Introduction

Se soigner autrement ?
À la rencontre de la diversité thérapeutique

Déborah Kessler-Bilthauer et Renaud Evrard

1 La santé mentale : un objet d'étude

Longtemps établie comme relevant de la psychiatrie, la santé mentale depuis les années 1970 s'est progressivement transformée pour se constituer en valeur, en capital à préserver, conserver et soigner. En 1946, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [...] qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [2] ». Pourtant, la santé mentale est encore souvent appréhendée sous l'angle de problème(s), de souffrance et de déviance (Kovess, 1996). L'apparition de « nouveaux » symptômes psychopathologiques identifiés par la médecine scientifique en témoignent. Le stress, le *burn-out*, la dépression, l'hyperactivité, les troubles alimentaires et tous les autres syndromes et manies qui sont dites caractéristiques de nos sociétés révèlent que le concept de santé mentale est souvent vu sous son versant négatif, pathologique.

La santé mentale, son altération et les troubles psychiques associés constituent en ce début de XXI^{e} siècle une problématique vive tant pour les politiques actuelles de santé publique que pour les sciences humaines et sociales. Recouvrant des champs et des objets de recherche très hétérogènes allant des phénomènes d'isolement social aux maladies mentales, la santé mentale n'est plus confinée dans le monde biomédical [3] puisqu'elle comporte des dimensions économiques, sociales, relationnelles, culturelles et politiques reconnues (Bastide, 1965 ; Ehrenberg, 2004). Cependant, les recherches sur le psychisme, relativement récentes et éparses en anthropologie et en sociologie, ne constituent pas encore une branche de ces disciplines ; contrairement au corps qui bénéficie d'une place de choix depuis plus de quatre décennies (Fournier et Raveneau,

2. La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la santé tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

3. En raison des mutations qu'elle a connues ces quarante dernières années, la santé mentale n'est plus associée à la folie et aux conditions asilaires (Ehrenberg, 2004).

2008). Ce constat se comprend à la lumière d'une vision biomédicale dominante qui, au cours du XIX^e^ siècle, fait du corps un objet matériel et physiologique à étudier et le support premier de la maladie (Laplantine, 1986 [4]). L'abondante littérature sociologique et anthropologique consacrée à la santé et la maladie traite beaucoup de la santé physique au détriment de la santé mentale qui est régulièrement abordée de façon périphérique ou aérienne. Ce qu'annoncent Adam et Herzlich dans l'introduction de leur ouvrage *Sociologie de la maladie et de la médecine* (1994) illustre avec éclat la prédominance des recherches consacrées au soma sur celles portant sur la psyché. « Nous parlerons peu du développement de la psychiatrie et des maladies mentales sauf dans leurs caractères généraux identiques à ceux des maladies corporelles. » Cet avertissement a de quoi déconcerter parce qu'il laisse entendre l'application d'une méthodologie comparative qui consiste à lire et analyser, à l'emporte-pièce, les maladies psychiques et les soins qu'ils exigent grâce à des outils permettant la lecture des troubles et traitements physiques.

2 Le marché de la santé mentale en France

Les analyses présentées dans cet ouvrage ne peuvent se comprendre qu'en ayant, en contrepoint, un aperçu de l'état de l'offre thérapeutique en matière de santé mentale et sa configuration si particulière en France. Cette offre possède une actualité rythmée par une série de textes législatifs qui renvoient à des luttes historiques pour définir, protéger et contrôler ce territoire.

Dans sa brillante analyse de cette actualité, l'anthropologue Samuel Lézé (2010, p. 81-122) considère quatre principaux acteurs : les psychanalystes, les psychothérapeutes, les psychologues et les psychiatres. *Quid* des offres alternatives ? Une telle façon de dresser le décor actuel illustre l'opération en amont d'un travail de *frontiérisation* (« *boundary-work* », *cf.* Gieryn, 1999) entre les acteurs légitimes et illégitimes de la santé mentale. Car le *leitmotiv* des législateurs est de démarquer les bonnes pratiques de celles qui sont dites « charlatanesques » et de protéger le public des multiples dangers qui leur sont associés (dérives sectaires, abus de faiblesse, escroquerie, etc. ; *cf.* MIVILUDES, 2012). Le fond de vérité de cette entreprise de dénonciation et de frontiérisation ne doit pas masquer le fait que toute description du marché de la santé mentale ne peut prétendre à la neutralité. Ces descriptions suivent les tendances du *Zeitgeist* (l'esprit du temps). Ainsi, ce marché montre une importante mobilité avec des pratiques autrefois considérées comme charlatanesques, à l'image de l'hypnose (Collot, 2008), qui pénètrent, sous certaines formes, dans les soins recommandés ; et d'autres, comme la psychanalyse, de moins en moins tolérées dans l'*establishment* médical, scientifique et politique.

Actuellement, la juridiction privilégie les psychiatres dont les longues études médicales leur donnent le droit de prescrire (des médicaments allopathiques comme des psychothérapies) et d'avoir d'importantes responsabilités dans les établissements publics de santé. Toutefois, leur chute démographique [5] et le moindre intérêt pour la

4. « Le savoir occidental sur le corps reste principalement un savoir médical, [...] cette connaissance est fondamentalement biologique. » (Laplantine, 1986, p. 57.)

5. 40 % des psychiatres vont partir en retraite d'ici 2020 (Laforcade, 2016, p. 70).

pratique psychiatrique publique poussent les politiciens à rechercher des alternatives (Laforcade, 2016).

Parmi ceux qui sont appelés à compenser cette perte, les psychologues figurent en bonne place. Profession récente (loi de 1985) et profondément divisée, les professionnels de la psychologie se revendiquent « cliniciens » tout en faisant montre de querelles intestines quant à savoir ce qu'ils mettent derrière ce mot (Ange Raoult, 2005a, 2005b). Leurs études relativement courtes (Bac +5), très sélectives, et aboutissant à des conditions de salaire et de travail reconnues comme précaires, dressent un tabeau d'une profession fragile, mal située, et particulièrement vulnérable aux évolutions législatives. L'une des dernières en date obligeait les psychologues cliniciens à compléter leur formation par des cours de psychopathologie et un stage pour revendiquer le titre de « psychothérapeute », alors que les médecins, même sans spécialisation psychiatrique, en étaient dispensés.

En 2012, une réécriture du décret de 2010 sur l'usage du titre de psychothérapeute a finalement bénéficié aux psychologues dont la formation initiale a été reconnue comme suffisante – en dépit de nombreux avis contraires, émanant pour une part des psychologues eux-mêmes. Lézé (2010, p. 134) repère en effet une autre dimension de la légitimité dans la juridiction des problèmes personnels : si les « titres » légaux offrent un cadre sécurisant, ce premier axe en croise un second, la légitimité du « travail sur soi » qui sert également de repère pour le public. Dans ce domaine, les psychanalystes sont perçus comme les champions de la formation longue, approfondie et coûteuse, avec des circuits complexes de psychanalyse dite didactique suivie de contrôles et de supervision. Toutefois, cette formation est de moins en moins ancrée dans l'univers académique, cela étant en partie liée à la stratégie d'auto-marginalisation voire d'auto-destruction (Bos, Park et Pietikainen, 1985 ; Dupont, 2014) alimentée par de nombreux psychanalystes, qui désirent plus que tout subvertir les logiques du champ médical et du champ intellectuel. Cette « stratégie de démarcation paradoxale ou d'auto-marginalisation [aboutit à une sorte de] consécration par les marges » (Lézé, 2010, p. 163) avec un discours et des dispositifs dont l'importance se corrèle avec la fascination engendrée. Et le récent déclin de cette fascination augure d'une perte d'autorité des psychanalystes, obligés à recomposer avec d'autres acteurs.

Au cours des récents épisodes de frontiérisation, certains psychanalystes ont ainsi joué un rôle étrange en faisant alliance avec les formes de psychothérapie dites « relationnelles » tout en se posant en ennemis des approches cognitives et comportementales (par exemple : Maleval, 2012). Mais c'est bien le domaine de la psychothérapie qui reste le plus abscons et ingérable. Ce terme renvoie en fait à une diversité de pratiques et de filiations dont les contours sont flous et mouvants. Si le titre de psychothérapeute est protégé en France depuis 2010, l'acquérir autrement que par les formations médicales et psychologiques relève de la sinécure. Les formations exigées officiellement pour le revendiquer sont à peine en train de se mettre en place, et elles sont critiquées de part et d'autre comme inadéquates à leur objet, car elles viennent surtout faire progresser la légitimité du psychothérapeute dans l'axe « titres » au dépend de l'axe « travail sur soi ». Quant à l'exercice de la psychothérapie, comme ceux de la psy-

chanalyse et de la psychologie, il n'est nullement protégé. D'où une interrogation, qui nous préoccupe, quant à cette réalité sociale d'une « psychothérapie à l'état sauvage ».

En somme, l'image publique du « psy », diminutif courant qui vient brouiller l'identité de ces quatre acteurs, ne facilite pas son appréhension. Le marché de la santé mentale apparaît en pleine mutation, avec une volonté de frontiérisation accrue poussée par des logiques médicales et sécuritaires, mais sans véritable compréhension des choix opérés par les patients. Ces derniers sont de plus en plus intégrés dans des projets citoyens, tant que leurs initiatives ne bouleversent pas véritablement l'ordre des choses. Le pluralisme thérapeutique en santé mentale interroge justement cette réalité des parcours de soin actuels qui transgressent les discours sur les bonnes pratiques et les choix dits rationnels dictés par les autorités scientifiques et politiques.

3 Les dispositifs alternatifs

Les recherches portant sur la santé mentale, moindres comparées aux travaux sur les désordres corporels [6], se consacrent beaucoup à l'étude des dispositifs de soins conventionnels (Goffman, 1968 ; Castel, 1971 ; Kovess et Chastang, 1998 ; Demailly, 2011). Dans des registres thérapeutiques différents, d'autres chercheurs approchent la santé mentale dans des communautés ou des sociétés estimées « traditionnelles » ou lointaines (sur les plans culturel et géographique) (par exemple : Devereux, 1961 ; Kleinman, 1980 ; Massé, 2008). Les circuits thérapeutiques à la marge de la médecine officielle française, comme les recours aux guérisseurs, leveurs de maux, radiesthésistes, rebouteux ou marabouts ont été et continuent d'être étudiés (Bouteiller, 1966 ; Favret-Saada [7], 1977 ; Julliard, 1985 ; Camus, 1995 ; Kuczynski, 2002 ; Raineau, 2013 ; Kessler-Bilthaeur, 2017), avec une focale régulièrement orientée sur les affections du corps.

Les progrès de la médecine scientifique en matière de santé mentale n'empêchent guère la persistance voire le développement de dispositifs alternatifs. Sous la forme d'une tâche aveugle des politiques de santé, des pratiques alternatives profitent à la fois de leur statut aux « marges de la clinique » (Le Maléfan, 2014) et d'une culture du secret qui participe d'un non-dit consensuel. Tradipraticiens, barreurs de feu, désensorceleurs, voyants, médiums... sous diverses dénominations, ces services continuent à exister « à côté », et parfois « en plus », ou « à la place » des services de soins officiels.

Dans notre société actuelle, se soigner consiste à faire des choix dans un marché concurrentiel en pleine expansion. Les nombreux dispositifs de soins rivalisent d'ingéniosité pour promouvoir des soins plus efficaces, plus holistiques, plus confortables, plus naturels, plus scientifiquement prouvés, etc. D'où des itinéraires de soins sinueux ou en pointillés qui passent d'une offre à une autre, en cumulent plusieurs plus ou moins compatibles, et privilégient l'adhésion à la contrainte. Un des comportements les plus massifs et les plus intrigants sur le plan scientifique est le « pluralisme médical » (Benoist, 1997), autrement appelé « pluralisme thérapeutique », qui consiste

6. Dans cette introduction, le corps est entendu dans ses acceptions physiologiques, c'est-à-dire biologiques, physiques, anatomiques.

7. Se reporter aussi à Favret-Saada J. et Contreras J. (1981), *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard.

pour des personnes cherchant à se faire soigner à s'appuyer à la fois sur les dispositifs conventionnels et sur les dispositifs alternatifs. Loin de s'effacer dans le même temps où s'accroissent les connaissances médicales communes, ce comportement persiste et constitue aujourd'hui une norme (Kleinman, Eisenstein et Good, 1978).

Notre interrogation initiale visait à comprendre comment s'articulent ces différents soins, en croisant les trois perspectives des patients, des professionnels de santé et des thérapeutes alternatifs. C'est dans ce cadre que nous avons organisé à l'Université de Lorraine une journée d'étude à la croisée de la psychologie et de l'anthropologie, dont les contributions à cet ouvrage sont issues [8].

4 Le recours au pluralisme

Pourquoi « voir un psy » n'est-il qu'une option parmi d'autres en santé mentale ? Il y a évidemment un problème de stigmatisation associée à la santé mentale, malgré toutes les campagnes d'information et de sensibilisation. On n'appréhende pas une dépression comme un rhume. Dès lors, d'aucuns préfèrent des solutions plus discrètes, parmi lesquelles l'automédication ou le refoulement du problème. Si la souffrance pousse tout de même à consulter, la quête des patients les amène à explorer des systèmes de compréhension dans lesquels le primat de l'explication scientifique – c'est-à-dire l'explication « psy » – est loin d'être établi, dans une mesure apparemment plus importante que pour les maux somatiques. Une pratique s'appuyant sur un référentiel non-psychologique peut présenter certains avantages : attribuer la faute à d'autres plutôt qu'à soi, isoler le problème du reste de la vie, minimiser son importance… Toutefois, ces solutions d'extériorisation et de manipulation des symptômes ne sont pas toujours les moins coûteuses psychiquement. Elles pourraient tirer leur efficacité supposée de l'engagement qu'elle demande de la part du soigné, amené à changer de registre cognitif, à voir son problème sous un angle différent qui le fait passer d'insurmontable à curable d'une manière précise (Nathan et Stengers, 2012). La clinique ethnopsychiatrique a déjà exploré cette possibilité de comprendre la « fonction guérisseuse » en ramenant les prouesses des guérisseurs « traditionnels » à des opérations symboliques et socialisantes sur des maux tels que « la possession » et « le vol d'âme », qui ne seraient que des métaphores qualifiées d'universelles (Schurmans, 2016). Il faut néanmoins interroger les procédés utilisés dans nos sociétés et qui nous renseignent sur la gestion locale de la souffrance psychique.

Il y a également un problème d'antériorité : les « psys » arrivent tardivement dans l'histoire de nos sociétés, après bien d'autres soins passant par le traitement du corps, les effets cathartiques et divinatoires des états modifiés de conscience, les produits considérés comme naturels (plantes, remèdes, alimentation), les soins de « l'âme »

8. Journée d'étude internationale « Jeunes chercheurs » intitulée « Sur le divan des guérisseurs. Quelles places pour les dispositifs alternatifs en santé mentale ? », le 14 octobre 2016 à l'Université de Lorraine, site de Nancy. Les communications de cette journée sont visibles sur cette page : https ://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/sur_le_divan_des_guerisseurs_ouverture.25893. Nous remercions les nombreux partenaires qui ont rendu cet événement et cet ouvrage possibles : la Maison des sciences de l'homme Paris-Nord ; le CNRS ; la Communauté urbaine du Grand Nancy ; la Société française d'ethnopharmacologie ; le Laboratoire lorrain de sciences sociales ; la Maison des sciences de l'homme Lorraine ; le Centre coordinateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille ; l'Université de Lorraine ; le Laboratoire de psychologie de l'interaction et des relations intersubjectives ; l'Université de Rouen et ses laboratoires Psy-NCA et DySoLa.

(d'ordre spirituels ou religieux), et les rituels combinant ces différents recours. Les « guérisseurs » font partie depuis très longtemps du marché de la santé mentale, quand bien même ils ne sont ni recensés ni étudiés. Cette négligence participe d'un mouvement de « marketing global » qui signe l'extinction de la « biodiversité psychique », selon Ethan Watters (2010), c'est-à-dire le patrimoine issu de l'existence de conceptions différentes des maladies mentales et de leurs traitements. Peu reconnaissent le contexte social dans lequel se nichent ces soins sans opérer les démarcations propres à l'*habitus* hérité des Lumières (Méheust, 1999). Ainsi, le professeur de psychologie Alain Blanchet étonne lorsqu'il indique qu'un guérisseur peut être considéré comme un *professionnel* parmi d'autres (Blanchet, 2016, p. 126). Cela ne signifie pas qu'il soit salarié, vacataire ou employé d'une institution ou encore déclaré comme profession libérale, cela signifie qu'il se revendique comme tel et qu'il est perçu comme tel par son entourage, voire le corps social au sein duquel il exerce son art.

L'énumération des possibles « explications » du pluralisme thérapeutique en santé mentale pourrait se poursuivre longuement. Toutefois, les données sur lesquelles elles s'appuient manquent cruellement. Dès lors, comment éviter de plaquer des explications que nous héritons d'une vision académique pro-médicale et pro-scientifique, et qui pourraient être très éloignées des explications et préoccupations des soignés ? Les contributions présentes dans cet ouvrage, qu'elles soient le fait d'anthropologues ou de psychologues, visent à pallier à ce manque de données.

L'anthropologie, idéalement, doit nous permettre de briser ce prisme déformant à travers lequel les élites voient le monde, et que Bourdieu (1979) appelle les catégories de jugement. Selon le sociologue et philosophe Bertrand Méheust, toutes les sociétés sont divisées et notre société occidentale (plus particulièrement française) possède également son *ailleurs interne* : « Une part d'étrangeté et de dissidence irréductibles, de distance à elle-même, qui selon le temps et le lieu, se développe dans des "poches culturelles". » (Méheust, 2008, p. 44.) La réalité massive et la signification culturelle de ces courants dissidents peinent néanmoins à être abordées par l'anthropologie, qui a tendance à se réfugier dans l'exotisme d'autres cultures plutôt que de pratiquer son « devoir » d'endo-ethnologie (Augé, 1994, p. 86). Et pourtant, l'étude de ces rituels de guérissage à l'étranger aurait dû pousser à interroger symétriquement ce qu'il en est chez nous : « Le parcours de l'ethnologie, qui postule au départ qu'il y a du même chez l'autre, aboutit à un constat que lui imposent ses nouveaux terrains (ceux de l'ethnologie à domicile) : il y a de l'autre dans le même. » (Augé, 1989, p. 23.)

Cette méthodologie résonne étrangement avec ce qui est attendu du psychologue clinicien, du travail didactique qui marque en permanence son savoir du sceau de la « réflexivité ».

> « Dans les relations interdisciplinaires, il importe que chacun écoute le discours tenu à l'intérieur de sa propre discipline comme s'il s'agissait d'un discours autre, étranger. Dans un autre temps, l'écoute du matériel du représentant de l'autre discipline lui paraîtra peut-être plus familière. [...] Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est le placage d'un système sur l'autre. Il n'y a jamais correspondance totale entre un ensemble de données psychanalytiques et un ensemble de faits et de réflexions anthropologiques. Il faut

> savoir respecter les différences, les écarts, les dérives et les ressemblances plus ou moins lâches. » (Green, 1999, p. 35 et 39)

La méthodologie générale de cet ouvrage relève notamment de l'ethnopsychiatrie complémentariste décrite par Georges Devereux (1972), une méthodologie pluridisciplinaire qui n'est pas une simple addition ou fusion de disciplines, mais une double analyse de certains faits. Le pluralisme thérapeutique nous semble obliger à tenir un tel « double discours » explicatif, pour éviter de tomber soit dans un *réductionnisme psychologisant*, soit dans un *réductionnisme socio-anthropologisant*. Si les ethnologues mettent tout sur le dos de la folie, et si les psys continuent à tout mettre sur le dos de la culture, une telle entreprise perd tout son sens. Les contributeurs de cet ouvrage tentent d'apporter des *éclairages* sur différentes facettes de ce phénomène, *pas des explications totales* ; et le font à partir de leur discipline de départ, mais aussi dans un déplacement hors de leur zone de confort. L'ethnopsychiatrie complémentariste de Devereux invite à cette rencontre entre psychologie d'une part, et socio-anthropologie d'autre part, rencontre qui est le prérequis pour l'établissement d'un rapport de complémentarité entre ces deux systèmes explicatifs.

5 L'efficacité et ses enjeux

Il y a néanmoins une explication dont l'abord est nécessaire : celle qui associe l'attrait de ces dispositifs alternatifs à leur efficacité thérapeutique. Cette dernière est loin d'être établie selon les critères de l'*evidence-based psychotherapy* (Lilienfeld, Lynn, et Lohr, 2014), ce qui ne surprendra pas vu leur position hors-cadre. Elle est néanmoins revendiquée et communiquée (par les guérisseurs ou entre pairs), ce qui constitue une source importante d'attractivité pour la patientèle. Même ramenée, après Lévi-Strauss (1949), à une « efficacité symbolique », et plus récemment aux effets complexes du « placebo » (Marchant, 2017), elle ne peut être totalement occultée : « L'efficacité symbolique a besoin de l'efficacité tout court », souligne Marc Augé (1984, p. 79). L'« efficacité » serait là en vérité un troisième axe de légitimité, après ceux s'appuyant sur la reconnaissance institutionnelle et sur le travail sur soi. Comme l'écrivait Georges Canguilhem (2002, p. 71) :

> « Un médecin qui ne guérirait personne ne cesserait pas en droit d'être un médecin, habilité qu'il serait, par un diplôme sanctionnant un savoir conventionnellement reconnu, à traiter des malades dont les maladies sont exposées, dans des traités, quant à la symptomatologie, à l'étiologie, à la pathogénie, à la thérapeutique.
>
> « Un guérisseur ne peut l'être qu'en fait, car il n'est pas jugé sur ses "connaissances" mais sur ses réussites. »

Le guérisseur étant généralement dépourvu des autres formes de légitimité, que serait-il sans son aura d'efficacité, quelle qu'en soit la cause réelle ? Et réciproquement, comment peut-on considérer comme allant de soi d'avoir des cliniciens diplômés mais dont l'efficacité ne fait pas l'objet d'une évaluation régulière ? « Vaut-il mieux guérir et ne pas savoir, ou savoir et ne pas guérir », questionne Méheust (2008, p. 41).

Paradoxe qui se retrouve également dans l'expression « guérir pour de mauvaises raisons » (Nathan et Stengers, 2012 ; Evrard, 2017).

Les modalités d'efficience des praticiens alternatifs ne recevront pas de réponse unanime dans cet ouvrage. Citons néanmoins l'hypothèse de la « compression » de Bertrand Méheust (2008), dans un débat à distance avec la perspective ethnopsychiatrique de Tobie Nathan qui affirme l'efficacité supérieure des thérapies dites traditionnelles (Nathan et Stengers, 2012). Si les sorciers africains semblent obtenir des cures étonnantes en misant sur l'« exopsychisme », c'est-à-dire le déplacement du mal par un détour mythico-rituel faisant intervenir des agents extérieurs, il fut un temps où les praticiens du magnétisme animal n'avaient rien à leur envier alors qu'ils rejetaient ces mêmes agents au profit d'une focalisation sur les potentialités internes du psychisme, fluide magnétique et autres facultés de l'imagination (Méheust, 1999). Méheust conclut que (2008, p. 45, ses italiques) :

> « *Le dispositif exopsychique ne présente pas de privilège absolu.* Quand un dispositif basé sur le modèle endopsychique présente la "compression" nécessaire, quand il est installé au cœur de niches écologiques suffisamment vivantes, il peut atteindre la même efficacité pragmatique que les dispositifs exopsychiques traditionnels [...]. »

La métaphore énergétique de la « compression » renvoie à l'idée d'une canalisation de l'énergie psychique grâce à un dispositif chargé de mots, de rituels, d'affects, de représentations, etc. La capacité à produire l'intensité de pression requise pour refondre le psychisme aurait été perdue par les psychothérapies actuelles qui, « au lieu d'assurer la compression du moteur, [auraient] plutôt tendance à percer des trous dans ses cylindres » (Méheust, 2008, p. 46), selon l'image déjà donnée par le philosophe Raymond Ruyer (1948, p. 113-114) à propos de la psychanalyse. Il en découle l'idée que les cliniciens contemporains auraient peut-être quelque chose à retenir de ces détours mythico-culturels qui *vectorisent* la guérison, en s'appuyant sur la « plasticité du psychisme » (Mancini, 2006).

6 Présentation des contributions

Dans cet ouvrage, une première partie est consacrée à l'exploration de ces pratiques et professionnels de l'invisible ; une seconde à la découverte des vécus alternatifs qui mènent à ces dispositifs ou qui en émanent. Néanmoins, les perspectives ont tendance à glisser car patients et praticiens sont écoutés simultanément, par des chercheurs qui s'impliquent eux-mêmes dans ces rencontres. Ces derniers proviennent soit du champ de l'anthropologie / sociologie, soit de celui de la psychologie, mais leurs contributions – qui alternent entre ces deux regards sur les faits – montrent à quel point la dimension clinique est en permanente intersection avec une certaine dimension anthropologique.

L'anthropologue **Clara Lemonnier** ouvre l'ouvrage en croisant la question du pluralisme thérapeutique avec celle des *maux de femmes*, dans un territoire du sud-ouest de la France qui connaît des problématiques de désertification médicale. Elle a rencontré une quinzaine de thérapeutes non conventionnels qui étaient régulièrement sollicités par des femmes pour remédier à des maux et des souffrances liés au corps (grossesses,

cancers du sein, etc.) et à « l'âme » (traumatismes, violences familiales ou conjugales, dépressions, etc.). Les parcours de ces thérapeutes fait l'objet de plusieurs illustrations biographiques. Leurs pratiques semblent passer par un décryptage du langage du corps, puis par des pratiques psycho-corporelles associées à la parole. En faisant correspondre les situations vécues par ces femmes à celles traversées par des femmes mythiques, l'accompagnement proposé leur donner la capacité de se réapproprier leurs parcours de vie. Ces dispositifs non conventionnels faciliteraient des recompositions identitaires qui oscillent entre conformité et dépassement des normes de genre.

Les psychologues **Thomas Rabeyron et Anissa Abchiche** présentent leur étude originale des consultations réalisées par un voyant dont le cabinet se trouve dans une grande ville française. Celui-ci a accepté de proposer à ses consultants d'enregistrer leurs séances et de les transmettre aux chercheurs. Une analyse des interactions et surtout de la parole du voyant nous fait plonger dans l'intimité d'une pratique sollicitée régulièrement pour des questions existentielles laissées autrement sans réponses. Des entretiens ont également été menés après-coup avec certains consultants et avec le voyant pour mieux saisir leurs points de vue. L'ensemble est resituée au regard de l'intérêt des premiers psychanalystes pour l'occulte et le transfert de pensée, jusqu'aux théories récentes de l'intersubjectivité qui permettent d'éclairer la relation entre le voyant et le consultant. La consultation de voyance est présentée comme un espace de relance de la symbolisation comparable, à bien des égards, aux consultations psychanalytiques, malgré l'inversion du sens de la parole (celle-ci émanant essentiellement du voyant). Les auteurs concluent qu'au-delà des pratiques charlatanesques associées à cette profession mal régulée, ce dispositif spécifique à la culture occidentale mérite l'attention des cliniciens.

L'anthropologue **Denise Lombardi** a pris part à des stages de néo-chamanisme, une forme de thérapie inspirée du chamanisme traditionnel mais recalibré à la suite des travaux de l'anthropologue universitaire américain Michael Harner. Après avoir présenté cette nouvelle codification d'un « chamanisme essentiel », elle décrit les différentes étapes vécues par les participants aux séminaires auxquels elle a assisté en France et en Italie. La légitimité du chamane qui anime le séminaire ne provenant pas d'une filiation historique ou d'un lignage culturel, c'est par son parcours biographique qu'il se donne une crédibilité. Il oriente alors un groupe de participants anonymes vers l'écoute de leurs « ressentis » à travers plusieurs exercices de transe et de visualisation, à la recherche de leur « animal-totem » et de leur « esprit-guide ». Les récits des participants montrent comment ce dispositif mobilise un travail sur les problématiques personnelles aboutissant à des résultats thérapeutiques. Cette étude met particulièrement en évidence les rôles proéminents du groupe et du corps dans la production de ces effets. Une comparaison est faite avec la *thérapie par le rêve éveillé dirigé* dont certains principes se recoupent avec le chamanisme essentiel, l'exotisme en moins.

La psychologue **Ève-Emmanuelle Schmitt** s'est intéressée aux thérapeutes traditionnels corses, et plus particulièrement à ceux qui ont la tâche de s'occuper du « mauvais Œil » (l'*ochju*). Après avoir présenté la singularité de la « formule » rituelle corse, elle nous décrit le cas d'Anna, une *signadora* de 60 ans, dont la traversée

d'un épisode psychopathologique a eu valeur de crise initiatique dont a résulté un don, mis au service de la communauté. Cela permet de faire entendre la manière dont les trajectoires des thérapeutes non conventionnels et de leurs consultants se croisent, l'aide reçue pouvant un jour être convertie en aide à apporter, à la manière d'une cure didactique, et plus généralement en écho à la « maladie créatrice » chère à Henri Ellenberger (1994). La découverte d'un don fait suppléance, à travers une narration qui le pose en fil directeur retrouvé de la vie. À cette place d'intermédiaire avec les entités invisibles, Anna protège les autres mais se protège aussi elle-même.

La deuxième partie développe un angle d'approche différent, puisqu'elle prend comme point de départ des vécus interprétés comme hors-normes, et qui peuvent amener à consulter du côté des dispositifs alternatifs. Toutefois, l'intérêt conjoint pour la perspective des professionnels et des consultants permet de rester en continuité avec la partie précédente.

L'anthropologue **Déborah Kessler-Bilthauer** a étudié les guérisseurs de Lorraine pendant sept ans, et en particulier ceux qui étaient sollicités pour diagnostiquer et lutter contre la sorcellerie. Cet univers sorcier – qui pourrait paraître d'un autre âge – n'est pas un simple résidu moyenâgeux ne concernant qu'une population rurale et féminine. Il fait toujours partie de nos sociétés actuelles, avec une densité et une variété importante de guérisseurs contre-sorciers qui participent au maillage territorial en matière de santé. Ils diffusent des interprétations alternatives des problèmes de santé mentale, avec leurs savoirs qui s'éloignent des registres conventionnels. Avec eux, il n'est même pas question d'utiliser les notions stigmatisantes de la psychopathologie, mais de travailler sur les formulations les plus spontanées de la souffrance. Certains maux psychiques sont alors catégorisés comme étant d'origine physiologique ; d'autres auraient une étiologie énergétique voire sorcellaire. Les guérisseurs adaptent alors leurs pratiques rituelles, fruits d'un bricolage perméable à de nombreuses influences, dans une forme de soin psychocorporel. Plusieurs extraits d'entretiens avec des consultants illustrent comment des souffrances telles que la dépression, le harcèlement moral ou le deuil sont ainsi transformés.

Le psychologue **Renaud Evrard** prend comme point de départ les « expériences exceptionnelles », définies comme des vécus qui sortent du modèle explicatif habituel de celui qui les vit et qui vont fréquemment être interprétés de manière paranormale ou spirituelle. Ces vécus peuvent parfois être très perturbants et occasionner une demande d'aide. Mais à qui s'adresser ? En s'appuyant sur une vignette clinique et sur quatre études qualitatives réalisées au Royaume-Uni, il met en évidence toute la difficulté des patients à venir parler de leurs expériences exceptionnelles à des « psys » conventionnels, soit par appréhension, soit après des réactions jugées inadaptées. L'impression de n'être pas vraiment pris au sérieux et les effets délétères d'une mauvaise réception de l'expérience exceptionnelle par le « psy » peut encourager la consultation d'experts repérés du côté du paranormal. Or, ces études qualitatives montrent également que les professionnels perçoivent les craintes des patients à se livrer sur ces vécus, et ils identifient aussi les stratégies qu'ils emploient pour sonder leur ouverture. Mais eux-mêmes se considèrent généralement comme insuffisamment formés et compétents pour ces prises en charge, même s'ils perçoivent l'intérêt des « expériences

synchronistiques en thérapie », qui sont des moments où le patient et le psy semblent connectés au-delà de l'intersubjectivité classique. Sa réflexion finale porte sur la place à donner à ces expériences hors-normes qui, dans l'état actuel, semblent favoriser le pluralisme thérapeutique, avec ses risques de marginalisation et de dérives, alors que les cliniciens conventionnels pourraient apporter une aide précieuse dans la prise en charge des expériences exceptionnelles.

L'anthropologue **Alfonsina Bellio** a rencontré ceux qui, en France, se reconnaissent en tant que « passeurs d'âmes ». Leur fonction est inscrite dans de nombreuses mythologies. Aujourd'hui, ils s'inscrivent à la fois dans la cité et sur Internet, créant des réseaux complexes. Bellio entreprend donc une « ethnographie multisituée », passant du cabinet du passeur au forum de discussion sur un réseau social, allant de la salle de conférences au dispositif thérapeutique visant à intégrer les disparus. Elle situe ceux qui occupent cette fonction à un carrefour du fonctionnaire religieux, du médium spirite et du guérisseur, sans que leur identité ne puisse être assimilée à l'un de ces pôles. Elle explore à la fois le parcours biographique qui aboutit à choisir d'utiliser le don de passeur d'âmes, et les effets thérapeutiques apparents de leurs dispositifs sur des situations problématiques de deuil.

Dernier chapitre de cette partie, la psychologue **Mélanie Laurent** emploie un angle différent en partant des effets associés à l'alimentation dans la prise en charge en santé mentale. Elle synthétise un ensemble de recherches de pointe qui montre les influences sous-estimées de notre « ventre » sur notre « psychisme » : influences qui fascinent tant le public et les médias de vulgarisation scientifique. L'évolution de notre microbiote intestinal pourrait faire à la fois partie des facteurs déclencheurs ou des comorbidités de troubles psychiques et de la panoplie thérapeutique en santé mentale. Elle interroge la façon dont le psychologue, instruit par cette littérature médicale et biologique, pourrait intégrer ces aspects somatiques dans sa pratique. L'alimentation a fait partie de la prise en charge psychiatrique depuis très longtemps, mais comment penser son retour en force sans diviser à nouveau le champ professionnel des « psys » ?

L'ouvrage se conclut par une tentative de synthèse réalisée par le pédopsychiatre **Paul-Louis Rabeyron**, spécialiste des médecines parallèles.

À notre grand regret, nous n'avons pas pu intégrer dans cet ouvrage d'autres communications de grand intérêt réalisées au cours de la journée d'étude initiale. L'anthropologue Laurent Amiotte-Suchet a présenté les réflexions et les bricolages des prêtres-exorcistes officiels, sollicités pour des situations que beaucoup d'entre eux considèrent comme relevant de la santé mentale (Amiotte-Suchet, 2016). Pauline Guézennec a présenté les travaux du Centre Coordinateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille), notamment les résultats d'une enquête sur la santé mentale en population générale, qui montre que le recours au « psy » n'est pas le premier choix et que les soins religieux ou magico-religieux restent parfois des options (Ruiz et Kurkdjian, 2007). Elle a également parlé des Conseils locaux de santé mentale, qui participent à la démocratisation de ce sujet, avec l'implication de familles d'usagers et d'usagers eux-mêmes dans la politique locale de santé mentale (Guézennec et Roelandt, 2015). Son intervention décrivait la nouvelle profession – encore au stade expérimental – de médiateur de santé-pairs,

où d'anciens usagers réintègrent le circuit médico-psychologique en tant que professionnels, porteurs d'une alternative dans l'approche de la santé mentale (Roelandt *et al.*, 2015). Dans le même ordre d'idée, l'intervention de Damien Quenson et d'Élise Massin sur le « groupe d'entendeurs de voix » de l'unité de psychologie médicale de Lunéville, en Lorraine, montrait l'intérêt de penser autrement un symptôme très stigmatisé, en laissant ceux qui vivent cette expérience se l'approprier à leur façon, et en les intégrant comme pair-aidants auprès d'autres dans le même cas. Autant d'alternatives qui se rapprochent des institutions publiques et qui demandent d'intensifier la réflexion sur les passerelles et les continuums entre dispositifs alternatifs et dispositifs conventionnels.

Références

Adam, P. et Herzlich, C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.

Amiotte-Suchet, L. (2016), « Un ministère de bricolage rituel. Le cas d'un exorciste diocésain », *Ethnologie française*, n° 161, p. 115-126.

Ange Raoult, P. (2005a), *De la disparition des psychologues cliniciens. Luttes et conflits*, Paris, L'Harmattan.

Ange Raoult, P. (2005b), *La psychologie clinique et la profession de psychologue. (Dé)qualification ou (dé)formation ?*, Paris, L'Harmattan.

Augé, M. (1984), « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », *in* Augé, M., Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-91.

Augé, M. (1989), « L'autre proche », *in L'autre et le semblable*, Paris, Presses du CNRS, p. 17-34.

Augé, M. (1994), *Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie*, Paris, Fayard.

Bastide, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.

Benoist, J. (1997), « Réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? », *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, vol. 1-2, n° 26, p. 10-14.

Blanchet A. (2016), *Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire, et guérir*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Bos, J., Park, D. W., Pietikainen, P. (1985), « Strategic self-marginalization : The case of psychoanalysis », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 41, n° 3, p. 207-224.

Bourdieu, P. (1979), *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.

Bouteiller, M. (1966), *Médecines populaires d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, G.P. Maisonneuve et Larose.

Camus, D. (1995), *Voyage au pays magique. Enquête sur les voyants, guérisseurs, sorciers...*, Paris, Flammarion.

Canguilhem, G. (2002), « Une pédagogique de la guérison est-elle possible ? », *in Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, p. 69-99.

Collot, E. (dir.) (2008), *Hypnose et pensée magique*, Paris, Imago.

Demailly, L. (2011), *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.

Devereux, G. (1961), Mohave Ethnopsychiatry and Suicide : the psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe. Smithsonian Institution Washington D.C., Government Printing Office, Bureau of American Ethnology, bulletin n°175.

Devereux, G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.

Dupont, S. (2014), *L'autodestruction du mouvement psychanalytique*, Paris, Gallimard.

Ehrenberg, A. (2004), « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », *Revue française des Affaires Sociales*, n°1, pp. 77-88.

Ellenberger, H. F. (1994 [1970]), *À la découverte de l'inconscient : histoire de la psychiatrie dynamique*, Paris, Fayard.

Evrard, R. (2017), « Guérir pour de mauvaises raisons ? La clinique par des chemins de traverse », *Ethnopharmacologia*, n° 57, p. 31-40.

Favret-Saada, J. (1977), *Les Mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard.

Favret-Saada, J. et Contreras, J. (1981), *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard.

Fournier, L-S. et Raveneau, G. (2008), « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues* [En ligne], pp. 112-113.

Gieryn, T. (1999), *Cultural Boundaries of Science : Credibility on the Line*, Chicago, Il, University of Chicago Press.

Green, A. (1999), « Le psychisme entre anthropologues et psychanalystes. Une différence d'interprétation », *L'Homme*, vol. 39, n°149, pp. 25-42.

Guézennec, P. , Roelandt, J.-L. (2015), « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », *L'Information psychiatrique*, vol. 91, n° 7, p. 549-556.

Goffman, E. (1968), *Asiles*, Paris, Minuit.

Julliard, A. (1985), « Voir le corps pour barrer le mal. La perception populaire de l'anatomie humaine dans les prières médicales et religieuses du "Médecin des pauvres" », in *Le corps humain. Nature, Culture, Surnaturel*, Paris, CTHS.

Kessler-Bilthauer, D. (2017, dir.) Dossier spécial : Guérisseurs d'aujourd'hui dans l'Europe occidentale, *Ethnopharmacologia*, n° 57, 86 p.

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978), « Culture, illness, and care : Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research », *Annals of Internal Medicine*, n° 88, p. 251–258.

Kleinman, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

Kovess, V. (1996), *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion.

Kovess, V. et Chastang, F. (1998), « Les déprimés et le système de soins », *L'Information psychiatrique*, n^{o} 4, pp. 363-371.

Kuczynski, L. (2000), *Les Marabouts africains à Paris*, Paris, CNRS éditions.

Laforcade, M. (2016), *Rapport relatif à la santé mentale*, Ministères des Solidarités et de la Santé, consulté le 21/08/2017 sur : http ://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale.

Laplantine, F. (1986), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

Le Maléfan, P. (2014), « Clinique de la marge et marges de la clinique. Esquisse », *Psychologie clinique*, vol. 37, p. 159-171.

Lévi-Strauss, C. (1949), « L'efficacité symbolique », *Revue de l'histoire des religions*, vol. 135, n° 1, p. 5-27.

Lézé, S. (2010), *L'autorité des psychanalystes*, Paris, PUF.

Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Lohr, J. M. (dir.) (2014), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (2^{e} éd.), New York, Guilford Press.

Maleval, J.-C. (2012), *Étonnantes mystifications de la psychothérapie autoritaire*, Paris, Navarin / Le Champ freudien.

Mancini, S. (dir.) (2006), *La fabrication du psychisme : pratiques rituelles au carrefour des sciences humaines et des sciences de la vie*, Paris, La Découverte.

Marchant, J. (2017 [2016]), *Se guérir : quand l'esprit soigne le corps*, Paris, Flammarion.

Massé, R. (2008), *Détresse créole. Ethnoépidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Méheust, B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité*, 2 vol. , Paris, Institut Synthélabo.

Méheust, B. (2008), « Démonothérapies traditionnelles et thérapies modernes », *in* Collot, E. (dir.), *Hypnose et pensée magique*, Paris, Imago, p. 41-50.

MIVILUDES (2012), *Santé et dérives sectaires*, Paris, MIVILUDES.

Nathan, T., Stengers, I. (2012), *Médecins et sorciers* (3e éd.), Paris, Les Empêcheurs de penser en rond / La Découverte.

Raineau, C. (2013), *Clémentine au pays des guérisseurs*, Champétières, Éditions des Monts d'Auvergne.

Roelandt, J.-L., Staedel, B., Rafaël, F., Marsili, M., François, G., Le Cardinal, P. , Desmons, P. (2015), *Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014.* Consulté le 21/08/2017 sur : http ://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf.

Ruiz, C., Kurkdjian, L. (2007), « La santé mentale en population générale : images et réalités. Premiers résultats en région PACA », *L'information psychiatrique*, vol. 83, n° 10, p. 821-826.

Ruyer, R. (1948), *Le monde des valeurs*, Paris, Aubier.

Schurmans, D. (2016), *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?*, Paris, L'Harmattan.

Watters, E. (2010), *Crazy Like Us. The Globalization of the Western Mind*, London, Robinson.