins restent malgré tout vindicatifs vis-à-vis des guérisseurs. Ils rejettent la possibilité d'un quelconque pouvoir ou d'une efficacité supérieure à une prise en charge médicale conventionnelle. Ils considèrent les prestations proposées comme des pratiques en marge de toute avancée scientifique. Être guérisseur n'est pas un métier, et c'est encore moins un professionnel de santé. Cette opinion est avancée par le panel soit par non-reconnaissance d'un quelconque pouvoir de soin, soit par l'image traditionnelle véhiculée du don gratuit pour se rendre utile.

« Dans la conception un peu culturelle de la chose, c'est une personne à qui on a transmis un savoir avec un mode de transmission particulier. C'est une personne qui n'a pas pour objet de tirer un bénéfice du guérissage. Ce n'est pas son métier. » (Verbatim)

Une médecine crédible et performante ne peut faire preuve d'irrationalité en intégrant la croyance. Cet antagonisme est la base du jugement dépréciatif du médecin. Il met donc le guérisseur à l'écart car il ne comprend ni son fonctionnement ni les fondements du soin que le guérisseur propose. Le médecin le trouve en désaccord avec la science actuelle. Il exprime son besoin de comprendre pour adhérer et se met en quête d'une explication.

VI.2.4. La supériorité de l'esprit sur le corps

Et effectivement, l'induction d'un soulagement intrigue. La douleur a toujours été considérée comme inhérente à une guérison. Elle fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge médicale du patient. Selon une étude de l'Inserm, elle représente 2/3 des motifs de consultation. Il existe différents types de douleurs telles que les douleurs chroniques, neuropathiques(127), inflammatoires, mixtes, dysfonctionnelles ou psychogènes(128). Les recherches sur les phénomènes douloureux se sont accentuées et on en sait aujourd'hui beaucoup sur l'arc réflexe et le circuit des douleurs nociceptives.

Le panel est régulièrement revenu sur la sensation douloureuse, sa subjectivité pour chaque individu, ses différences ethniques et géographiques et son évolution dans l'histoire. Ils ont expliqué la douleur comme un signal neurologique. L'International Association for the Study of Pain (IASP) énonce la définition suivante, communément admise depuis 1979 :

« La douleur est une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage... (129) ».

L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) la précise pour les douleurs chroniques. Elle ajoute la notion d'évolution depuis plus de 3 à 6 mois et la susceptibilité d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient(130).

Certains envisagent alors une explication rationnelle de l'action du guérisseur en évoquant une piste neurophysiologique des mécanismes douloureux. Le guérisseur mobiliserait en nous des mécanismes de défense qui bloqueraient le signal douloureux, sans disparition clinique des symptômes apparents. Dans l'exemple d'une brûlure, la douleur serait annihilée sans suppression de la brûlure visuelle.

« Ça n'enlève pas le zona, ça enlève la douleur. » (Verbatim)

La douleur est une expérience complexe affectant les sphères physiques, psychiques et sociales. Selon les médecins de l'étude, la douleur physique est aujourd'hui moins tolérée. Et la douleur psychique est mise en avant dans les phénomènes douloureux toujours plus complexes à soigner car il se crée une intrication psychosomatique. La douleur psychique en médecine générale représente environ 1/3 des motifs de consultation(131). Appréhender les douleurs dans leur ensemble nécessite une consultation approfondie afin d'explorer la globalité d'un patient. Selon les médecins, le guérisseur, par sa qualité d'écoute, va explorer le versant psychique et certains les qualifient même de psychothérapeute.

« Une personne qui va aider une autre personne qui a des troubles somatiques liés à des problèmes psychologiques. Donc il [le guérisseur] va faire de la psychothérapie. » (Verbatim)

C'est notamment le cas pour les patients ayant des troubles fonctionnels sans étiologie retrouvée. Ce sont des personnes en souffrance qui vont voir un guérisseur car c'est pour eux *« la moins mauvaise manière qu'ils ont trouvé de vivre »* (Verbatim).

La psychothérapie est la rencontre d'un praticien avec un patient concourant à l'amélioration de son état psychique et physique, selon les modèles psychopathologiques qui permettent d'expliquer le trouble comme l'anxiété ou l'addiction. Elle est issue des mêmes pratiques ancestrales dont nous avons déjà parlé, même si sa terminologie est née avec S. Freud :

« Laissez-moi vous rappeler que la psychothérapie n'est nullement une méthode curative nouvelle. Bien au contraire, c'est la forme la plus ancienne de la thérapeutique médicale. [...] La plupart des méthodes médicales primitives font partie du domaine de la psychothérapie ; on commençait à mettre le malade en état de « foi expectante », comme nous continuons encore aujourd'hui à le faire dans le même but. »(132)

En psychothérapie, la guérison prend un sens plus global avec la guérison par l'action divine, l'action du thérapeute et l'action du patient. La guérison par l'action divine prend ses sources dans la mantique, le chamanisme et la possession. Ceux-ci sont encore beaucoup utilisés dans les populations traditionnelles à l'heure actuelle. Les thérapies religieuses sont soumises aux aléas de la nature et assument donc l'incontrôlable présence d'un déséquilibre. Ce retour à l'équilibre s'effectue par des invocations. La guérison par l'action du thérapeute est issue du développement des sciences et aboutit à la psychologie moderne. Elle cherche à soigner les « moi divisés » ou en conflit « intérieur ». L'« eye movement desensitization and reprocessing » (EMDR) en est une des dernières versions. Il s'agit d'une thérapie brève intégrant l'hypnose et la parole par traitement d'associations d'images et de mouvements. Elle a comme principale indication les syndromes de stress post traumatiques. Son efficacité est supérieure dans cette indication à celle des psychotropes et des autres techniques psychothérapeutiques(133).

Quelques médecins du panel ont une représentation de l'action du guérisseur à mi-chemin entre psychothérapie et magie. Ils évoquent ce pouvoir comme une aura psychique.

« Je vais répondre à une question avant que vous la posiez mais les guérisseurs pour moi n'ont aucun pouvoir, on est bien d'accord. Au final ils ont un pouvoir mais ça ne repose sur rien. » (Verbatim)

« Un guérisseur pour moi c'est ... C'est d'abord quelqu'un qui prétend pouvoir guérir. Et qui a souvent d'ailleurs, vis-à-vis de ses interlocuteurs cette aura là en définitive. » (Verbatim)

Dans ce cas, c'est un pouvoir qui ne repose sur rien et qui a trait à la prestance et à l'habileté communicationnelle. Selon le modèle de Berlo(134), la transmission d'un message (ses idées, ses besoins, sa manipulation des symboles) dépendent de son habileté communicationnelle

parmi d'autres facultés. Il l'explique comme l'aptitude de savoir « dire », « voir » et « convaincre ».

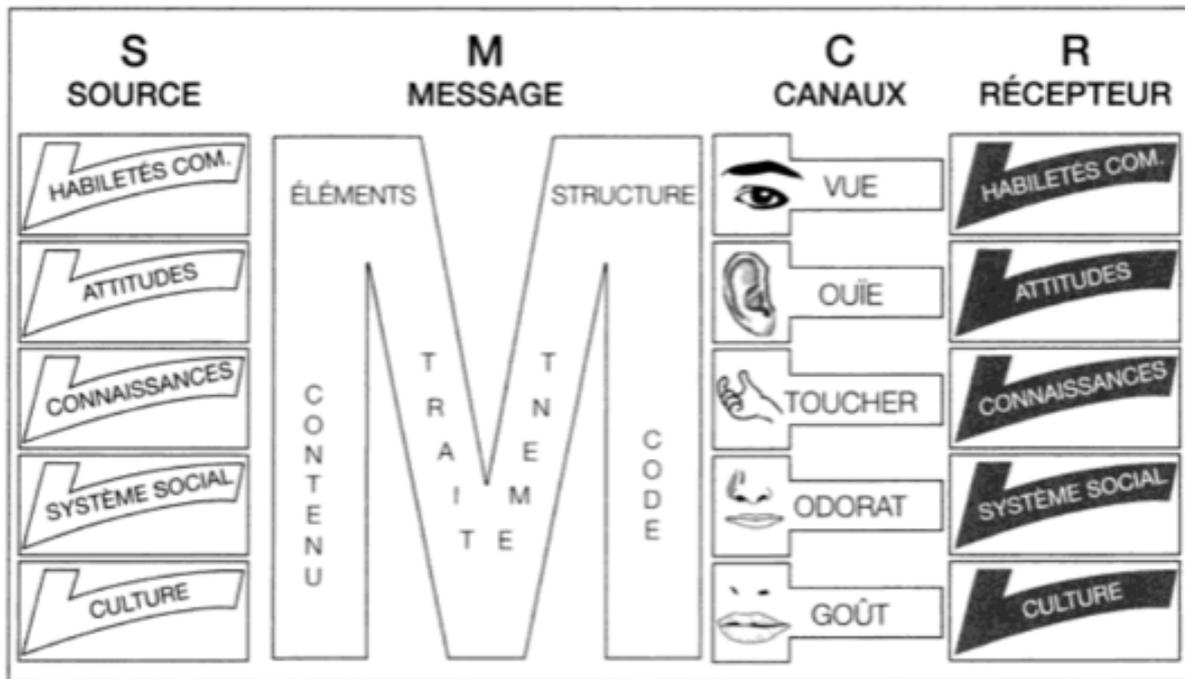


Figure 25 : Théorie psychologique de Berlo en communication interindividuelle(134)

Toutefois, ce modèle n'est pas l'apanage des guérisseurs et le médecin peut également se targuer d'une communication efficace. Aucune bibliographie n'est ressortie sur un type d'aura particulier au guérisseur. Je m'en tiendrai donc à l'explication psychologique de l'aura assortie d'habiletés communicationnelles « guérisseurs-dépendantes ».

Plus qu'à la psychothérapie, certains médecins généralistes croient en un pouvoir mystique ou une puissance magique. Une explication ésotérique voire religieuse peut, selon eux et suivant son degré d'amplification, exercer l'effet escompté. Et comme ils le soulignent, ce côté mystique, officieux, fait partie du décorum. Ils souhaitent conserver ces croyances intactes comme sources d'une puissance supérieure qui nous dépasse pour l'instant, magique ou religieuse. Vouer nos espoirs dans une puissance surnaturelle pourrait donc être vecteur d'un mieux-être. La majorité des formules secrètes sont issues d'éléments empruntés à l'histoire sainte mais cela ne suffit pas à faire un parallèle entre les guérisseurs et la religion selon A. Julliard(122). L'acte magique place pour lui le guérisseur en tant qu'interlocuteur du sacré. Il interpelle pour contraindre la divinité d'intervenir par le truchement du thérapeute élu, et dont la puissance thérapeutique est concentrée en une brève injonction. La brièveté de cette intervention ne fait pas du guérisseur un magicien permanent. Le reste de la rencontre laisse de larges espaces à d'autres types de rapports comme l'aspect psychologique précédemment évoqué. Pour A. Juillard, il ne faut donc pas réduire le don à la magie. Il ne s'agit pas d'un « outil privilégié d'un système d'action magique »(122).

L'apport du don, s'il n'est pas religieux, permet de manipuler le sacré à son profit, dans l'objectif d'une thérapeutique efficace. Le guérisseur n'a aucune éducation religieuse particulière mais participe à la vie religieuse. Il lui arrive de faire profiter le collectif de ses dons lors de

regroupements saints comme Pâques. A. Julliard rappelle que les guérisseurs ont été souvent condamnés par les curés de paroisses, qui les dénonçaient de détourner les rites liturgiques à des fins maléfiques. L'église n'est pas totalement absente car elle a longtemps imposé aux guérisseurs subissant une passation de secret d'être baptisés, même si cette transmission n'a rien d'un rite d'initiation religieuse. Pour autant, les hommes d'églises et les guérisseurs sont comparables dans leur approche pratique. Le curé adopte des comportements qui s'apparentent à un ensemble de pratiques et attitudes religieuses. Il effectue des gestes solennels précis et silencieux, correspondant effectivement à ceux avec lesquels le leveur ordonne le temps et action de la cure pour maîtriser la manipulation du don(122).

Toutefois tous les médecins interrogés n'ont pas forcément d'opinion sur une explication, ni même parfois la volonté d'en connaître plus. Ils se satisfont des résultats qu'on leur rapporte via les patients ou par leurs confrères. Ces retours vont également forger les affinités des médecins envers les guérisseurs.

VI.2.5. Un mélange de sentiments

VI.2.5.1. Une méfiance tenace

Le guérisseur est vecteur de méfiance et de peur chez les médecins généralistes. Il mène une activité à but lucrative, prétendue de soins, sans fondement prouvé et sans formation académique. Il en vient même parfois à émettre des diagnostics ou à évoquer la réalisation d'examens complémentaires qui seront jugés par le médecin hors sujet.

Et les médecins les connaissent peu. En dehors de certains qui interagissent régulièrement avec eux, on ressent une peur liée à la méconnaissance de leur activité. Finalement, c'est bien le mystère, jugé inhérent aux guérisseurs, qui provoque ce ressenti. On peut se poser la question si un rapprochement faciliterait le positionnement voire l'acceptation des guérisseurs dans le parcours de soin. A priori oui, c'est déjà le cas dans certaines ethnies africaines. Le grand pragmatisme des patients leur permet d'user de la voie conventionnelle aussi bien que non conventionnelle selon des « itinéraires thérapeutiques balisés ». Cela tend à égaliser ou à cumuler les spécificités et les avantages de chacune(135).

Plus spécifiquement, les craintes des médecins s'exercent sur un type de guérissage en particulier, les rebouteux. De nombreuses erreurs médicales ont été rapportées, assorties de diagnostics erronés ou de séquelles de manipulations. Le parallèle est souvent fait avec l'ostéopathie, très controversée dans le milieu médical.

Ils redoutent également le danger de dérives illégales et dommageables pour le patient. Ils les décrivent comme une volonté d'arrêt de soins ou une substitution de ces nouvelles pratiques au détriment du parcours de médecine conventionnelle. Cette crainte s'observe dans certains domaines comme celui de l'oncologie. Ils redoutent le profit malhonnête de charlatans fait sur le dos de patients en souffrance physique et psychique en recherche d'espoir de guérison.

Ils les nomment sans distinction « manitou », « gourou » ou « charlatan ».

*« On est quand même dans quelque chose qui a à faire avec la suggestion. Donc la suggestion c'est la puissance suggestive du guérisseur, qui n'est pas très loin de celle du **gourou** ».*

« On est dans le côté un peu **charlatan**, un peu **manitou**... un peu subjectif. C'est pour ça que j'ai certainement un peu de défiance vis à vis de ces gens-là car ils ont tellement une... (hésite) une **emprise psychologique** sur les autres. Quelque part, ils ont une certaine puissance. » (Verbatim)

Pourtant ces termes ont tous un sens et une histoire propre :

- Le terme « manitou » signifie « être mystérieux » et provient des tribus amérindiennes dont il est le chef. Ce terme rappelle le culte du soleil associé à une force surnaturelle : « mana »(136). C'est un personnage respecté et bienfaisant avec de grands pouvoirs.
- Gourou signifie en sanskrit : « précepteur », « maître » ou « enseignant ». Il est un peu plus connoté car il s'agit d'un maître à penser ou d'un maître spirituel dans la religion brahmanique. Dans son sens déviant et négatif, il est fréquemment associé à des dérives sectaires. Cette influence négative se fait aux moyens de persuasion et de coercition dans un esprit totalitaire. Souvent, le gourou présente un culte de sa personnalité et se veut être une idole.
- « Charlatan » (de l'italien « *ciarlatano* ») est un terme datant de 1572 issu d'un mélange de « cerretano », habitant de Cereto en Italie, et de « *ciarlare* » qui signifie bavarder ou jaser. Il utilise l'imposture ou un jeu de dupe envers autrui(137). Il parvient à tirer bénéfice de ses victimes aux moyens de trucages, de déformation de la réalité voire de falsifications(138). Le code de déontologie médicale définit le charlatanisme comme le fait de « proposer à des malades des remèdes illusoire ou insuffisamment éprouvés en les présentant comme salutaires ou sans danger ».

L'idée globale véhiculée par les médecins du panel reste une relation de dépendance avec une emprise psychologique et d'une puissance suggestive dangereuse.

Dans l'esprit des médecins interrogés, le guérisseur serait donc un personnage qui se prétend chef usant de son influence, de sa persuasion, voire d'un pouvoir suggestif afin d'exercer une emprise psychologique sur son patient. Mais l'action des guérisseurs n'est pas sans danger comme les médecins le laissent entendre. Il existe quelques études(139)(140) à ce propos qui se sont attachées à rechercher une toxicité des MAC qui peuvent également s'appliquer aux guérisseurs. Le constat qui en ressort est que la majeure partie des MAC n'entraîne pas de risque particulier. Seule une minorité serait porteuse potentielle de toxicité dont les différents types figurent ci-dessous(111) :

- les erreurs de préparation utilisant de la phytothérapie,
- l'usage de médicaments frelatés,
- le retard de prise en charge ou la perte de chance (absence de connaissances médicales),
- certains effets secondaires ou interactions de médicaments qui ne sont pas connus (le thé vert et le cartilage de requin ont un effet hépatotoxique),
- les techniques mal maîtrisées (chiropraxie, les massages, la réflexologie).

VI.2.5.2. La curiosité d'une découverte

Néanmoins, l'accompagnement des patients par des guérisseurs traditionnels sans substitution à la prise en charge initiale est beaucoup mieux accueilli. Les guérisseurs permettraient de soulager les aspects non pris en compte dans le traitement conventionnel

des cancers. Les médecins n'ont pas forcément d'explications concrètes aux bienfaits des guérisseurs procurent, mais sont très intrigués voir curieux d'en savoir davantage. Car le guérisseur pose question vis-à-vis des pratiques différentes qu'il promeut. Une ouverture sur ces dernières est inévitable et nécessaire pour certains.

« Alors... pour moi, il est assez indispensable, à plus forte raison dans notre monde actuel, d'être ouverte à ce genre de pratiques. » (Verbatim)

La médecine conventionnelle n'est pas auto suffisante. Elle ne doit plus restée égocentrée car elle couvre un champs beaucoup plus vaste qu'une prise en charge allopathique. Ils évoquent une prise de conscience et une ouverture, nécessaires pour comprendre le monde médical actuel et en atteindre tous les champs de soin possibles. Il leur parait aussi raisonnable de faire appel à des guérisseurs que d'utiliser des drogues à fort potentiel iatrogène.

« Il y a ce qui permet d'ouvrir les portes, vers d'autres prises en charge qui me paraissent ou qui me semblent paraître aussi saines que de distribuer des drogues. » (Verbatim)

Le pragmatisme du médecin n'apparaît pas en contradiction avec le fait d'utiliser tous les moyens possibles dans un but commun. Ces mêmes médecins sont prêts à faire confiance aux guérisseurs qu'ils côtoient et connaissent. Plusieurs acteurs agissant dans un but commun pourraient faire la force de cette prise en charge globale.

Pourtant, tous n'ont pas cette envie d'une médecine globalisante. Certains rejettent l'idée d'une autre médecine que celle conventionnelle, prouvée. D'autres se contentent d'exercer à côté, sans les dénigrer, ni les promouvoir. Cette neutralité bienveillante semble être un entre deux, voire un compromis. D'autres ne s'y intéressant pas sont également conscients que le manque d'information et d'occasion ne leur permet pas de porter un jugement de valeur ou de leurs résultats.

« Moi je ne les connais pas, je ne connais pas leurs compétences s'ils en ont, je ne connais pas leur mode d'activité, ni leur rayon d'action, donc à partir de là, par rapport à ma pratique je n'en pense pas quelque chose de construit et fiable. » (Verbatim)

VI.2.6. Les relations entre protagonistes

VI.2.6.1. Vers une ouverture du médecin et une autonomie du patient

Le médecin va de façon modérée et peu approfondie questionner le patient au sujet de sa rencontre avec le guérisseur, une fois celle-ci réalisée. Il est plutôt rare que le patient s'ouvre en première intention de façon spontanée. Parfois en effet, aucune discussion sur ce sujet eu lieu car le patient présuppose son médecin hostile à sa démarche et désapprobateur. Se taire devient pour eux un outil de communication selon S. Fainzang(141) :

« Ils utilisent alors parfois le secret comme mode de communication ».

Une patiente atteinte d'un cancer du côlon, faisant partie de l'étude CORSAC (COoRdination des Soins Ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale du Cancer) menée par le centre de lutte contre le cancer entre 2011 et 2013, disait ainsi :

*« Moi, je suis très guérisseur. Donc je me fais quand même aider par un guérisseur [...] je peux pas leur dire : "J'ai vu un guérisseur", ils aiment pas de toute façon, je le sentais bien »
(142).*

Ce secret agit alors aussi comme un outil de protection face au jugement.

Mais selon le praticien, le patient se confie davantage en seconde intention, s'il juge son praticien ouvert d'esprit. Cela s'explique soit parce que son problème n'est pas résolu et qu'il souhaite une autre solution, soit parce qu'il aborde le problème lors d'une consultation pour un autre motif en précisant que son problème a été résolu. Pour le patient, la réceptivité du médecin est nécessaire car c'est un signe d'adaptation à l'évolution des pratiques et de la médecine contemporaine. Le fait pour les patients de demander une aide extérieure à leur médecine habituelle pour les soulager doit être un signal pour le médecin. Selon des psychologues, il doit savoir être en mesure de répondre à cette demande qui fait apparaître une faiblesse psychologique de son patient. Ce désir des patients de bénéficier de traitements supplémentaires, complémentaires ou de traitements alternatifs est considéré par certains psychologues comme un marqueur d'anxiété qui doit déclencher un soutien adapté »(63)(143)(111). Il ne doit donc pas y être fermé, sous peine de ne pas effectuer une prise en charge globale efficiente.

La relation médecin-patient se traduit donc par un échange d'expérience lorsque les deux protagonistes y sont préparés. Elle se fonde sur le vécu des patients et sur leurs réactions psychologiques. C'est le concept de circulation des savoirs énoncé par Hilary en 1990. La nomadisation et la transmission des savoirs est au cœur de cette relation de communication et de partage. Cette dernière parvient même parfois à modifier l'opinion du médecin :

« Que le patient soit dans le rôle de l'informateur ou dans celui de « témoin », il survient parfois dans la relation avec l'oncologue référent un partage qui concourt à modifier l'image dont les PNC [pratiques non conventionnelles] bénéficient auprès de ces professionnels de santé. »(142)

C'est en prenant en compte cette relation de partage du vécu que le devoir d'information et d'explication, impliquant une stratégie d'éducation, sera optimum(111).

Par ailleurs, elle s'inscrit sur un mode « autonomisant » du patient. Il est acteur de son parcours de soin et est libre de ses décisions de soins. Pour favoriser cette autonomisation, le médecin doit évidemment livrer l'ensemble des connaissances nécessaires afin de lui laisser faire un choix éclairé :

« Ils me disent oui, ils me disent non. Ils me disent oui je m'en fous, ils me disent non je m'en fous, mais au moins ils ont l'info. Il faut qu'ils soient libres. » (Verbatim)

L'habileté communicationnelle est ici également importante, elle permet pour le médecin d'exercer son aura et son pouvoir de conviction auprès du patient. L'effet placebo y prend également une place importante.

La délivrance de l'information exhaustive sur les possibilités de soin remplit leur mission de conseil. Par ailleurs, en questionnant le patient en premier ou second recours, le médecin s'assure de l'absence de dérive pour laisser le libre arbitre à son patient. Ainsi alors qu'en temps normal, il ne donnera pas forcément son opinion, il peut le faire s'il suspecte un conseil ou un soin dommageable pour le patient. La non-communication sur la possibilité d'un recours aux guérisseurs est assimilée à une perte de chance pour le patient car tous les moyens n'auront pas été proposés. Et soigner le patient de manière globale, c'est également le respecter : ses croyances, ses valeurs culturelles et sa santé.

Dans le cas où le patient et le médecin sont en accord pour recourir à un guérisseur, se pose la question du choix de celui-ci. Les médecins sont parfois amenés à utiliser le « bouche à oreilles » et les réseaux locaux de praticiens. Ils donnent rarement les coordonnées complètes d'un guérisseur car la question de la nomination est épineuse. Elle aborde une notion plus globale : la publicité.

« Donner des cartes, ça me dérange. (...) Ce n'est pas notre travail de proposer une seule personne. » (Verbatim)

Déjà interdite pour les professions médicales, promouvoir une personne hors du système de soin leur pose problème. La solution la plus adaptée a été pour eux de ne pas nommer de guérisseur et de laisser cette recherche à l'appréciation du patient. Le paradoxe serait de laisser le choix au patient et qu'il tombe sur un charlatan :

« Je pense qu'il est très important d'avoir conscience de leur existence et d'être capable d'aborder cette chose là avec ses patients directement plutôt que les patients d'eux-mêmes s'orientent sur des charlatans ». (Verbatim)

Auquel cas, le médecin s'expose à des freins impactant sa prise en charge et à un échec d'une volonté de contrôle. Cette délégation d'initiative repose probablement aussi pour partie sur une méconnaissance des réseaux de guérisseurs. Le libre-choix semble donc être un moyen de camoufler ce gap.

Vu du médecin, le recours aux guérisseurs est très « patient-dépendant ». C'est-à-dire qu'il y a des profils plus susceptibles d'adhérer à ce complément de prise en charge non conventionnelle. Cette réceptivité est influencée par la culture et l'ethnie. On ne retrouve pas, dans ces résultats d'étude, de parallèle spontané avec le niveau de formation ou le niveau professionnel que nous avons exposé en première partie. Il semble se poser surtout une question d'affinité, de confiance et d'ouverture d'esprit.

VI.2.6.2. Méconnaissance de la relation guérisseur-patient

Très peu de notions clefs ont émergé de l'encodage. Cette vacuité de notion ressortie des verbatim montre que les médecins sont peu curieux des retours d'expérience de leurs patients. En dehors d'une curiosité de convenance, le questionnement ne va pas plus loin.

« Ils ne m'en parlent pas. Mais je ne vais pas poser la question non plus, s'ils ont vu quelqu'un auparavant. » (Verbatim)

Et comme peu de patients se confient en première intention, peu de retours d'expérience filtrent. Par conséquent les connaissances se révèlent pauvres sur la nature du lien entre un patient et son guérisseur. Ce qu'ils savent, c'est que cette relation fait la part belle à l'écoute. Les rencontres ne sont pas minutées et répondent aux patients sur l'ensemble des thèmes qui les préoccupent, même non médicaux. Il se tisse ainsi une relation de confiance. Pour eux, le patient est en attente d'une relation ponctuelle sur un besoin précis. Cette relation est vectrice de l'effet thérapeutique qu'ils peuvent parvenir à atteindre :

« C'est quelqu'un je pense qui arrive à établir avec ses patients une relation thérapeutique malgré tout et qui, si c'est un bon guérisseur, arrive à avoir des effets sur les maux de ses patients, de par la relation qu'il a réussi à établir avec eux. » (Verbatim)

Le guérisseur a effectivement souvent le même langage que son patient, ce qui facilite la communication et peut être un début d'explication. Leurs explications sur les causes de la maladie(144) et leurs idées sont issues de concepts simples et compréhensibles par une majorité. Ils font souvent appel à des concepts ésotériques séduisants. Les patients s'adressent à eux en raison d'une notoriété locale populaire bien établie, par effet de rumeur(111).

VI.2.6.3. Médecin et guérisseur : chacun à sa place

Selon l'anthropologue C. Brelet, dans notre pays, le dialogue entre médecins et guérisseurs est impossible(145). Des médecins généralistes sont du même avis pour les multiples raisons évoquées auparavant :

« Qu'est-ce que vous pensez de la relation guérisseur médecin ?

- Médecin : il n'y en a pas et il ne doit pas y en avoir. Il ne doit en aucun cas y en avoir. On est hors du code de santé publique. On est dans du grand n'importe quoi là... » (Verbatim)

Entre le médecin et le guérisseur, il s'agit tout d'abord d'une question d'occasion et d'expérience.

« Je n'en ai pas, de relation. Parce que je n'ai aucun lien direct, aucun réseau avec les guérisseurs. Donc je n'ai pas de relation. » (Verbatim)

L'expérience personnelle se distingue d'une part par les expériences vécues dans l'enfance : elles sont non volontaires sur un modèle de décision parentale ; et d'autre part par les expériences acquises à l'âge adulte. Ces dernières d'ailleurs sont rapportées dans les entretiens alors que les médecins étaient déjà thésés. Vécus dans l'enfance, les récits font état d'une efficacité très aléatoire et d'un ressenti altéré par l'oubli. Les médecins les prennent peu en compte dans leur exercice et ils n'ont qu'un impact modéré. L'expérience contemporaine et personnelle de confrères semble davantage avoir de répercussion sur leurs habitudes de conseils. Dans le cadre de lombalgie ou de sevrage tabagique, ces expériences volontaires semblent les convaincre de manière plus importante car ce sont eux qui ont fait la démarche de rencontrer un guérisseur.

L'expérience professionnelle en découle et fait la part belle aux coupeurs de feu et aux rebouteux. Entre eux s'articule finalement peu d'interaction. Lorsqu'elles ont été signalées en entretien, elles étaient uniquement à l'initiative des guérisseurs. Cette absence d'interaction s'explique par l'absence de réseau et le manque d'occasion de rencontres.

Le patient fait le lien entre eux à l'instar de la relation médecine du travail et médecin généraliste pour imaginer le propos. La coexistence n'est pas facile et pose le problème du secret médical partagé vis-à-vis d'un praticien qui n'est pas un médecin ni un paramédical au sens légal. Problème de taille, car le secret médical est un pilier de l'exercice coordonné.

« Il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret. »(146)

Si le médecin généraliste ne sait pas comment gérer le secret médical qui lui incombe, les guérisseurs eux, sont prêts à le partager. Sur le site du GNOMA-SNAMAP, on peut observer la charte des praticiens inscrits qui les oblige à tenir une ligne de conduite. Elle assure ainsi la sécurité des patients et leur assure le meilleur résultat possible. La cinquième règle aborde plus explicitement cette notion de secret médical. Le praticien s'engage à respecter le secret professionnel et à observer la plus grande discrétion en toutes circonstances(147).

Ainsi sans cadre officiel, les guérisseurs de ces deux réseaux se considèrent comme des soignants à part entière respectant leur charte « hippocratique ». Et si l'aspect législatif bloque encore, une volonté de coopération se dessine timidement. Cette option est envisagée sous réserve de rester chacun à sa place. L'action du guérisseur ne doit pas être nuisible pour le patient tout comme l'acte médical « *primum non nocere* ». Ce dommage peut être psychocorporel ou le fait d'auto entretenir le patient dans ses symptômes. Le médecin veillera également à l'absence de jugement et de dérive sectaire.

*« Ma réaction, c'est « primum non nocere ». Voilà c'est vraiment ça, c'est-à-dire surtout ne pas porter de jugement. Vérifier qu'il n'y a pas de risque pour la santé du patient. »
(Verbatim)*

« Tant que ça ne va pas dans quelque chose de négatif pour la prise en charge du patient, tant qu'il n'y a pas de risque pour le patient, ça ne me dérange pas. » (Verbatim)

La plupart des médecins adoptent cette non-opposition passive à l'intervention des guérisseurs dans leur prise en charge. Mais cette « tolérance » est de mise sous réserve que chacun garde sa place et connaisse ses limites. La médecine conventionnelle offre une grande variabilité d'efficacité thérapeutique dont l'absence d'efficacité à la iatrogénie. L'impasse thérapeutique et la saturation de la médecine spécialisée doit être un signe d'alerte afin d'envisager une évolution du plan de soin.

Le guérisseur quant à lui doit dans son cahier des charges rester cohérent, respecter la prise en charge médicale sans s'en attribuer certaines missions comme celle du diagnostic. Certaines pathologies le concernent davantage comme la gestion des douleurs en soins palliatifs, les troubles liés aux maladies fonctionnelles ou psychosomatiques ou encore certaines pathologies psychiatriques. Plus la pathologie est grave et plus une attention est portée sur leur travail.

Le guérisseur semble par contre habilité à donner des conseils de prévention que l'on donne également en médecine générale : sur l'hygiène de vie par exemple. Chacun doit passer la main dès qu'il se juge dépassé. Le médecin n'apparaît donc pas en opposition farouche vis-à-vis du guérisseur mais semble le gardien de son savoir et de son savoir-faire. Il le laissera agir plus librement en cas d'impasse thérapeutique, dans le respect du patient.

Conclusion

Cette étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes du Limousin, nous a permis de définir leurs comportements, leurs représentations ainsi que les relations qu'ils entretiennent avec les guérisseurs.

Thématique bien délicate que celle des guérisseurs lorsque l'on s'adresse au monde médical. Les médecins généralistes libéraux ayant répondu à cette étude se sont heurtés non seulement à ce tabou mais également à la classification peu évidente des médecines non conventionnelles, dont fait partie le guérisseur. Leur représentation est celui du personnage traditionnel et ancestral. Depuis les protomédecines, sa fonction a perduré au fil des civilisations et s'est modernisée. Dotés aujourd'hui d'une meilleure visibilité, il tend à rapprocher son exercice de l'univers médical, rémunéré, souhaitant un exercice coordonné avec le médecin. Mais la concrétisation de ce souhait n'en est pour l'instant qu'à son balbutiement.

La relation tripartite a souvent lieu uniquement par patient interposé. Par manque de volonté, d'occasion ou par méconnaissance, nombreux sont les motifs de rejets ou de neutralité exprimés par le médecin. Hors l'aspect législatif qui ne considère toujours pas le guérisseur comme un soignant, la problématique du médecin est de promouvoir une personne sans formation et dont il ne sait rien. Et ce sentiment de méfiance bride la curiosité pour ces nouvelles pratiques, ce qui inhibe toute évolution dans la relation guérisseur-médecin.

Le contexte d'augmentation de recours à ces méthodes intrigue malgré tout les médecins traitants. Ces derniers s'interrogent sur la nature du pouvoir ou de l'efficacité de ce personnage charismatique. Car c'est d'abord l'aura du guérisseur et son écoute sur tous les champs de vie qui séduisent le patient. Puis, entre une croyance en une puissance magique salvatrice et un processus de suppression du stimulus douloureux, le médecin se positionne en fonction de son vécu et des retours d'expérience. La compréhension est un mécanisme central de l'acceptation de ce nouveau recours.

De plus en plus de médecins jugent nécessaire cette ouverture aux médecines non conventionnelles. Car c'est aussi respecter le patient que de respecter ses valeurs et ses demandes. L'impuissance, la iatrogénie et la saturation de la médecine conventionnelle sont autant de raisons qui les poussent à rechercher de nouvelles solutions. Ce besoin d'information du patient devient un devoir d'éclairage pour le médecin, en prenant en compte l'ensemble des solutions de soins existantes. Car finalement, pour d'autres généralistes, peu importe le moyen. Les récits de soulagement et d'induction d'un mieux-être sont suffisamment répandus pour se convaincre d'une efficacité.

Mais ces activités nécessitent un encadrement. Car si le cul de sac thérapeutique ou les pathologies dermatologiques leur sont tout désignés, ils ne doivent pas interférer dans la prise en charge curative de pathologies lourdes. L'acceptation des médecins concerne un accompagnement et une aide globale du patient. Dans la mesure des limites de chacun, le corps médical apparaît comme davantage ouvert à la complémentation de ses méthodes diagnostiques et thérapeutiques par le guérisseur.

Face aux multiples avis allant du dénigrement radical à l'engouement absolu, les méthodologies qualitatives apportent des informations sur les représentations à l'œuvre dans les comportements et les rapports des médecins aux pratiques non conventionnelles. Seule une minorité de ces pratiques a, à ce jour, été évaluée de cette manière. Ce type d'études

couplé aux méthodologies d'évaluation quantitative adaptée seront-elles à l'origine de modifications majeures des comportements des médecins généralistes ?

VII. Bibliographie

1. Eggertson L. Doctors should collaborate with traditional healers. *Canadian Medical Association journal*. 2015;187(5).
2. Guyatt G-H. Evidence-Based Medicine. *ACP Journal Club*. 1991;(Annals of Internal Medicine).
3. Ghisolfi J., Even P., Guiraud-Chaumeil B., Confrontation avec le système de santé américain. *Les hôpitaux universitaires de l'an 2000*. 1996.
4. Valentina V. Le guérisseur limousin contemporain : entre tradition et modernité : étude qualitative sur des guérisseurs en Limousin. 2018;136.
5. Sackett DL & al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023).
6. Massol J. L'« Evidence Based Medicine » (EBM) : Utile reflet de la réalité ou dangereux miroir de sorcière ? Paris 1-Panthéon-Sorbonne; 2016.
7. Ministère des solidarités et de la santé. *Les pratiques de soins non conventionnelles*; 2017.
8. Robinson B. BR. *Psychologie clinique: De l'initiation à la recherche*. 2015.
9. François Laplantine. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot. 1993.
10. Gary D. Efficacité de l'homéopathie : que dit la science ? *Journal Le Monde*. 2018;
11. Lannoye P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles. Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs; 1997. Report No.: A4-0075.
12. NCCAM N. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. 2001.
13. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs - A4-0075/1997
14. Pratiques de soins non conventionnelles. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
15. Bach S., Piotton S, Vilarino R., Waelti F. *Les médecines parallèles. Immersion en communauté*. 2006.
16. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J, Allilaire MMJ-F, Duboousset J, Bontoux D, et al. Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi — leur place parmi les ressources de soins. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. mars 2013;197(3):717-57.
17. Lazarus A., Delahaye G. *Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? Les tribunes de la santé*. 2007.
18. *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?*; NCCIH.
19. Stéphanie Träger-Maury. *Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français*. 2007.
20. *Les médecines non-conventionnelles : Millénaire 3, Soutenabilité*
21. Yecora-Zorzano L. *S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens*. Université de Rouen; 2016.
22. *Le Monde*. Cinq chiffres pour comprendre les médecines complémentaires et alternatives. 2016;
23. Université Paris 13. *Diplôme d'université*.
24. Faculté de médecine | Université de Rennes 1. *Département de Médecine Générale*.
25. Faculté de Médecine de Limoges. *Liste des D.U, D.I.U et Capacités*.
26. CHU Nîmes. *Explorations Fonctionnelles du Système nerveux et Acupuncture*.
27. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 75 | Legifrance.

28. Platon. Charmides.
29. Monique R. Place des pratiques psychocorporelles et définitions. 2018;
30. Célestin-Lhopiteau I.,. Guide des pratiques psychocorporelles. 2018.
31. Hecketsweiler P. Histoire de la médecine. Ellipse; 2010.
32. Historique du conseil national - médecin.
33. Jouineau-Honnet A. Histoire des pratiques médicales et de la réglementation de l'exercice médical en France. 1999.
34. Sionneau S. Les médecines illégales et les médecines populaires en France au XIXe siècle, avec l'exemple du Maine-et-Loire. Université d'Angers; 2013.
35. Yecora-Zorzano L. S'expliquer la maladie: le recours aux guérisseurs révélateurs de la question du sens. :286.
36. Convain V. Place du recours aux guérisseurs dans le paysage médical: à propos d'une étude ethno-médicale dans un canton breton : première partie, les patients. Université de Rennes; 2006.
37. Perret N. Place des coupeurs de feu dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière des brûlures en Haute-Savoie en 2007 :193.
38. Les coupeurs de feu et guérisseurs font leur entrée à l'hôpital. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/les-coupeurs-de-feu-et-autres-guerisseurs-font-leur-entree-a-l-hopital_897713.html
39. Rodriguez A. Exorciste indépendant, un métier d'avenir en France; Slate.fr
40. Définition de radiesthésie - Encyclopædia Universalis
41. Miviludes. Rapport annuel d'activité 2016-2017. 2018.
42. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes. Faculté de médecine de Lyon; 2011.
43. Maurin S. Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ? Université Claude Bernard Lyon 1; 2006.
44. Dumesnil S. et al. Santé, soins et protection sociale en 1997. CREDES. 1999.
45. Cathebras P. Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital; banalisation et pragmatisme, Dans Soigner au pluriel : Essais sur le pluralisme médical. 1996.
46. Chiffolleau B cécile. Le recours aux guérisseurs : pourquoi ? 2004;285.
47. Laplantine. La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui. Delarge. 1978.
48. Gueguen J. Evaluation des médecines complémentaires: quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses? :202.
49. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. :84.
50. Couetil G. Quelles sont les raisons du recours aux guérisseurs en Bretagne? Université de Rennes; 2018.
51. Quéniart A. Le sens du recours aux médecines alternatives. Santé, Culture, Health. 1990.
52. Lartin-Florestan M. Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion: point de vue des médecins. :66.
53. Landais P. Le relationnel médecin, patient, guérisseur. Faculté de médecine d'Angers; 1998.
54. Laplantine F. La Médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui.
55. Loux F. Traditions et soins d'aujourd'hui : anthropologie du corps et professions de santé; Gallica.
56. Herzlich C., Pierret J., Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison.
57. Busse J, Heaton G, Wu P and coll. Disclosure of natural product use to primary care physicians: a cross-sectional survey of naturopathic clinic attendees. Mayo Clin Proc. 2005;
58. Burstein H.J. Discussing complementary therapies with cancer patients: What should we be talking about? J Clin Oncol. 2000.
59. Shelley B-M. and al. They Don't Ask Me So I Don't Tell Them : Patient-Clinician

- Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *Ann Fam Med*. 2009.
60. Découvrez les Bienfaits des Médecines Douces Validées. Disponible sur: <https://www.medoucine.com/pratiques>
 61. GNOMA SNAMAP - Magnétiseurs et praticiens de médecine alternative. Disponible sur: <https://gnoma-snamap.fr/>
 62. Mayer-Levy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris.
 63. Holland J.C., Geary N., Furman A. Alternative cancer therapies. *Handbook of psycho-oncology*. 1989.
 64. Doan B. Alternative and complementary therapies. *Psycho-oncology*. 1998.
 65. Ragnarsdóttir L., Islande, Groupe des démocrates européens. Une approche européenne des médecines non conventionnelles.
 66. Mézard J. Dérives thérapeutiques et dérives sectaires : la santé en danger. Sénat.
 67. Levin J. Scientists and healers: toward collaborative research partnerships. *Explore*. 2008.
 68. Le Breton D. *Anthropologie du corps et de la modernité*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013. 336 p.
 69. Shapiro A-K. Factors contributing to the placebo effect. Their implications for psychotherapy. 1964.
 70. US Government. Public Attitudes and Public Understanding, Section: Belief in Alternative Medicine ». National Science Board, Science and Engineering Indicators. 2002;Chapter 7: Science and Technology.
 71. May J. What is integrative health? *BMJ*.
 72. Joyce C. Placebo and complementary medicine; *The Lancet*. 1994.
 73. Zubieta J-K. Placebo effects mediated by endogenous opioid activity on mu-opioid receptors. 2005.
 74. Guy-Coichard C. Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur. 2005.
 75. Commission européenne. CAMbrella – A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM). 2012.
 76. Ninot G., Boulze-Launay I., Bourrel G. et al. De la définition des interventions non médicamenteuses à leur ontologie. *HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale*. 2018.
 77. Ninot G. Démontrer l'efficacité des interventions non médicamenteuses : Question de points de vue. Presses Universitaires de la Méditerranée. Montpellier; 2013.
 78. Lindqvist O, Tishelman C, Lundh Hagelin C et al. Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: An international qualitative study. *PLOS Medicine*. 2012;
 79. Gueguen J, Hill C, Barry C. *Complementary medicines*. John Wiley & Sons.
 80. Plateforme Ceps : Notre organisation. Disponible sur: <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr/page-1>
 81. Balbolia SBK, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la cryothérapie du corps entier à visée thérapeutique. :177.
 82. Rapports thématiques | Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/rapports-thematiques>
 83. Desrozières A. Pour une sociologie historique de la quantification : l'argument statistique I. 2010.
 84. Wikipédia. Le Limousin.
 85. Francione R, Bissonnier C. Démographie médicale en Limousin. 2015;65.
 86. Bertrand M. Le médecin ou le guérisseur ? A propos d'une enquête en Limousin sur les relations existant entre malades et guérisseurs. *Faculté de médecine et pharmacie de Limoges*; 1984.
 87. Maudhuy R. *Le limousin des légendes*. 2007.
 88. Delpastre M. *Contes et dits populaires du Limousin*. Lemouzi.
 89. Coissac M. *Mon limousin*. Les éditions du Bastion. 1999.
 90. Bardin L. *L'analyse du contenu*. 1977.

91. Mannoni V. Les représentations sociales. 2016.
92. Abric J-C. Coopération, compétition et représentations sociales. 1987.
93. Jodelet D. Les représentations sociales. 1989.
94. Denzin N-K. Moments, Mixed Methods, and Paradigm Dialogs. *Qualitative Inquiry*. 23 mars 2010;16(6):419-27.
95. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. 2013.
96. Malaval J-P. La sorcellerie en Limousin ou la peur au village. 1992.
97. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. *Le Quotidien du médecin*. 2017.
98. DREES. Durée des séances chez un médecin généraliste. 2006.
99. Bourgeois E. et al. Guérisseurs en suisse Romande : relation avec le milieu médical. Haute école de santé de Genève; 2011.
100. Nathan T., Stengers I. Médecins et sorciers. 2012.
101. Rossignon J. Le choix du généraliste et la confiance. Université de Lille; 2017.
102. Legifrance. Décret n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme.
103. Fainzang S., Ouvrier A. Face aux risques médicamenteux. *Anthropologie et santé*. 2019.
104. C. Chalverat. Le don redonné, un lignage de guérisseurs. 5ème Biennale de l'éducation et de la formation; 2000.
105. Charlotte, énergéticienne. Les nouveaux guérisseurs, libérer son potentiel énergétique et intuitif. Disponible sur: <https://lesnouveauxguerisseurs.com/es-guerisseur-impatient/>
106. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française. 2018.
107. Suissa V. Évaluation de l'impact des Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients atteints de cancer [Thèse de psychologie clinique]. Université Paris VIII; 2017.
108. Menut V., Seigneur E., Gras Leguen C., Orbach D., Thebaud E. Utilisation des médecines complémentaires et alternatives chez l'enfant et l'adolescent atteint de cancer : une pratique fréquente. *Bulletin du Cancer*. 1 mars 2019;106(3):189-200.
109. Eisenberg D-M et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a National Survey. 2001;
110. Van de Creek L. et al. Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared with the general population. *Altern Ther Health Med*. 1999;
111. Dilhuydy J-M. Les médecines complémentaires et alternatives en oncologie : traitements inédits ou pratiques inapprouvées. 2005;
112. Evrard R., Laurent M. Sur le divan des guérisseurs - Conférence Journée d'études jeunes chercheurs. 2016; Université de Lorraine.
113. Andriantseheno L-M., Andrianasy T-F., Andriambao D-S.. Les troubles psychiatriques à Madagascar : étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga. *Bull Soc Pathol Exot*. 2004;5.
114. Brasseur P. Saints et toucheurs dans la médecine populaire normande. *Annales de Normandie*. 2012;62e année(2):37-54.
115. Sauzet R. Sorcellerie et possession en Touraine et Berry aux XVIe-XVIIe siècles. *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*.
116. Robert M. Magie, sorcellerie et "guérissage" en Limousin. 2017.
117. Bourdon MC. Le médecin est-il un guérisseur? Une étude anthropologique auprès de cliniciens hospitaliers à Montréal. *Reflète*. 2011.
118. Michel J-D. Chamans, guérisseurs, médiums : les différentes voies de la guérison. 2015.
119. Malinowski B. Magic, Science and Religion. 1948.
120. Duval-Arnould D. Le médecin confronté au juge civil. *Laennec*. 2011;59(1):7-21.
121. Léonard J. Les guérisseurs en France au XIXe siècle. *Revue d'histoire moderne et*

- contemporaine. 1980;
122. Julliard A. Le Don du guérisseur. Une position religieuse obligée. 1982.
 123. Kleinman A. et al. Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*. 1978;88.
 124. Desjarlais R. Body and Emotion : The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas. University of Pennsylvania Press. 1992.
 125. Mcguire M. Ritual Healing in Suburban America. New Brunswick, Rutgers University Press. 1988.
 126. Moerman D. Anthropology of Symbolic Healing. *Current Anthropology*, Vol 20. 1979.
 127. INSERM. Douleur. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
 128. Doumerc C. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique chez les patients psychiatriques : Enquête de pratique en midi pyrénées. 2014.
 129. IASP Terminology - IASP [Internet]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
 130. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.
 131. Bouhassira D. et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008.
 132. Freud S. De la psychothérapie. 1953.
 133. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.
 134. Lohisse J. La communication: De la transmission à la relation.
 135. Dozon JP. La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine. Seuil. 1995.
 136. Mythologie amérindienne: Grand Manitou [Internet]. Disponible sur: <https://mythologica.fr/amerindien/manitou.htm>
 137. Premier ministre et MIVILUDES. Guide de l'éducateur face au sectarisme contemporain. 2001.
 138. Wikipédia. Charlatan Définition. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Charlatan>
 139. Ernst E. et al. Médecines alternatives: le guide critique. 2005.
 140. American Cancer Society's guide to complementary and alternative cancer methods. American Cancer Society. 2000.
 141. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. 2006. (Ethnologies).
 142. Joël M, Rubio V. Pratiques non conventionnelles et articulation des soins en oncologie. Le rôle actif des patients. *Sciences sociales et santé*. 2015;33(4):73-97.
 143. Burstein HJ. et al. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *N Engl J Med*. 1999;.
 144. Sparber A., Wooton JC. Surveys of complementary and alternative medicine. Part II: Use of alter- native and complementary cancer therapies. *J Altern Complement Med*. 2001;
 145. Brelet C. Chapitre 3. L'observation participante pour éviter l'inféodalisation des éthiques « autres ». *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*. 2015;26(2):63-83.
 146. B. Hoerni, P Soubeyran. La cancérologie au quotidien: Médecine et patients alliés face au cancer. 2011.
 147. GNOMA-SNAMAP. Charte du guérisseur-magnétiseur.

Annexes

Annexe 1. 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- Implantation du cabinet : milieu rural (< 2000 habitants) milieu urbain (> 2000 hab.)

4- Type d'installation : seul groupe MSP autres

5- Activité médicale associée non conventionnelle :

- phytothérapie
- aromathérapie
- naturopathie
- ostéopathie
- chiropraxie
- réflexologie
- étiopathie
- hypnose médicale
- méditation
- sophrologie
- acupuncture
- homéopathie
- autres :

6- Croyance religieuse :

oui

non

7- Expérience personnelle auprès de guérisseurs :

oui

non

Entretien semi-dirigé

- 7- Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ? *Qu'en pensez-vous ?*

- 8- Dans quelles situations vos patients vous parlent-ils des guérisseurs qu'ils sont allés voir ou qu'ils souhaiteraient aller voir ? (*Quelle est votre réaction ?*)

- 9- Que pensez-vous de cette pratique ? *Résultats obtenus ? Conseil de poursuite ? Satisfaction ? Personnellement usité ?*

- 10- Dans quelles situations pourriez-vous suggérer à vos patients d'aller voir un guérisseur ? et comment (*Bouche à oreilles ? Connaissance de GNOMA / SNAMAP / UEMR ?*) ?

- 11- Que pensez-vous de la relation guérisseur-médecin ? Quelle en est votre expérience ?

- 12- En quoi ces pratiques modifient-elles votre prise en charge ? *Quels freins ? Quels facilitateurs ?*

Annexe 2. Exemple de verbatim

Il s'agit ci-dessous du 15^{ème} verbatim par ordre chronologique référencé 191123NP. Les phrases en gras correspondent aux questions de l'interviewer, l'italique au non-verbal et le corps de texte aux réponses du médecin généraliste interrogé.

« Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ?

- (*Silence*) Un magicien.

Mais encore ?

- (*Silence*). C'est celui qui est appelé au secours pour développer des croyances magiques pour obtenir une guérison.

D'accord et qu'est-ce que vous en pensez ?

- Rien (*rires*). Euh... Ce que j'en pense : moi j'ai une vision historique donc c'est un personnage important depuis la nuit des temps, dès que les populations ont été constituées de quelques individus. Il a pris une forme moderne qui s'appelle le médecin. En fait, il a été dissocié en deux : le curé et le médecin. C'est à dire qu'il y a eu une scission qui s'est opérée il y a quelques millénaires, probablement du temps des égyptiens ou avant. Le spirituel et le médical se sont séparés. Ce qui est passionnant, c'est que les anciens avaient déjà une connaissance de la pharmacopée qui était intéressante. Puisqu'on a retrouvé des trous de trépan dans des cerveaux d'il y a plus de 3-4000 ans dans des cerveaux qui avaient guéri. Donc les trous de trépan n'étaient pas des hasards. Ce n'était pas des bris de flèche. Et s'ils avaient guéri, c'est que les gens devaient être endormis. La maîtrise d'un cocktail anesthésique ou qui ressemblait devait déjà exister. Voilà, donc il y avait déjà des interventions etc... Donc, le territoire de la magie qui tient chez les gens de l'espérance, d'un truc qui est au-dessus de nous, est une histoire très ancienne. Les médecins sont aussi des guérisseurs mais dans le terme de guérir, il y a une puissance magique, il y a une pensée magique autour de la guérison. On accède à autre chose qu'à la raison. On sort de la raison pour être dans la croyance. On est du ressort de la magie.

Dans quelle situations vos patients vous parlent-ils des guérisseurs qu'ils sont allés voir ou qu'ils aimeraient aller voir ou consulter ?

- Pchhh... (*soupir*). Je ne suis pas sûr qu'ils m'en parlent beaucoup à moi.

Peut-être après ?

- Non. Alors ça a pu être dans des cas d'eczéma. Avant, on avait ceux qui enlèvent le feu. Moi ma maman on lui avait transmis le savoir d'enlever le feu. Je ne sais plus le faire. Je crois que j'ai dû y être exposé il y a très longtemps quand je m'étais renversée un truc de lait ou d'eau chaude, ou un fer à repasser je sais plus. Et donc j'avais eu droit à ça qui avait dû marcher. A une époque c'était le zona, les douleurs du zona tiens... Voilà et puis certains cas psychiatriques. Donc ça dépend des croyances magiques et des habitudes parce qu'il y avait certains guérisseurs connus... On est quand même dans quelque chose qui a à faire avec la suggestion. Donc la suggestion c'est la puissance suggestive du guérisseur, qui n'est pas très loin de celle du gourou. Après dans les zonas oui. M'enfin on n'en voit pas beaucoup.

Et quelle est votre réaction quand ils vous en parlent ?

- Moi j'ai une réaction tout à fait neutre : si ça leur fait du bien, moi ça ne m'embête pas du tout. Je peux même les en féliciter. Il vaut mieux (*rires*). Non mais je crois qu'à partir du moment où on accepte de soigner des gens qui ont des croyances différentes des nôtres, on peut respecter leurs croyances. Ça devient parfois déconnant quand on veut utiliser le guérisseur à la place de soins importants. Moi je n'ai jamais vu ça des soins différés. Ça pouvait exister avant mais maintenant... Différer pour... Je crois que c'est la seule limite. Alors maintenant c'est plus les guérisseurs mais toutes ces médecines naturelles à la con. On est toujours dans la même puissance magique.

Qu'est ce vous pensez de ces pratiques vis-à-vis des résultats obtenus ? Est-ce que vous avez des conseils de poursuites ?

- Aucun. Alors pour le rationnel que je suis : niveau de preuve égal à zéro. Donc à partir du moment où il n'y a aucune preuve d'efficacité de ça, il n'y a aucune recommandation d'utilisation de ma part. Le truc doit être très clair : ce n'est surtout pas renforcer cette pensée magique. De ce que j'en pense... est ce qu'il y a une étude qui a montré que ça marchait ? Non donc à partir du moment où on n'a pas démontré que ça marchait il n'y a aucune raison... Là on est dans le charlatanisme, pour un médecin. C'est clairement du charlatanisme : un processus illusoire sans efficacité démontrée. C'était le débat qu'il y avait sur l'homéopathie. C'est très clair dans ma tête.

Est-ce que vous avez déjà personnellement fait appel aux services d'un guérisseur ?

- ...(*Rires*). Moi non mais je t'ai dit moi quand j'étais petit. Je t'ai déjà répondu.

Dans quelles situations pourriez-vous suggérer à vos patients d'aller voir un guérisseur ? et de quelle manière ?

- Aucune.

Qu'est-ce que vous pensez de la relation guérisseur-médecin

- Il n'y en a pas et il ne doit pas y en avoir. Il ne doit en aucun cas y en avoir. On est hors du code de santé publique. On est dans du grand n'importe quoi là...

En quoi ces pratiques de guérissage modifient elle la prise en charge auprès de vos patients ?

- Ça ne modifie rien du tout. Je pense que c'est relativement marginal. Maintenant ça a été remplacé par l'ostéopathie, les versions modernes : les médecines naturelles x ou y ou z qui ont complètement remplacé des pratiques de guérissage qui font plus rationnelles et moins magiques mais qui sont néanmoins magiques. L'homéopathie est typiquement un truc qui repose sur une pensée magique. »

Annexe 3. Exemple de codage

Exemple du code *Charlatan*. Les références correspondent aux phrases encodées pour une idée précise. Il peut y avoir plusieurs références dans le verbatim / fichier d'un médecin. La couverture est le pourcentage de texte encodé par rapport au texte complet de l'entretien.

Fichiers\\190910DC (nom « anonymisé » du fichier)

2 références encodées, couverture 19.45%

Référence 1: couverture 4.83%

« La première question, c'est qu'est-ce qu'un guérisseur pour toi ?

Médecin : Ha... ! Hum... un guérisseur (*hésitation*). Bah je dirais que c'est quelqu'un qui a peut-être un don. Qui a peut-être une vision humaniste, si elle n'est pas financière. Il y'a un peu de tout dans les guérisseurs. »

Référence 2: couverture 14.62%

« D'accord. Et en quoi ces pratiques modifient-elles ta prise en charge dans le parcours de soin ? En quoi un patient qui va...

Médecin - Alors... Là tu vois ça me fait penser à quelqu'un, là par contre j'avais été très embêté... parce que je lui donnais des médicaments, et elle m'avait dit un jour quand j'étais venu la voir, ha non non mais ça, je ne prendrais pas, parce que le guérisseur m'a dit que ça ne convenait pas. Donc là je dois dire que je n'avais pas été très contente. Bon ben après j'avais été obligé de coder à la personne car elle ne voulait pas le prendre, elle ne voulait pas le prendre... (soupir) mais je pense que voilà... on est dans le côté un peu charlatan, un peu manitou... un peu subjectif. C'est pour ça que j'ai certainement un peu de défiance vis à vis de ces gens-là car ils ont tellement une... (*hésite*) une emprise psychologique sur les autres. Quelque part, ils ont une certaine puissance. »

Fichiers\\190927MF

1 référence encodée, couverture 19.85%

Référence 1: couverture 19.85%

« Par contre, y'a un truc que je peux dire, c'est que j'ai une méfiance lorsqu'il y a de l'argent derrière. Pour en avoir discuté avec des personnes qui ont un « don » ... je mets ça entre guillemets parce que pour moi voilà... Je suis un peu... Pas dubitative mais très intriguée par tout ça. Il y a souvent un truc qui circule dans les familles quand on se donne ce don, c'est de ne pas monnayer ce truc-là. Éventuellement si on est content du service on fait un cadeau. Mais ce n'est pas demandé, les gens font ça parce qu'ils veulent faire profiter les gens de leur don. Quand il y a de l'argent derrière moi je n'envoie pas des patients vers des « thérapeutes », entre guillemets thérapeute, des guérisseurs qui n'ont pas de formation si y'a une histoire d'argent derrière. Moi j'ai besoin de preuve. Je vais envoyer quelqu'un voir une psychologue ou un ostéopathe, ils ont un diplôme derrière... Mais envoyer quelqu'un vers une énergéticienne... Ils le font, j'ai plein de gens qui le font ici et qui payent. Pas des fortunes, je n'en sais rien. Mais moi je n'envoie pas. Voilà. L'histoire de l'argent ça me... »

Fichiers\\190927RC

1 référence encodée, couverture 7.34%

Référence 1: couverture 7.34%

« Soit ils y sont allés, soit ils me demandent mon avis effectivement. Sur la question je ne suis pas contre notamment sur la douleur. Sur la douleur effectivement qu'on a du mal à faire passer avec notamment des antalgiques, l'acupuncture, ergothérapeute... on parle aussi de sophro, avec les sophrologues notamment, et acupuncteurs sur les stress/angoisses/problèmes de cet ordre-là, troubles du sommeil. Sur l'arrêt du tabac. C'est déjà pas mal (réfléchi). Énurésie nocturne pour les enfants. Après magnétiseurs, c'est tout et n'importe quoi. Disons que pour des trucs comme ça, ça me dérange un peu plus. »

Fichiers\\191016LS

3 références encodées, couverture 10.09%

Référence 1: couverture 3.85%

« D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de ces pratiques ? Médecin : Je pense qu'il est très important d'avoir conscience de leur existence et d'être capable d'aborder cette chose là avec ses patients directement plutôt que les patients d'eux même s'orientent sur des charlatans. »

Référence 2: couverture 2.94%

« Et dans l'expérience que j'ai, tous les guérisseurs que j'ai rencontrés si on enlève les charlatans, connaissent par exemple sur le zona très bien le ZELITREX® et disait aux gens de continuer leur traitement etc. »

Référence 3: couverture 3.30%

« *Pas d'effets facilitateurs ou de freins dans la prise en charge ?* »

Médecin - Aussi longtemps que c'est guérisseur au sens traditionnel où je l'entends. C'est-à-dire que j'enlève les marabouts, les magnétiseurs et soins longue distance. »

Fichiers\\191023FL

1 référence encodée, couverture 9.24%

Référence 1: couverture 9.24%

« *Que pensez-vous de la pratique du guérissage ? Vis-à-vis des résultats obtenus ou des conseils de poursuite que vous auriez ?* »

Médecin - Moi je suis dans la mesure où ça ne va pas masquer un diagnostic allopathique selon moi, ou dans la mesure où la personne ne se fait pas manipuler (soutirer beaucoup d'argent) avec une relation de dépendance... D'ailleurs c'est souvent très ponctuel : J'ai des verrues, je vais les faire tomber ; je me suis brûlé, je vais me faire enlever le feu ; j'ai des douleurs du dos à calmer... y'a pas de souci. »

Fichiers\\191118BL

1 référence encodée, couverture 4.25%

Référence 1: couverture 4.25%

« Qu'est-ce qu'un guérisseur pour vous ? »

Médecin - Je dois dire ce que je pense ? (...) Un charlatan. »

Fichiers\\191118RSY

1 référence encodée, couverture 1.44%

Référence 1: couverture 1.44%

« Après pour moi il y a « guérisseur » et « guérisseurs ». »

Fichiers\\191120LJ

2 références encodées, couverture 9.79%

Référence 1: couverture 6.71%

« Mais il faut pratiquer légalement la médecine. Je ne le fais que dans certains cas de pathologies, pour certaines étiologies aussi, où le coté psychosomatique est néanmoins très important. Je ferai très attention effectivement au charlatanisme et surtout pour les pathologies cancéreuses. Même si tu vois, hier on m'a parlé d'une personne suivie, elle n'a plus de cancer. Elle avait un cancer. Là, elle n'a plus de cancer. Donc... Bon ben je demande à voir, par contre je manque d'information pour corroborer. Donc là aussi il faut faire attention que des gens qui sont malheureusement très vulnérables, et vulnérabilisés par la maladie ne se laissent avoir par d'autres personnes qui sont dans ce cadre-là, pas très scrupuleux. Mais sinon ça a le mérite d'exister, il y a des résultats, je suis complètement ouvert à ça. Donc voilà. »

Référence 2: couverture 3.08%

« Que pensez-vous de la relation guérisseur/médecin ?

Médecin : Je n'en pense pas grand-chose puisque ça va être complètement personnel. J'ai les mêmes orientations et les mêmes envies, ou les mêmes accointances, avec certaines personnes que je connais. Mais je resterai prudent pour éviter que mes patients soient abusés par des personnes peu scrupuleuses. Ouvert mais prudent. »

Fichiers\\191123NP

1 référence encodée, couverture 4.07%

Référence 1: couverture 4.07%

« Là on est dans le charlatanisme, pour un médecin. C'est clairement du charlatanisme : un processus illusoire sans efficacité démontrée. C'était le débat qu'il y avait sur l'homéopathie. C'est très clair dans ma tête. »

Fichiers\\191126DL

2 références encodées, couverture 5.32%

Référence 1: couverture 4.02%

« Bon ou mauvais, est ce qu'il y'a des conseils de poursuite que vous avez déjà donnés ?
Médecin : Alors moi, je laisse libre les gens mais je m'assure qu'ils ne sont pas en train de les extorquer financièrement et qu'ils ne sont pas délétère pour eux. C'est à dire que s'ils leur disent de pas prendre les médicaments, alors là... »

Référence 2: couverture 1.30%

« Si j'avais voulu faire du fric, j'aurais fait guérisseur (*Rires*). »

Fichiers\\191205DC

1 référence encodée, couverture 2.22%

Référence 1: couverture 2.22%

« Première question, qu'est-ce qu'un guérisseur pour toi ?

Médecin - un charlatan ? »

Fichiers\\191203PF

1 référence encodée, couverture 4.68%

Référence 1: couverture 4.68%

« Et que pensez-vous des guérisseurs, de ce que vous considérez comme des guérisseurs ou de ce que vous mettez dans cette case ?

Médecin : Alors personnellement, ils me rendent de très grands services, à condition que l'on sache à qui on adresse les gens. Parce qu'il y a surement des charlatans, mais... Écoutez, jusqu'à présent, ils m'ont toujours rendu des très grands services. »

Annexe 4. Liste des médecines non conventionnelles

Selon l'OMS, cette liste détaille les différentes médecines non conventionnelles connues à l'heure actuelle.

Acupuncture : d'origine chinoise, application de très fines aiguilles en certains points du corps, sur le parcours de "méridiens" d'énergie.

Moxibustion : technique de stimulation par la chaleur des points d'acupuncture.

Aérobic : gymnastique qui modèle le corps et oxygène les tissus par des mouvements rapides effectués en musique.

Alexander (technique) : méthode qui consiste à reconnaître et à modifier les réactions psychologiques et kinesthésiques.

Alicament : aliments utilisés pour leurs propriétés thérapeutiques.

Alimentation dissociée : régime alimentaire consistant à ne pas mélanger tous les aliments entre eux.

Amaroli ou urinothérapie : Consiste à boire sous certaines conditions une partie de son urine pour stimuler les défenses de l'organisme.

Analyse bioénergétique : psychothérapie basée sur le lien entre typologie caractérielle et manifestations corporelles.

Anma (massage) (voir Massage).

Médecine anthroposophique : fondée sur l'anthroposophie.

Apithérapie : utilisation des produits des abeilles en vue d'améliorer et de maintenir la santé.

Aromathérapie : branche de la phytothérapie qui utilise des huiles essentielles de plantes.

Art-thérapie : pratiquer des activités artistiques dans un but thérapeutique.

Auriculothérapie : repose sur l'hypothèse d'une correspondance entre l'oreille externe et les différents organes du corps.

Autohypnose : pratique qui vise à atteindre soi-même un état mental de moindre vigilance permettant d'entrer en contact avec son subconscient.

Autosuggestion voir : Coué (Méthode)

Ayurvéda : médecine traditionnelle de l'Inde.

Bach (Thérapie florale de) : utilisation de 38 élixirs floraux (les fleurs de Bach) qui visent à agir sur les états émotionnels.

Balnéothérapie : utilisation des bienfaits de l'eau et des bains. Méthode à rapprocher du thermalisme.

Bates (Méthode) : amélioration de la vision par le biais d'exercices relaxants et de mouvements oculaires.

Biodanza : utilisation d'exercices dansés visant un mieux-être - voir aussi urythmie.

Bio-Énergie (voir Analyse bioénergétique).

Biofeedback : technique fondée sur la visualisation à l'aide d'appareils électriques des signaux physiologiques d'un sujet. Elle vise à permettre au sujet de contrôler ces signaux.

Biorythme : thérapies basées sur la prise en compte de trois cycles biologiques.

Chinoise (Médecine traditionnelle) : ensemble de thérapies inspirés de traditions médicales chinoises.

Herbologie chinoise : prescrire des plantes médicinales selon les principes de la médecine traditionnelle chinoise.

Chiropratique / chiropraxie / chiropractie (termes non officiels) : troisième profession de la santé au monde, sa pratique est fondée sur des ajustements vertébraux de façon à libérer les interférences nerveuses qui y sont rattachées. Ainsi, le chiropraticien met de l'emphase sur la capacité du corps à s'auto guérir. La chiropratique a pour but d'optimiser la santé par les ajustements chiropratiques ainsi que par des prescriptions d'exercices physiques et nutritionnelles etc. Il peut également faire du travail musculaire, faire des analyses de postures etc. Dans plusieurs pays, il a le droit au diagnostic.

Chirurgie psychique : sorte d'opérations pratiquées à main nue sur le corps du patient et ne laissant aucune trace d'incisions. Les guérisseurs philippins et brésiliens sont notamment connus pour cette pratique.

Chromathérapie : utilisation des couleurs pour soulager les pathologies.

Communication facilitée : méthode destinée à améliorer les capacités de communications des personnes handicapées de la parole.

Complément alimentaire : compléter son alimentation en nutriments (vitamines, minéraux, acides gras ou acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans l'organisme.

Coué (Méthode) : forme d'autosuggestion basée sur la persuasion par la répétition d'idées positives.

Crénothérapie ou cure thermale correspond à l'utilisation des eaux minérales naturelles dans un but thérapeutique - voir aussi Balnéothérapie, Thalassothérapie et Hydrothérapie.

Crudivorisme : pratique alimentaire qui promeut la consommation de nourriture non cuite.

Daoyin (voir Tao Yin)

Dentisterie holistique : elle ne considère pas la dent comme un organe isolé du reste du corps mais comme un élément vivant en interaction permanente avec l'individu à de multiples niveaux.

Détoxication : thérapie (souvent un régime alimentaire) prétendant éliminer des toxines présentes dans le corps.

Do In : technique d'automassage proche du Shiatsu utilisant la pression des doigts, c'est une des versions manuelles de l'acupuncture.

Drainage lymphatique manuel, méthode Vodder.

Médecine dosimétrique : méthode basée sur l'utilisation des alcaloïdes des plantes.

Électrothérapie : consiste en l'emploi de faibles courants électriques dans un but thérapeutique.

Équithérapie : méthode utilisant le cheval comme partenaire thérapeutique (voir Zoothérapie).

Ethnomédecine : approche pluridisciplinaire des sociétés et des cultures.

Étiopathie : traitement de manipulation des os et des viscères, proche de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Eurythmie : une thérapie complémentaire à la médecine anthroposophique.

Eutonie : prise de conscience corporelle visant un mieux-être.

Eye movement desensitization and reprocessing (« EMDR ») : thérapie par stimulation visuelle.

Fangothérapie : application de boues d'origine volcanique (fangoïdes), en cataplasme, à des fins thérapeutiques (rhumatisme, arthrose...). Voir aussi bain de boue.

Fasciathérapie ou fasciapulsologie : Libération des fascias par le toucher.

Feng shui : art chinois dont le but est d'harmoniser l'énergie (le Qi) d'un lieu de manière à favoriser la santé, le bien-être et la prospérité de ses occupants.

Méthode Feldenkrais : pédagogie où les élèves prennent conscience de leur mouvement dans l'espace et dans leur environnement, et des sensations kinesthésiques qui y sont reliées.
Fleurs de Bach (voir Bach) (Thérapie florale de).

Gua sha : médecine traditionnelle chinoise et une pseudo-médecine.

Gélothérapie : thérapie basée sur le rire.

Gemmothérapie : branche de la phytothérapie qui utilise les tissus embryonnaires des végétaux (jeunes-pousses, bourgeons, radicules).

Géobiologie : étude des influences de l'environnement sur le vivant, et notamment des ondes liées aux champs magnétiques et électriques, courants d'eau souterrains, réseaux métalliques, failles géologiques.

Guérisseur : personne qui guérit par des moyens empiriques ou magiques, en vertu de dons particuliers supposé ou à l'aide de recettes personnelles.

Méthode Hamer : traitement du cancer par voie psychanalytique. *Ryke Geerd Hamer fut condamné à trois ans de prison ferme en 2004 pour non-assistance à personne en danger, abus de faiblesse, détournement et propos négationnistes.*

Haptonomie : méthode de préparation affective à la naissance, communication avec le bébé, gestion de la douleur durant l'accouchement.

Héliothérapie : méthode de soin préconisant l'usage des rayonnements solaires.

Hippothérapie : Activités qui utilisent les équidés comment partenaire thérapeutique.

Hirudothérapie : traitement par les sangsues.

Homéopathie : traitement consistant à administrer au malade des doses infinitésimales d'un médicament.

Ho'oponopono : technique de guérison spirituelle de tradition hawaïenne.

Hydrothérapie : toutes utilisations de l'eau à des fins thérapeutiques, comprend le thermalisme, la balnéothérapie, la thalassothérapie et la crénothérapie.

Hygiène vitale : proche des théories de la naturopathie et de l'hygiénisme, elle préconise entre autres la détoxination.

Intégration posturale : thérapie psycho-corporelle qui vise à défaire à la fois les tensions et désordres physiques et émotionnels.

Médecine intégrative : désigne le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux médecines alternatives dans le suivi d'un patient.

Iridologie : technique de diagnostic et de prévention basée sur l'examen minutieux de l'iris.

Infrathérapie : forme de thermothérapie à base d'infrarouges longs, dont la source naturelle est le soleil.

Jeûne thérapeutique : nettoyage du corps humain par la privation ou la limitation de l'alimentation.

Katsugen Undo : c'est l'art de contacter et laisser agir notre énergie interne, proche du Seitai dont il est une branche.

Kinésiologie appliquée : diagnostiquer et traiter des maladies physiques ou psychologiques à l'aide du mouvement des muscles.

Kinothérapie : manipulations visant à soulager les douleurs musculaires et articulaires.

Kombucha : est une boisson acidulée obtenue par le biais de la culture d'un symbiote dans un milieu sucré. Elle aurait de nombreux effets positifs sur l'organisme.

Libération des cuirasses : thérapie des handicaps moteurs par une simili-psychanalyse.

Lithothérapie : utilisation de cristaux, roches et minéraux à des fins thérapeutiques.

Lomilomi : massage hawaïen.

Luminopuncture : technique qui remplace l'aiguille de l'acupuncture classique par un faisceau infrarouge. Elle est utilisée pour des soins esthétiques et médicaux.

Luminothérapie : traitement par l'exposition à la lumière de troubles dépressifs saisonniers.

Macrobiotique : alimentation à visée énergétique et de santé.

Magnétisme curatif : imposition des mains par des magnétiseurs.

Magnétothérapie : vise à soigner les maladies en utilisant des aimants.

Magnified Healing : méthode qui apporte la guérison par transmission d'énergie.

Manupuncture : régulation de l'énergie qui circule dans le corps en exerçant des pressions sur la main.

Massothérapie : techniques manuelles visant le mieux-être grâce à l'utilisation des massages.

Anma (massage) : massage d'origine chinoise qui vise à atteindre un état profond de relaxation et de bien-être intérieur.

Massage cachemiri : massage indien à visée relaxante.

Massage hawaïen Lomilomi : vise un mieux-être général.

Massage thaï : vise à libérer des lignes d'énergie bloquées considérées comme la cause des maladies.

Rolfing (massage) : technique de massage global continu du tissu conjonctif profond.

Médecine énergétique ou « Energo Chromo Kinèse » : thérapie mystique.

Méditation : regroupe plusieurs techniques de concentration qui, en dehors de leur visée spirituelle, sont parfois utilisées à des fins de relaxation et pour lutter contre le stress.

Mézières (méthode) : méthode de rééducation posturale.

Microkinésithérapie : technique manuelle qui vise à trouver dans l'organisme les « traces » d'événements traumatiques puis de stimuler les zones concernées pour déclencher les mécanismes d'auto-correction.

Microponcture : stimuler des points précis de l'organisme à l'aide d'un stylet en percussion. Technique voisine de l'acupuncture.

Musicothérapie : composante de l'art-thérapie, elle consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique.

Naturopathie : vise à rééquilibrer ou garder le fonctionnement de l'organisme par des moyens dits « naturels » : rééquilibrage alimentaire, hygiène de vie, phytothérapie, réflexologie, exercices physiques, relaxation... à tous les âges de la vie.

Neurale (thérapie) de Bruno Groening : transmission d'énergie manuelle à la frontière entre médecine et foi.

Nutrition Seignalet : régime alimentaire proscrivant les aliments à base de céréales mutées (blé, maïs, seigle...) ainsi que les produits laitiers animaux. Les aliments crus ou cuits à basse température (maximum 110 °C) sont conseillés. Les aliments biologiques sont privilégiés.

Orthothérapie : consiste à rétablir un ensemble d'éléments physiques dans un équilibre idéal par des mobilisations passives, actives, contrariées dans un climat de compréhension et conseils préventifs.

Oligothérapie : traitement d'un dysfonctionnement métabolique en administrant des oligo-éléments.

Ondobiologie : travaille sur les énergies usées.

Organothérapie : consiste en l'utilisation d'extraits de tissus ou d'organes de même nature que l'organe déficient à traiter.

Orgone : désigne une forme d'énergie qui aurait été découverte par le docteur Wilhelm Reich.

Orgonite : désigne des objets constitués d'un mélange de métaux, de matière carbonée et de cristaux ou minéraux qui visent à rééquilibrer l'énergie orgone de l'environnement.

Orthomoléculaire (médecine) : traitement par l'apport optimal de substances naturellement connues et reconnues par l'organisme.

Ostéopathie : thérapie fondée sur des manipulations manuelles. Proche de la chiropraxie et de l'étiopathie.

Ozonothérapie: a pour but de traiter différentes affections et symptômes en utilisant les propriétés chimiques de l'ozone.

Phytothérapie: utilisation des plantes médicinales.

Pilates (méthode): système d'exercice physique visant à rééquilibrer les muscles du corps.

Pratique énergétique : désigne toutes les pratiques qui utilisent un sens dérivé du mot « énergie ».

Programmation neuro-linguistique : ensemble de techniques destinées à améliorer la communication entre individus et à s'améliorer personnellement.

Psychanalyse : procédé d'investigation de processus mentaux inaccessibles autrement.

Psychobiologie : soin du corps par l'esprit et inversement.

Psychogénéalogie : méthode consistant à rechercher les événements, traumatismes, secrets, conflits vécus par les ascendants d'un sujet et qui conditionneraient ses troubles psychologiques, ses maladies, et ses comportements.

Psychosomaticien : discipline souvent pratiquée par un psychologue ou psychothérapeute, qui s'intéresse aux problèmes de santé qui implique à la fois le corps et l'esprit.

Psychosynthèse: branche du développement personnel visant à une psychologie de type holiste, élaborée par l'italien Roberto Assagioli.

Qi gong : mouvements accompagnés de respirations et de visualisations mentales qui vise un mieux-être général de l'esprit et du corps.

Médecine quantique : discipline incorporant le jargon de la physique quantique dans un discours à prétention médicale, pour produire un galimatias pseudo-scientifique.

Radiesthésie : utilisation d'un pendule ou d'une baguette permettant (entre autres) de diagnostiquer la maladie et le traitement adéquat.

Rebouteux : techniques empiriques de manipulations.

Réflexologie : techniques de manipulations et pressions exercées sur l'ensemble des pieds, des mains ou du visage, destinées au rétablissement d'une meilleure circulation dans l'ensemble du corps (Réflexologie plantaire - Réflexologie des mains - Réflexologie faciale ou Dien Chan - Réflexologie auriculaire).

Reiki, proche de la technique radiance : soin manuel par transmission d'énergie curative.

Résonance ou Biorésonance : thérapie consistant à repérer des « anomalies électromagnétiques » au sein des organes et de les rectifier en envoyant des signaux électriques de très faible intensité.

Respirianisme ou Inédie : thérapie consistant à arrêter de s'alimenter, considérant que la lumière du soleil fournit de l'énergie à l'organisme. *Plusieurs condamnations lourdes ont été prononcées envers des praticiens à la suite de nombreux décès d'adeptes de cette technique.*

Rolfing (voir Massage)

Ruqiya : guérison de la sorcellerie, djinns et mauvais œil par des versets du Coran et la tradition prophétique.

Science chrétienne : mouvement religieux visant la guérison physique à l'aide du retour à la foi chrétienne primitive.

Seitai : utilise des exercices d'assouplissement visant à restaurer la sensibilité du corps et ses capacités d'auto-guérison.

Shiatsu : technique orientale de pression manuelle sur des points précis, méthode proche du Duo In, une des versions manuelles de l'acupuncture.

Méthode Simonton ou Psycho-oncologie : traitement du cancer par la psychanalyse.

Sonothérapie : utilise les sons et les vibrations dans un but thérapeutique. C'est une technique de bien-être par le massage sonore.

Sophrologie : apparentée à la relaxation et à l'hypnose.

Spagyrie : fabrication de remèdes selon les principes de l'alchimie.

Tai-chi-chuan : art martial interne chinois aux mouvements lents et circulaires, visant un mieux-être général à la fois psychologique et physique, une harmonie avec l'univers.

Tantrisme : technique spirituelle mettant en œuvre des exercices corporels et sexuels visant un mieux-être.

Tao Yin : forme de gymnastique douce d'origine chinoise (proche du Qi gong) visant à préserver ou à rétablir la santé et à prolonger la vie.

Thaumaturgie : miracle par imposition des mains généralement effectué par un saint.

Thalassothérapie : utilisation dans un but préventif ou curatif du milieu marin. Voir aussi Balnéothérapie, Crénothérapie et Thermalisme.

Thérapie énergétique : utilisant un concept dérivé du mot énergie, désignant des forces invisibles, des divinités etc.

Thérapie manuelle : art de soigner avec les mains.

Thermalisme ou crénothérapie : concerne l'utilisation des eaux minérales à des fins thérapeutiques ou de bien-être. Méthode à rapprocher de la balnéothérapie.

Thermodermie : méthode utilisant l'alternance de dépressions et la diffusion intradermique éventuellement pulsée, d'un rayonnement rouge et infrarouge accompagnée d'un contrôle des températures cutanées.

Tibétaine (médecine traditionnelle) : combine une approche complexe de diagnostic avec l'utilisation de plantes et de minéraux.

Tipi : technique d'identification sensorielle des peurs inconscientes.

Tummo : forme de méditation tibétaine utilisée à des fins thérapeutiques.

Toucher thérapeutique : méthode prétendant détecter et rééquilibrer le fluide énergétique des malades.

Tradipraticiens : pratique médicale non conventionnelle de certaines communautés africaines.

Training autogène : technique de relaxation thérapeutique visant un apaisement du stress et de l'anxiété.

Vocale (Thérapie) : ensemble de techniques à médiation artistique qui consiste à chanter afin de soulager la douleur psychologique et physiologique.

Méthode Vitzo : école de psychothérapie alternative fondée sur la croyance en des ondes cosmiques dans le cerveau, ressenties dans les mains de certains élus.

Yoga : regroupe diverses techniques consistant généralement en la tenue de postures accompagnées d'exercice respiratoires. En dehors de sa dimension spirituelle, le yoga pratiqué en occident vise généralement à réduire le stress et à atteindre un mieux-être général.

Yunâni : il s'agit de la médecine grecque antique qui connaît aujourd'hui des développements dans plusieurs médecines traditionnelles du Moyen-Orient et d'Extrême-Orient, notamment l'ayurvêda.

Zoothérapie : vise à avoir recours à un animal domestique ou de compagnie (voir équitaérapie) afin de réduire le stress ou les conséquences d'un traitement médical auprès d'une personne souffrant de troubles mentaux ou physiques.

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.

Admise 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. Consciente 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.

Guérisseurs, entre méfiance et curiosité : point de vue des médecins généralistes du limousin. Étude qualitative de 23 entretiens.

Contexte : Dans un contexte d'une quête de sens et d'une recherche de nouvelles solutions, les patients se tournent de façon croissante vers les guérisseurs. L'essor de ces nouvelles pratiques, consécutif à l'évolution des besoins, poussent les médecins à se positionner vis-à-vis d'un pluralisme thérapeutique. **Objectifs :** Comprendre le comportement des médecins généralistes limousins envers le recours aux guérisseurs dans leur patientèle ; dresser un état des lieux des connaissances et des représentations des guérisseurs. **Matériel et Méthode :** Étude qualitative portant sur la thématique des guérisseurs auprès des médecins généralistes en Limousin au travers 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 :** 23 médecins généralistes ont participé aux entretiens semi-dirigés individuels. 356 codes axiaux sont ressortis et ont été regroupés en 6 thèmes : une thématique déstabilisante, les connaissances des médecins généralistes sur les guérisseurs, la dichotomie entre les deux protagonistes, la recherche d'une explication, les sentiments ressentis envers les guérisseurs et les relations entretenues entre le patient, le médecin et le guérisseur. **Discussion :** Le recours au guérisseur est encore un sujet délicat au sein de la relation médecin-patient, d'autant plus qu'il est difficile d'établir une classification des types de guérisseurs. Il est défini comme un aidant ancestral dont l'objectif est de soulager, et aujourd'hui en transition vers une modernisation de son exercice. Il reste vecteur de craintes par son irrationalité, les croyances magico-religieuses qu'il véhicule, son aspect non-EBM ou encore son illégalité professionnelle. Les médecins, curieux, sans en comprendre le mécanisme, recherchent une explication à certains résultats obtenus. Il est pour eux nécessaire de s'ouvrir à ces nouvelles pratiques dans le cadre d'un accompagnement du patient sur certaines pathologies, sous réserve d'un encadrement et d'un respect des limites de chacun. **Conclusion :** La relation guérisseur-médecin n'en est qu'à son balbutiement en raison de craintes plurielles du médecin. Pourrait-elle évoluer suite aux résultats futurs obtenus en recherche qualitative sur les interventions non médicamenteuses ?

Mots-clés : Guérisseur, Médecin généraliste, Relation Guérisseur-Médecin, Intervention non médicamenteuse.

Healers, between mistrust and curiosity : Limousin general practitioners' point of view. A qualitative study of 23 interviews.

Background: In the context where people are looking for meaning and new solutions, patients resort more and more often to healers. The growth of alternative practices, resulting from evolved needs of the patients, compels doctors to devote attention to therapeutic pluralism. **Objectives:** Understanding the Limousin general practitioners' behaviour towards the recourse to healers among their patients; establishing a state of play of doctors' knowledge about healers and conception of healers. **Materials and Methods:** A qualitative study about healers among Limousin general practitioners has been carried out, using semi-structured interviews following a predefined interview guide. The data collection has been done until saturation. Descriptive coding and thematic analysis have been realised with NVivo software. **Results:** 23 general practitioners have participated individually in these semi-structured interviews. 356 axial codes have been identified and clustered in 6 topics: a destabilizing theme, the general practitioners' knowledge about healers, the dichotomy between doctors and healers, the search for an explanation, the feelings towards healers and the existing relationships between patients, doctors and healers. **Discussion:** The recourse to healers is still a sensitive subject in the doctor-patient relationship, especially since it is difficult to establish a classification of healing types. A healer is defined as an ancestral helper, whose objective is to soothe, and is today modernizing his activities / practices. He remains generating fears due to his irrationality, to magic-religious beliefs that he conveys, to his "non-EBM" side or to illegality of practices. The doctors, curious, without understanding the mechanisms, are searching for an explanation to obtained results. It is necessary for them to be open-minded for these new practices as part of a patient's received support for specific pathologies, as long as it is controlled and as far as it is compliant with everyone's limitations. **Conclusion:** The healer-doctor relationship is just starting to evolve slowly due to the diverse fears from the doctors. Could it grow based on future results that might be found through qualitative research on non-pharmacological interventions?

Keywords: Healer, General practitioner, Healer-General practitioner relationship, Non-pharmacological interventions.

