Le « toucheur »

A propos d'un recours thérapeutique pour les nourrissons en Sarthe et Mayenne

Maï LE DU

Sage-femme, MCF en maïeutique à l'Université de Brest UBO

Peu de temps après mon installation en tant que sage-femme de ville à Sablé-sur-Sarthe, en 2006, je reçus à plusieurs reprises une « confession » peu ordinaire de la part de mes patientes. Abordant le problème récurrent des pleurs du nourrisson étiquetés comme « coliques », plusieurs femmes me confièrent avoir soulagé leur bébé en « *le faisant toucher* ». Intriguée par la succession des témoignages, je finis par leur avouer mon ignorance sur la définition de ce geste… Devant le regard ébahi de mes patientes, je constatai immédiatement l'étrangeté de ma question. De toute évidence, j'abordais là une pratique connue de tous, et seul le prétexte de mes origines non sarthoises sauvait ma crédibilité.

Quelques femmes compatissantes acceptèrent de me renseigner, les unes se méfiant de mes réactions, les autres visiblement flattées de mon intérêt. Je me décidai rapidement à interroger systématiquement toutes les mères qui se présentaient à moi au sujet de leur éventuel recours à cette « thérapeutique ». Je fus vite éclairée sur l'ampleur du phénomène : 49 des 51 premières mères interrogées originaires du secteur géographique du canton de Sablé et fréquentant mon cabinet répondirent par l'affirmative.

Je décidai donc de poursuivre plus avant mes investigations afin de mieux connaître l'univers mental des familles que j'accompagnais dans leur parcours de vie. Il me parut comme une évidence qu'apprendre à connaître leurs pratiques, leurs besoins, leurs habitudes, me permettrait d'accéder à une meilleure qualité de soin et à une plus grande proximité humaine, tellement nécessaire dans le rôle privilégié de « sage-femme de famille » que les jeunes parents me poussaient à assumer.

Pas tout à fait médecin, donc apte à leurs yeux à recevoir les confidences sans jugement, suffisamment crédible dans mes compétences à conseiller, mes capacités à examiner, diagnostiquer et traiter en autonomie, accueillie dans l'intimité des domiciles et des corps, prenant le temps de bavarder avec les amies, les grands-mères et les pères présents lors de mes visites, assez encline, je l'avoue, à goûter au café et aux gâteaux « maison », tout était réuni pour accéder sans même le provoquer à l'univers familier des pratiques populaires. Et je m'y suis plongée avec le double enchantement d'être à la fois sage-femme et ethnographe.

Il va de soi que le seul fait d'être sage-femme n'aurait pas suffi à structurer une recherche. Mon parcours allait donc prendre tout son sens grâce à mon cursus universitaire et aux connaissances acquises à cette occasion, qui allaient me permettre de franchir le cap entre la satisfaction d'une simple curiosité et sa conversion en termes – et en méthodes – scientifiques.

Ce chapitre d'ouvrage a pour objectif d'explorer l'univers actuel de cette pratique très ancienne dont le recours persiste au XXI^{e} siècle. Après en avoir précisé la définition et les caractéristiques principales dans cette région française, nous nous intéresserons aux modalités de son recours par les jeunes parents pour leurs nourrissons afin de tenter de comprendre comment et pourquoi cette pratique reste si vivace aux côtés de la médecine dite « conventionnelle ».

1 *Qui sont les « toucheurs » ?*

Les « toucheurs » font partie de la grande famille des guérisseurs, actuellement définie dans le dictionnaire Larousse de la langue française comme :

> « Personne qui prétend obtenir la guérison de certaines maladies par des procédés secrets, incommunicables, sans vérification scientifique démontrable et qui agit ainsi en contravention avec les lois sur l'exercice de la médecine. »[1]

Au sein de ce groupe des guérisseurs, les « toucheurs » se distinguent par leur imposition des mains en vue d'obtenir la guérison de la personne ainsi « touchée ». Ceci les différentie des « rebouteux », qui manipulent le système ostéo-articulaire pour en corriger mécaniquement les désordres.

L'historiographie des toucheurs traditionnels est difficile à reconstituer. Il existe en effet peu de sources sur ces pratiques ancrées dans la tradition orale et transmises essentiellement d'un individu à un autre, de génération en génération, dans un secret préservé. Ainsi les témoignages laissés dans l'histoire sont-ils presque exclusivement issus des détracteurs de ces pratiques, principalement des membres du corps médical. Jusque dans les années 1950 en effet, les écrits proviennent d'enquêtes menées par des médecins dans le cadre de la lutte contre le « charlatanisme » (Brouardel, 1906) et d'ecclésiastiques et adeptes de la psychanalyse se focalisant sur les récits de guérison

[1] Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur :http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais Consulté le 10/02/2016.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

et l'impact de l'inconscient (Oraison, 1955 ; Mellor, 1958). Les premiers travaux de sciences sociales apparaissent dans la décennie 1970 (Leonard, 1977 ; Loux, 1979 ; Favret-Saada, 1977 ; Bensa, 1978).

L'absence de lieu d'exercice spécifique dédié et de transaction financière déclarée participent sans doute à l'invisibilité historique de cet exercice, privant le chercheur des sources disponibles pour l'étude d'autres pratiques thérapeutiques, comme par exemple les dossiers de patients consultables dans les archives des institutions (Guillemain, 2010).

La difficulté d'accéder à la parole des guérisseurs et à celle des individus qui y ont recours est aussi un élément important dans la relative pauvreté des recherches publiées sur le sujet. Ces enquêtes nécessitent en effet une position toute particulière du chercheur, imposant d'une part une implication personnelle importante pour gagner la confiance des populations étudiées et permettre la libération de leur parole sur un sujet secret raillé par les non-initiés. Il est indispensable d'accepter d'entrer sans jugement dans ce mode de pensée thérapeutique, de sortir du « formatage » de la pensée scientifique académique, exercice difficile, a fortiori lorsque l'on est issu du monde médical et qu'on enquête sur son propre territoire d'exercice. Ces pré-requis rendent donc l'approche de ce terrain particulièrement difficile et ma double position de soignante et de chercheuse a grandement favorisé l'accès à la parole des individus concernés par cette pratique.

2 *Un contexte favorable à la préservation du recours*

Mon enquête s'est déroulée dans l'aire urbaine de Sablé-sur-Sarthe, dans les départements de la Sarthe (72) et de la Mayenne (53), entre 2006 et 2017.

Cette région, principalement rurale jusque dans les années 1960, est devenue peu à peu un important site industriel. L'industrialisation a commencé par l'implantation de deux fonderies en 1918 et en 1938, chassées de leurs sites d'origine par les grands conflits du siècle. Bien qu'éloignée des sources de matières premières et de combustibles, la ville de Sablé-sur-Sarthe fut choisie pour sa situation géographique et grâce à la présence du chemin de fer sur son territoire. Suivit ensuite le développement important d'industries agroalimentaires recrutant des personnels non qualifiés, ce qui permit à la population locale rurale d'opérer sa conversion sans quitter le territoire et de conserver son style de vie. Actuellement, le secteur est toujours très actif, avec des usines agroalimentaires qui attirent désormais une forte population venue d'Afrique subsaharienne et d'Afrique centrale.

Ce contexte économique éclaire la préservation du recours à une pratique courante sur le territoire : l'origine rurale, le maintien sur le territoire local de la population malgré la mutation de la ruralité vers l'urbanisation expliquent l'extraordinaire survivance de pratiques anciennes dans un contexte industriel.

La structure de la population générale de l'aire urbaine au moment de la recherche montre une prédominance des classes populaires avec une majorité d'employés et d'ouvriers. La population féminine est principalement constituée d'employées, d'ouvrières et de membres des professions intermédiaires, structure retrouvée dans la popula-

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

tion enquêtée. Bien que moins nombreuses, des femmes cadres supérieures et cadres commerciales des entreprises avoisinantes sont également représentées dans mon corpus d'enquête, composé de 280 femmes enceintes ou ayant récemment accouché et consultant à mon cabinet pour leur suivi de grossesse, leur préparation à la naissance et la parentalité (PNP), ou le suivi postnatal (suivi d'allaitement, visite postnatale, rééducation périnéale). Cette période s'étend donc principalement du début de leur grossesse à environ six mois après l'accouchement.

3 Un recours massif, une pratique dissimulée

Les 55 premières femmes de ma clientèle que j'ai interrogées de manière aléatoire sur leur recours aux toucheurs ont permis de révéler sans équivoque la présence de la pratique dans le parcours de soin des nourrissons : seules six femmes diront ne pas avoir fait toucher leur bébé. Parmi elles, deux étaient étrangères à la région, contrairement à leur conjoint, originaire du secteur. Elles m'ont dit refuser ce genre de pratiques tout en confiant avoir bien du mal à résister à la pression de la belle-famille menaçant d'y mener le bébé en cachette. Une autre, nouvellement installée à Sablé avec un conjoint également étranger à la région n'avait pas connaissance de cette « habitude », tandis que deux autres, autochtones, déclarèrent *« ne pas encore avoir eu besoin »* mais précisèrent qu'elles y seraient allées si l'état de santé du bébé l'avait nécessité. Toutes deux, déjà mères, me précisèrent d'ailleurs avoir fait toucher leur enfant aîné lorsqu'il était nourrisson. Quant à la dernière, originaire du secteur, elle me dit ne *« pas croire à ces trucs-là,* [et que ses] *parents déjà n'y croyaient pas ».*

Si le recours au toucheur concerne indifféremment toute la structure sociale de la population enquêtée, la parole sur le recours est, elle, fortement marquée socialement. Il m'est apparu de façon récurrente que les femmes issues des classes populaires parlaient très naturellement (voire spontanément) de cette pratique, tandis que les femmes des classes moyennes et supérieures montraient une gêne à avouer ce recours. Elles ont généralement débuté par feindre ne pas comprendre ma question avant d'y répondre lors d'un rendez-vous ultérieur, une fois assurées de mon absence de jugement. La parole de toutes sur cette pratique devenait alors parfaitement libre.

Le recours aux toucheurs est discret, voire secret, lorsqu'il sort de la sphère de l'intime. Si en famille, entre amis, il n'existe aucun tabou sur ce sujet – c'est dans cette sphère que se transmettent à la fois le conseil de faire toucher l'enfant et la bonne adresse où se rendre – il existe *en revanche* très souvent une méfiance à aborder le sujet avec des gens qu'on ne connaît pas bien, et on évite généralement de l'évoquer de peur de « *tomber sur quelqu'un qui n'y croit pas* ». Dans le cercle des intimes par contre, on insiste volontiers pour convaincre un incrédule rattaché à la famille par alliance ou un ami étranger à la région du bien-fondé de ce recours thérapeutique ou prophylactique. *On donne alors* les coordonnées de la personne qui « touche » toute la famille, contact transmis souvent depuis deux, voire trois générations. Contrairement à ce qu'il m'avait semblé en début du recueil de ces témoignages, ce ne sont pas exclusivement les femmes qui conseillent : un père ou un grand-père ayant été satisfait par un toucheur peut également guider ce choix. Lorsque le toucheur habituel ne pratique plus ou est décédé, un couple d'amis ou une amie ayant eu récemment un enfant peut donner les

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

coordonnées du toucheur auquel il ou elle a eu recours ; le rendez-vous n'est accordé qu'à la condition expresse de fournir le nom du conseiller.

Quant au médecin, *« Oh non ! On ne lui dit pas ! »* me répond-on. La peur d'être jugée, la peur de froisser le médecin qui de toute façon « *n'y croit pas* » est l'argument le plus courant. Parfois la réponse est simplement *« ça ne le regarde pas, c'est autre chose, et de toute façon il critiquerait ».*

Celles qui ont dit au médecin qu'elles allaient faire toucher l'enfant ont rencontré différentes réactions en retour : l'indifférence « *faites ce que vous voulez* », le déni « *il n'a rien dit du tout comme s'il n'avait rien entendu* », l'hostilité, ou encore – plus rarement – une tolérance complice *« elle y croit aussi ».*

Le traitement du sujet est en effet très variable en fonction du praticien. Dans les témoignages recueillis auprès de cinq médecins généralistes, il m'a semblé possible de mettre en évidence un clivage générationnel : si les plus anciens (de la génération des grands-parents et des parents des jeunes mères actuelles) affichent une connaissance plutôt bienveillante du phénomène tout en restant dans une attitude de pudique indifférence, les plus jeunes semblent, eux, totalement ignorants de l'univers culturel de leurs patientes. Ceux qui en ont « vaguement entendu parler » expriment leur hostilité pour celles et ceux qu'ils soupçonnent de charlatanisme cupide.

Est-ce lié à une évolution récente du rapport à l'intime dans la médecine conventionnelle ? Est-ce le témoignage d'une plus grande discrétion populaire par rapport aux pratiques traditionnelles ? Est-ce la relation soignant-soigné qui aurait perdu en proximité et installé un clivage nouveau entre le médecin et son patient ? Est-ce la formation médicale actuelle qui, dans son approche, se serait déconnectée de la réalité des diversités d'attitudes des patients, préférant les occulter pour mieux imposer une nouvelle forme d'hégémonie ? Toutes ces hypothèses sont partiellement vérifiées par un travail plus approfondi (Le Dû, 2022).

J'ai recueilli le témoignage de deux puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile (PMI), professionnelles paramédicales de la petite enfance qui interviennent à domicile et en dispensaire dans le suivi des nourrissons au cours de leurs premiers mois de vie. Elles m'ont confirmé la fréquence de la sollicitation des toucheurs par les jeunes parents, qui leur en parlent assez ouvertement. L'attitude ce ces infirmières – et nous ne généraliserons pas, car les professionnelles de cette catégorie peuvent parfois être perçues comme des juges de bonne conduite par des parents en délicatesse avec les services sociaux – est faite d'écoute bienveillante et d'un cautionnement discret, respectueux du secret entourant la pratique :

> « Je ne demande jamais qui ils vont voir, ni *a posteriori* s'ils y ont été et comment ça s'est passé. Parfois ils me disent que ça a fait du bien, je n'en demande pas plus ».

La plus ancienne des deux puéricultrices affiche même une complicité profane de femme maternante, doublée d'un ancrage professionnel : elle ne juge pas le recours à des pratiques de médecine populaire traditionnelle mais ne les cautionne pas tota-

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

lement non plus, préférant orienter ses préconisations vers une autre méthode alternative, l'ostéopathie, peut-être moins « irrationnelle » à ses yeux, ou du moins plus actuelle.

Le recours à cette pratique multiséculaire persiste donc discrètement mais de manière extrêmement vivace sur ce territoire grâce, entre autres, à un contexte historique spécifique. Cette survivance peut sembler tout à fait étonnante dans le contexte actuel d'accès facile, non contesté et normalisé aux soins médicaux, du moins pour la population concernée par l'étude. Quelle place occupe donc ce recours dans le parcours de soin des nourrissons ?

4 Le toucheur, le médecin, des rôles complémentaires

Si les familles recourent massivement et dans le secret à ces pratiques thérapeutiques alternatives, elles restent pour autant fidèles au médecin et suivent le parcours de soin conventionnel sans restriction.

Les indications de consultation chez le toucheur sont très stéréotypées, tout comme les raisons évoquées pour aller chercher ce complément de prise en charge hors du cabinet du médecin traitant. Parfois, le médecin n'accorde que peu de crédit à la plainte, se contentant d'une prescription médicamenteuse laissant la jeune mère seule face à son angoisse :

> « il m'a dit que c'était normal les coliques, qu'il fallait attendre que ça passe, mais je vois bien que mon bébé a mal, je ne peux pas le laisser comme ça » ; « il m'a donné des médicaments, mais ça ne fait rien ».

Il arrive aussi que la femme juge ce recours totalement hors du champ médical, considérant que,

> « c'est autre chose, ça n'a rien à voir avec le docteur ».

La pratique est alors strictement parallèle aux consultations médicales.

Qu'elles pallient une carence de la médecine conventionnelle ou qu'elles en soient d'usage strictement parallèle, les indications de consulter le toucheur pour le bébé sont toujours du même type : d'abord curatives des désagréments liés à l'adaptation à la vie extra utérine dans les toutes premières semaines de vie, puis protectrices contre les symptômes et dangers générés par les grandes étapes du développement humain.

Deux périodes, correspondant à des indications différentes, conduisent en effet les parents à amener le nourrisson se faire toucher. Avant trois mois, il s'agit avant tout de guérir ; plus la consultation est précoce, plus la demande est curative. L'absolue récurrence des réponses ne laisse aucun doute sur ce sujet. L'enfant est conduit pour la première fois chez la personne qui touche en majorité entre deux semaines et trois mois de vie. Les indications de consultation citées par les parents sont alors toujours liées à des pleurs de l'enfant qu'on n'arrive pas à calmer. On retrouve principalement

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

les coliques, décrites comme des pleurs fréquents associés à des gaz intestinaux et à des mouvements d'inconfort du bébé :

> « Il se tortille, pète et pleure beaucoup. On ne sait plus comment le calmer ».

Les régurgitations fréquentes et accompagnées de pleurs, les érythèmes fessiers douloureux sont aussi cités, mais moins fréquemment. À la frontière entre le préventif et le curatif, on trouve les bébés qui bavent beaucoup et, comme toujours, qui pleurent. Les parents pensent que la poussée dentaire débute, mais, avant trois mois, le diagnostic posé par le toucheur est presque systématiquement le « muguet [2] ». Les problèmes cutanés sont très peu évoqués à cet âge, indications que l'on retrouve plus fréquemment en cas d'eczéma chez l'enfant plus grand. Les toucheurs interrogés confirment unanimement ces indications.

Selon Madame M., – toucheuse sarthoise très sollicitée pour le soin aux bébés qui m'a accueillie pour observer sa pratique –, la demande principale pour le nourrisson est la résolution des « coliques », ces maux de ventre explicites du bébé qui « *grimace, se tortille, pleure* ». Souvent, elle dit retrouver le fameux muguet, qu'elle diagnostique grâce à un ensemble de signes cliniques, et qu'elle ressent également chez l'enfant dans son système digestif en parcourant de la paume de la main la surface du corps du bébé, sans le déshabiller et en restant à la distance de quelques centimètres au-dessus. Lorsque je lui demande ce qu'elle ressent, elle me répond juste « *je le sens, c'est comme ça* ». Monsieur S., – toucheur mayennais également très consulté par les jeunes parents – reconnait lui aussi ces indications.

> « La gorge plein de lait épais ça c'est le muguet [...]. Autrement c'est des coliques, les bébés dorment pas, dès qu'ils ont mangé ils ont mal au ventre, ça digère point, c'est calé là, quoi, alors on doit enlever ça aussi. »

Au-delà de trois mois, la consultation devient surtout préventive, bien que la décision de consulter continue de faire suite à l'apparition de signes particuliers : l'enfant bave beaucoup, pleure, et a éventuellement un érythème fessier. Le signal est alors donné pour la consultation de protection contre les douleurs de poussée dentaire.

La persistance historique de la préoccupation relative à la période d'apparition des premières dents est remarquable. Combien de fois n'entend-on pas en effet les jeunes mères redouter cette étape, ou justifier une attitude ou un symptôme inhabituel du nourrisson par un « *c'est les dents* » empreint d'une inquiétude non feinte ? Que le lien entre maux infantiles et poussée dentaire soit avéré ou pas, force est de constater que les indications de recours au toucheur qui persistent, tant en « préventif » qu'en « curatif », sont intimement liées à cette période et aux douleurs qu'elle produit. L'inquiétude des parents lors la première période de poussées dentaires de leur bébé est généralement disproportionnée au regard des risques encourus et doit donc être considérée au-delà de la simple préoccupation de l'inconfort que ce phénomène engendre.

[2] Terme populaire pour la colonisation digestive au germe candidae albicans, fréquente dans les premières semaines de vie.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

En effet, si les maux attribués aux poussées dentaires sont nombreux et divers (douleurs, mais aussi diarrhées, otites, fièvres, érythèmes fessiers, irritabilité, troubles du sommeil), ils ne menacent plus guère la vie de l'enfant ; ces complications sont facilement prises en charge par les médicaments proposés en médecine conventionnelle. Et pourtant, cette étape du développement continue d'entraîner l'appel aux pratiques traditionnelles de protection.

Sans doute faut-il aller chercher une explication dans le passé. Dans les représentations populaires de la France traditionnelle, le nouveau-né arrivait au monde inachevé, plus proche de l'animal que de l'humain (Loux, 1979). Pour l'amener au stade d'« humain achevé » nous dit Françoise Loux, de nombreux processus se succédaient afin que « le corps nature devienne corps culture ». Tous ces processus se traduisaient dans des attitudes de soins (par le façonnage des corps en premier lieu (Gélis, 1984), des procédés thérapeutiques et des rites de socialisation dont le premier était le baptême. L'enjeu était donc double : amener le petit d'homme au statut d'humain, indépendant et autonome, et l'intégrer dans sa communauté.

La naissance en elle-même ne représentait pas l'entrée dans la communauté des humains, qui n'aboutissait qu'au terme d'un long processus de maturation. Ainsi l'allaitement faisait-il persister le lien charnel et de dépendance entre le nourrisson et sa mère engagé pendant la gestation. C'est donc la période du sevrage – correspondant peu ou prou à l'arrivée des premières dents – qui marquait la rupture véritable et l'indépendance de l'enfant. Cette période, comme toute période de rupture et de transition entre deux états, était considérée comme à haut risque de mort, « testant » en quelque sorte la qualité de la préparation de l'enfant à sa vie d'humain consacré. C'est donc dans ce contexte qu'il me semble important de replacer l'indication principale de consultation chez le toucheur, indication résistant au temps et à la modernisation des prises en charges symptomatiques. Si la préoccupation de la douleur a remplacé la peur consciente de la mort, la puissance symbolique de cette étape de vie semble encore extrêmement marquée, bien qu'elle ait disparu de la conscience populaire.

Françoise Loux évoquait la « solitude des mères » résultant de la disparition apparente des pratiques populaires, les jeunes femmes ne trouvant pas chez le médecin ou dans les médicaments prescrits de réponse à leurs angoisses. C'est d'ailleurs une des constatations que fait Madame M., toucheuse :

> « Ces pauvres petites mamans, elles ont besoin d'être écoutées et rassurées plus qu'autre chose. Leur bébé pleure, elles ne savent plus quoi faire, elles pensent qu'elles n'y arrivent pas ».

Les jeunes mères savent donc s'appuyer sur l'efficacité symbolique des pratiques populaires qu'elles font ainsi perpétuer pour apaiser les craintes relatives à leur nourrisson. Loin d'être figés, ces recours évoluent et s'adaptent aux préoccupations de l'époque. Concernant les soins aux nourrissons, une « actualisation » exemplaire s'est opérée au cours des trente dernières années, objectivable par l'observateur : la lutte contre la douleur s'est en effet substituée à la lutte contre la mort dans les discours des praticiens.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

5 Le spectre de la mort remplacé par la crainte de la douleur

Comme nous l'avons vu, une des premières raisons qui amène les mères à « faire toucher » leur bébé est le mal de ventre, que tout un chacun, médecin comme parent, appelle « colique ». Or, il m'est apparu lors des échanges avec les femmes plus âgées – mères et grands-mères de mes patientes –, que la prédominance de cette indication est assez récente.

> « Dans notre temps c'était contre le carreau et le chapelet qu'il fallait protéger les enfants »

disent-elles, l'une d'entre elles affirmant même que,

> « les coliques, ça n'existait pas de mon temps, je ne sais pas ce qu'ils ont tous avec ça… ».

Sur le plan sémiologique, ce qu'on appelle colique du nourrisson est avant tout en lien avec des pleurs difficiles à apaiser, récurrents et attribués à des douleurs intestinales. Ces pleurs peuvent être présents dès les premières semaines de vie avec un acmé entre six et huit semaines et jusqu'à un âge peu précis situé entre quatre et six mois. Elles sont imputées tantôt à une immaturité du système digestif, tantôt à l'alimentation elle-même (alimentation de la mère si elle allaite, nature du lait maternisé si l'enfant est nourri au biberon), et font surtout l'objet d'un aveu d'ignorance d'une étiologie précise par le corps médical (Bellaïche, 2012)…

L'évolution de cette indication oubliée est intéressante : du spectre de la mort symbolisé par un « mal » digestif somme toute très abstrait dans le discours des personnes, l'indication semble avoir « glissé » vers la gestion d'une douleur tout aussi imprécise affectée du nom de « colique » et marquant la difficulté d'adaptation du bébé à son nouveau mode d'alimentation extra-utérin.

Dans les témoignages recueillis chez les mères et les grands-mères des jeunes femmes, cette protection contre le « carreau et le chapelet » est qualifiée d'incontournable : toutes témoignent que,

> « autrefois, on devait toujours les faire toucher contre le carreau et le chapelet, sinon on disait qu'ils risquaient de mourir ».

Monsieur S., toucheur, confirme :

> « Votre maman elle doit connaitre ça par cœur, si vous le soignez pas, le bébé, si il a le chapelet, le carreau ou un truc comme ça, ben 2 jours, 3 jours, il est dans le cimetière, hein. Si vous faites rien. »

tandis que Madame M., toucheuse, affirme qu'il fallait impérativement en protéger les bébés, car son apparition constituait une urgence vitale. Elle se dit incapable de

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

préciser s'il s'agissait d'un microbe… *« C'est un mal »*. Je n'ai pas réussi à savoir si elle considérait ce risque comme toujours présent et si elle agissait contre lui. J'ai demandé à chaque femme qui me parlait de ces maladies de m'expliquer en quoi elles consistaient, et chacune m'en a donné une description différente : pour la mère d'une de mes patientes, âgée d'une cinquantaine d'années, rencontrée lors d'une visite à domicile, le carreau était une maladie qui se caractérisait par des petits carreaux se dessinant sur la peau du dessus des mains. Elle ne peut en dire plus, sauf que c'était dangereux. De toute façon, on en protégeait toujours les bébés dès le plus jeune âge. Pour une autre femme de cette génération, il s'agissait d'un problème de poumons, avec la peau du thorax qui se marquait de petits carreaux. Là encore, la notion de risque vital primait. Sur la disparition de ce « risque », nulle n'a su quoi répondre : « *Tiens, oui, c'est vrai, on en parle moins* » ai-je entendu affirmer à plusieurs reprises. Les médecins, eux, m'ont dit ne pas connaître la signification de ces mots ni la corrélation avec une pathologie connue. La génération ayant actuellement des enfants en bas âge n'évoque plus jamais ces termes, et semble même les ignorer, sauf éventuellement comme citation d'une mère ou d'une grand-mère.

6 Un recours magico-religieux

Au cours de mes visites chez Madame M. et Monsieur S., j'ai été frappée par la récurrence des références à la religion catholique dans leurs discours et leurs décors familiers. Madame M., qui affirme que son don lui vient de Dieu, déclare « dire des prières dans sa tête » pour aider le soin. Monsieur S., lui, décrit ainsi sa pratique :

> « Je fais un signe de croix, je mets ma main dessus le bébé ».

Le décor domestique de la toucheuse est composé d'icônes religieuses, de statuettes et de croix ornant les murs et les étagères. Si ce n'est pas le cas du décor intérieur de chez Monsieur S. – pour la pièce visitée du moins –, ce dernier par contre arborait une grande croix autour du cou pour me recevoir et les références au catholicisme étaient omniprésentes dans son discours. Mes patientes ayant eu recours à d'autres toucheurs et toucheuses me décrivent le même contexte, à des degrés divers. À noter que la prière est toujours présente dans l'accompagnement du geste.

Devant cette constatation, j'ai souhaité connaître l'opinion des représentants de la religion au sujet de l'usage de ces références dans la pratique des toucheurs. J'ai pour cela rencontré deux prêtres, aux positions très différentes.

Le Père A. m'avait été conseillé par mes patientes catholiques pratiquantes en tant que prêtre spécialisé dans les affaires occultes du diocèse. Interrogé sur l'action des toucheurs, il condamne sans équivoque leur intervention tout en reconnaissant son efficacité sur la suppression des douleurs de brûlures, zona ou de poussée dentaire des nourrissons. Il classe cette activité dans la catégorie de la magie blanche qui consiste à invoquer Dieu et les Saints en prétendant s'approprier la puissance divine. Or, selon lui, un humain ne peut en aucun cas prétendre posséder un don qui de fait n'appartient qu'à Dieu. Le fait de pouvoir guérir, qui plus est de répéter le geste efficace à l'envi, provient donc d'un autre que de Dieu, « *c'est le Malin qui est derrière tout cela.* ».

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Il est donc primordial selon lui de mettre en garde les couples qui pourraient avoir recours à ce genre de pratiques, et les inciter à fuir si le toucheur se met à marmonner des prières inaudibles car c'est le signe qu'il invoque le Malin et non Dieu. Alors, dit-il, l'enfant est en grand danger.

Un autre prêtre, le Père B., d'origine togolaise, exerce depuis deux ans au sein d'une commune rurale située à une quinzaine de kilomètres de Sablé lors de notre rencontre. Interrogé sur sa connaissance des toucheurs, il insiste sur le fait que les paroissiens ont recours à lui avant tout pour se protéger et se rassurer. Il dit être fréquemment sollicité pour aller bénir des maisons et des appartements : « *je célèbre l'Eucharistie pour rassurer le paroissien* ». Il ne nie pas la réalité de l'action du Malin dans le monde et agit donc « en protection ». Pour ce qui concerne la guérison, il ne remet lui non plus pas en cause l'efficacité thérapeutique du toucheur :

> « Dieu donne sa grâce à qui il veut, quand il veut, sans nécessité que cette personne soit chrétienne ; il ne faut pas privatiser la grâce de Dieu en prétendant que seul le prêtre a cette capacité ».

À de nombreuses reprises, il précise

> qu'« en Afrique la question de protection se pose à tous, peu importe le contexte, religieux ou non. Les hommes sont constamment en quête de sécurité, de protection, et il y a moins de réticence qu'ici pour en parler ».

L'efficacité thérapeutique du toucheur n'est donc absolument pas remise en cause par ces prêtres. Ce sont bien les pratiques populaires situées hors du « contrôle » du prêtre qui sont condamnées par l'un, alors que le second est plus tolérant à leur égard. La position de ces clercs face à ces pratiques est finalement assez proche de celle observée chez les médecins. Ceux qui condamnent les pratiques le font principalement pour leur marginalité face à la doxa et ils brandissent alors l'argument du danger. Les autres, plus tolérants, font éventuellement référence à une efficacité symbolique autant bénéfique qu'inoffensive.

7 La délicate question de la rétribution

Certains des médecins enquêtés ont avancé dans leur critique la possible cupidité des guérisseurs. Dans le réseau étudié lors de mon enquête, cette crainte révèle une méconnaissance de ce système de soin, basé sur une organisation d'obligation triple – donner-recevoir-rendre – telle qu'elle est décrite par Marcel Mauss (Mauss, 1923). Le mode de rémunération est identique dans tous les témoignages recueillis : on donne ce qu'on veut en partant de chez le toucheur. La rétribution se fait en général par l'intermédiaire d'une boîte dans laquelle on glisse une pièce ou un billet. Dans mon corpus, les sommes varient entre cinq et vingt euros mais semblent pouvoir être bien inférieures comme le décrit un toucheur sarthois interviewé dans la presse locale en 2010[3]. Dans le cas du recours à un toucheur membre de la famille, les femmes n'ont

[3]Selon un témoignage de toucheur cité plus tard dans ce travail, issu du dossier sur les toucheurs paru dans *Le Maine Libre* en 2012.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

rien déboursé alors que pour une des femmes rencontrées, il s'agissait d'une voisine ; la jeune mère a alors offert une plante à la toucheuse en guise de remerciement car *« quand même, ça me gênait ».* Il n'est pas rare que quand l'enfant doit être touché plusieurs fois pour un même problème, le toucheur n'accepte d'être rémunéré que lors de la première visite. Madame M. m'a par ailleurs confié qu'en cas de guérison, les « gens » lui apportaient souvent un cadeau en remerciement, généralement une plante. La profusion de végétaux dans la pièce de vie et de consultation de Madame M. témoigne de son efficacité !

Madame M. a, selon ses dires, reçu un « don », qui est un don de Dieu. Elle ne conçoit pas de ne pas le mettre au service des humains qui en ont besoin :

> « J'ai le don, la moindre des choses c'est d'en faire profiter les autres. Je n'ai pas le droit de ne pas utiliser ça pour faire du bien puisqu'on me l'a donné ».

Elle a reçu, elle redistribue. Pour sa part, la femme qui vient consulter pour son nourrisson qui reçoit de la toucheuse, donne à son tour quelque chose en échange. Celle qui ne rétribue pas en espèces sonnantes et trébuchantes va faire un cadeau, ce qui se produit si le soin a été prodigué par un toucheur issu d'un réseau de proches mais extérieur au cercle familial. Quant à la famille, elle apparaît ici comme un cercle désintéressé, au sein duquel la solidarité, voire le don pur, considéré comme un acte autonome, gratuit, sans contrepartie et définitif, est de rigueur en ce qui concerne la santé.

La triple obligation décrite par Marcel Mauss de donner-recevoir-rendre s'applique bien ici, et les quatre mobiles auxquels obéissent les humains, à savoir l'intérêt pour soi et l'intérêt pour autrui, l'obligation et la liberté-créativité, trouvent dans notre contexte tout son sens.

8 Les objets de protection

L'importance de l'efficacité symbolique dans ces pratiques populaires incite à mettre en valeur l'utilisation persistante des objets de protection, encore très employés dans la population des jeunes parents de mon enquête. À nouveau, j'ai été extrêmement surprise de découvrir la survivance de cette pratique. Ce recours ne m'était pas inconnu, mais je le considérais comme exotique car j'avais jusqu'alors exclusivement observé ces différentes amulettes sur les corps de mes petits patients originaires des différentes régions d'Afrique. Cette prévention par des objets, c'est à dire par la contiguïté et le contact au corps, est, dans ma population d'enquête, généralement utilisée en complément de l'action protectrice du toucheur.

Les objets de protection que j'ai retrouvés sont de trois natures différentes : des parties d'animaux – ce sont ces amulettes qui appartiennent le plus à la tradition locale –, des médailles religieuses et des colliers minéraux (colliers d'ambre), ces derniers étant plus connus car, connaissant un regain d'attention auprès des jeunes parents y compris urbains, ils donnent lieu à une commercialisation en vogue et à une publicité médiatisée.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Je n'évoquerai ici que les extraits animaux retrouvés dans des petits sachets épinglés dans le sous-vêtement du bébé. J'ai mis du temps à les remarquer tout d'abord, puis à faire parler les mères à leur sujet car si ces derniers appartiennent au registre secret de la tradition populaire au même titre que les toucheurs, l'aveu de leur utilisation suscite plus d'embarras. La gêne à leur évocation a été systématique :

> « C'est ma grand-mère qui veut qu'on le fasse »

ou encore :

> « Oh, c'est pour la tradition »…

Deux objets sont principalement utilisés : les pattes de taupe et les crânes de taupes. (jamais nommés ainsi, mais désignés sous le terme de dents de taupes). Ces pratiques empiriques et symboliques visent à protéger les enfants durant la période charnière de la première poussée dentaire. Ces pratiques sont très anciennes, puisqu'on en retrouve des traces iconographiques et matérielles dans la Rome et la Grèce Antiques (Dasen, 2015).

Parmi elles, les dents et les pattes de taupes sont connues depuis longtemps, et leur symbolique a été étudiée par Françoise Loux dans son chapitre dédié à la puériculture traditionnelle (Loux, 1983). Ainsi attribue-t-elle au choix de la patte de taupe dans cette protection trois justifications symboliques : la patte puissante du petit mammifère a la force de traverser le sol, et par analogie accompagne la dent qui traverse la gencive. Capable de creuser des galeries, les bombements de la terre qu'elle provoque ressemblent à celui de la gencive poussée par la dentition. De plus, la taupe est considérée dans la représentation populaire comme un nuisible, vivant sous terre donc proche de la nuit et de la mort. C'est justement cet aspect symbolique de l'animalité que l'on cherche à maîtriser chez l'enfant en voie d'humanisation.

Comme dans le recours au toucheur, nous pouvons constater que les jeunes mères savent recourir à des pratiques populaires qui apaisent leur anxiété et leur solitude face à l'évolution de ce nourrisson dont elles ont la responsabilité. Cette solitude, les jeunes mères y sont actuellement fortement confrontées du fait de l'organisation sociale. Souvent géographiquement plus éloignées du milieu familial pour les populations urbaines, elles se retrouvent isolées au cours des semaines de post-partum, souffrant d'une absence de soutien moral, logistique (courses, ménage, lessive, repassage), et de « relais » sur qui se reposer. Leurs mères sont souvent loin et pour la plupart peu disponibles car encore en activité professionnelle. Les amies sont elles aussi au travail. Quant aux conjoints, même s'ils bénéficient de congés de paternité, ils apparaissent comme de piètres soutiens car soumis aux mêmes inquiétudes que leurs compagnes. Pour les jeunes parents de mon corpus, « restés au pays », la solitude est également de mise, cette fois par la disqualification fréquente des conseils de la mère, ou pire encore, de la belle-mère : l'univers culturel autour du maternage a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, rendant obsolète les « façons de faire » recommandées il y a seulement 20 ans dont sont détentrices les jeunes grand-mères. La position

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

de couchage des bébés, la valorisation de l'allaitement maternel, l'attitude face aux pleurs des nourrissons (prendre ou ne pas prendre dans les bras), la stérilisation des biberons, la diversification alimentaire, tous les conseils concernant ces éléments ont été profondément modifiés, voir inversés. Les femmes sont donc livrées à elles-mêmes à la sortie de plus en plus précoce (trois jours) de la maternité avec une liste de recommandations consignées dans le carnet de santé, consignes en totale contradiction avec celles que leurs propres mères ont connues. Les médecins, jugés peu disponibles et peu enclins à prendre le temps du conseil et de l'écoute, ne sont pas considérés comme des personnes ressources. Parfois, comme nous avons pu l'évoquer, une professionnelle se situant dans ce registre (sage-femme libérale, puéricultrice de PMI) est disponible dans le tissu de soin local : elle est alors fortement sollicitée dans cette attitude de « maternage actualisé ».

L'évolution rationalisée de la médicalisation de la sphère du maternage n'est pas en mesure de se substituer à ces pratiques populaires, bien au contraire : les jeunes mères ont besoin de ces recours alternatifs pour soigner leurs nourrissons et s'apaiser elles-mêmes, chacune des thérapeutiques sollicitées – qu'elle soit médicale ou traditionnelle – se complétant pour apporter de l'apaisement par leurs divers modes d'efficacité. Si la médecine trouve sa légitimité dans le diagnostic et le traitement ponctuel des maladies, il apparaît que les recours alternatifs, eux, se chargent d'une toute autre mission : celle d'accompagner le développement du bébé, de rassurer les parents sur la capacité de leur enfant à grandir et à traverser les grandes étapes de la vie et donc, finalement, de les conforter dans leur capacité à être parents. Ils vont donc choisir par eux-mêmes, en fonction des ressources offertes par leur environnement et selon leur univers de pensée, le ou les intervenants qu'ils jugent les plus légitimes pour leur tenir la main dans leur parcours parental.

De cette notion peut découler une meilleure compréhension et donc une plus grande tolérance entre les différents acteurs de l'univers du soin. Si chacun comprend qu'il est une maille du filet de sécurité qui permet à l'enfant nouveau-né de grandir auprès de parents plus sereins, la qualité de prise en charge de la santé physique et psychique des familles en sera améliorée. Nul besoin de cautionner telle ou telle thérapie qui se situerait hors du spectre de notre rationalité personnelle, il est ici seulement question d'admettre la diversité des besoins, des univers de pensée et l'ampleur de la difficulté du devenir parent même quand « tout va bien ».

Les recherches en ethnomédecine ont donc toute leur place et un avenir assuré, y compris au cœur d'un occident qui se revendique d'une rationalité très scientifique.

Bibliographie

Bellaïche, M. (2012), « Coliques du nourrisson : comment lutter contre la crise », *Pédiatrie pratique*, N° 234.

Bensa, A. (1978), *Les saints guérisseurs du Perche Goët. Espace symbolique du bocage.* Paris : Institut d'Ethnologie.

Brouardel, P. (1906), *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Paris : Jean-Baptiste Baillière. [en ligne].

Disponible sur : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90141x1906x06

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Dasen, V. (2015), *Le sourire d'Omphale : maternité et petite enfance dans l'Antiquité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Favret-Saada, J. (1977), *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris : Gallimard, Bibliothèque des Sciences humaines.

Gelis, J. (1984), *L'arbre et le fruit : la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Paris : Fayard.

Guillemain, H. (2010) *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Le Mans : Éditions de la Reinette, 2010.

Le Dû, M. (2022), *Toucher pour soigner. Le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe, un nourrisson entre de bonnes mains*. Paris : Erès.

Léonard, J. (1977), *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*. Paris : Hachette.

Loux, F. (1979), *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Berger-Levrault.

—- (1983), *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris : Intereditions.

Mahieu, F. R., *Le don pur et parfait*. In : Blog : http://ethique.perso.sfr.fr/Ledon.htm Consulté le 27/03/2016.

Mauss, M. (2010, 1ère édition 1925) (introduction WEBER, Florence). *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : PUF.

Mellor, A. (1958), *Le problème des guérisseurs aujourd'hui*. Paris : éd. la Colombe.

Oraison, M. (1955), *Médecine et guérisseurs*. Paris : Lethielleux.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819