# Chapitre 1

# Les recours aux soins non conventionnels pour les « maux de femmes »

## Quêtes de soins et redéfinitions des normes de genre

Clara Lemonnier

### Introduction

En France, la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un domaine de la santé majoritairement dédié aux femmes et consacré à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), à la planification familiale (contraception, interruption volontaire de grossesse [ou IVG]), au suivi médicalisé des grossesses et des naissances, ainsi que la prise en charge de problèmes de nature somatique, comme l'infertilité (procréation médicalement assistée [ou PMA]) ou encore les traitements des cancers du sein et gynécologiques (Kotobi et Lemonnier, 2015). Dans le cadre du programme de recherche MédocIresp [1], notre équipe s'est intéressée, entre 2010 et 2013, à l'accès des femmes à ce type de soins sur la presqu'île médocaine. Ce territoire du Sud-Ouest de la France, situé entre estuaire de la Gironde et façade atlantique, connaissait alors des problématiques de désertification médicale. L'offre de soins spécifique à la SSR, relativement rare, était assez représentative de la pluridisciplinarité dans ce domaine (Kotobi *et al.*, 2013) : aux côtés des médecins gynécologues et des obstétriciens, exerçaient aussi des professionnelles spécialisées dans l'écoute et le conseil, comme les sages-femmes, psychologues et conseillères conjugales qui assuraient auprès des patientes des missions d'information, d'éducation et de *counseling* (Giami, 2007 ; Philippe, 2007 ; Mortureux, 2010 ; Lemonnier, 2010).

1. Recherche Médoc-Iresp (2010-2013), « Les inégalités d'accès aux soins en santé génésique et reproductive : le cas des femmes "précaires" et/ou "migrantes" du Médoc », dir. L. Kotobi, Fin. Ireps-Inserm.

Ces espaces de parole institutionnalisés ciblaient des aspects particuliers de la SSR (sensibilisation à la vie sexuelle et affective chez les jeunes, entretiens individualisés en pré-IVG). L'accompagnement relevant de la santé mentale demeurait sous-représenté et son ciblage impliquait des lacunes de prise en charge pour les situations dépassant le cadre préétabli de ces consultations. Or, suite à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, la santé de la reproduction est définie comme « un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités » (Rapport CIPD, 1994). Alain Giami attire l'attention sur la notion de bien-être dans cette définition, laquelle suppose de dépasser une vision trop médicalisée et épidémiologique de la SSR (Giami, 2007). Pour le philosophe Alexandre Klein, le bien-être est subjectif par essence, et ne peut pas être atteint si l'on s'en tient à la médicalisation de la vie et de la santé (Klein, 2012).

Ma recherche de thèse (Lemonnier, 2016), rattachée au programme de recherche MédocIresp, a porté sur le pluralisme thérapeutique mobilisé par les femmes en Médoc et a permis d'éclairer les demandes et offres de soins en marge du système de santé officiel local. Pour se distancier des conceptions de la SSR, j'ai proposé une catégorie opératoire large, les « maux de femmes », regroupant l'ensemble des manifestations physiques et émotionnelles altérant la santé et le bien-être, du point de vue des femmes rencontrées [2]. Parmi ces dernières, certaines consultaient régulièrement ou ponctuellement des thérapeutes non conventionnels pour remédier à leurs maux et souffrances [3]. Ces observations m'ont incitée à rencontrer une quinzaine de thérapeutes non conventionnels [4] présents sur le territoire, pour mieux comprendre l'offre de soins qu'ils proposaient à ces femmes.

Si le domaine de la SSR paraissait particulièrement normé et médicalisé, quelle alternative pouvait représenter l'offre de soins non conventionnels en Médoc ? Cette offre permettait-elle d'accompagner les femmes vers leur bien-être quand leurs demandes dépassaient le cadre des consultations de SSR ? Dans cet article, il s'agit donc de se demander dans quelle mesure les thérapeutes non conventionnels complétaient-ils, voire suppléaient-ils les lacunes de l'offre de soins en santé mentale en SSR ? Plus précisément, à quelles demandes de soins répondaient-ils et comment ?

En revenant d'abord sur les motifs de recours aux soins non conventionnels (SNC) des femmes, il s'agira de voir que d'un point de vue anthropologique, ils révèlent

2. Une soixantaine de femmes âgées de 16 à environ 80 ans ont été rencontrées dans différents lieux d'enquête (services de santé spécialisés en SSR, associations, domiciles, stages de développement personnel...). Les entretiens ont été menés seule (d'où l'usage du « je » dans ce texte), ou par plusieurs membres de l'équipe MédocIresp (usage du « nous »).

3. À noter que les femmes qui recouraient à des soins non conventionnels présentaient généralement les caractéristiques suivantes : elles étaient souvent issues de la classe moyenne pour celles qui recouraient à des soins tarifés, avaient une sensibilité particulière pour les alternatives écologiques, avaient parfois vécu de mauvaises expériences dans le système de santé officiel et accordaient beaucoup de valeur à la santé et au bien-être.

4. Le lexique « non conventionnel » répond au statut de ces praticiens vis-à-vis de la législation française qui interdit l'exercice médical à toute personne non titulaire du diplôme universitaire de médecine depuis la loi de 1892, revue en 1945 (Robard, 2002). Dans ce contexte, les praticiens qui exercent en dehors de ce cadre sont considérés comme pratiquant illégalement la médecine. En dépit de cette interdiction, j'ai pu noter la présence croissante en Médoc de thérapeutes exerçant des soins non conventionnels (SNC), confirmant le regain d'intérêt de ces pratiques en France (Schmitz, 2006 ; Kessler-Bilthauer, 2017).

des souffrances liées à des difficultés à se conformer ou, au contraire, à s'extraire des rôles et normes de genre, amenant souvent à des questionnements identitaires et difficiles. Il s'agira ensuite de présenter les profils des thérapeutes rencontrés et d'examiner comment ils prenaient en charge ce type de souffrances, en distinguant notamment deux temps forts dans leurs consultations. L'hypothèse posée est double : les thérapeutes semblaient appréhender principalement les souffrances de femmes dans leurs dimensions de *illness* et de *sickness* (Young, 1982), éclairant en creux une forme de *social suffering* (Kleinman, 1997) liée à la violence symbolique des normes de genre ; leur prise en charge visait à initier chez elles un processus de subjectivation, entendu comme le processus concourant à rendre l'individu acteur de sa propre expérience, sujet conscient et agissant de sa propre existence (Wieworka, 2012), les conduisant à redéfinir leurs identités du point de vue du genre.

## 1 Souffrances de femmes et motifs de recours aux soins non conventionnels

Les entretiens menés auprès des femmes ont permis de recueillir les récits variés de leurs expériences des maux et souffrances au féminin (*illness narratives* au sens de Kleinman, 1998). La mise en perspective de ces discours a ensuite permis de saisir les singularités individuelles (*illness*) mais aussi d'observer la récurrence de certains vécus, dès lors envisageables au prisme des notions de *sickness* ou dimension sociale de la maladie (Young, 1982).

### 1.1 Des souffrances liées aux maux du corps

Parmi les souffrances de femmes exprimées et susceptibles de motiver le recours à des SNC, une première catégorie concernait les sentiments de mal-être associés aux changements du corps aux âges de la vie ou lors de maladies de l'appareil reproducteur.

#### *1.1.1 Souffrances de femmes aux âges de la vie*

Les âges de la vie désignent différentes manifestations corporelles socialement construites comme des évènements ou des seuils marquants du cycle de la vie et conférant aux groupes d'individus qui les traversent des statuts et rôles particuliers. Chez les femmes, trois âges de la vie sont particulièrement marqués dans la majorité des sociétés : l'arrivée dans l'âge fécond au moment des premières règles institue le passage de l'enfance au statut de femme ; les grossesses et les naissances font accéder au statut de mère ; l'âge de la fin de vie féconde apparaît au moment de la disparition des menstruations (« ménopause ») (Héritier, 1996). En France, les âges de la vie des femmes ont autrefois fait l'objet de ritualisations collectives, visant l'apprentissage des rôles féminins (Verdier, 1977). Disparaissant peu à peu, ces rites séculiers ont désormais laissé place à des prises en charge médicalisées (Moulinié, 1994). Ainsi, la grossesse et l'accouchement, ainsi que l'infertilité, apparaissent aujourd'hui comme des dimensions de la vie des femmes particulièrement médicalisés (Tain, 2001 ; Jacques, 2005 ; Thomas, 2016). En Médoc, les gynécologues médicaux, obstétriciens et sages-femmes constituaient les principaux interlocuteurs pour les femmes enceintes. Dans le service de maternité de la clinique locale, une psychologue était parfois sollicitée par l'équipe soignante pour assurer un suivi psychologique des femmes vivant des grossesses com-

pliquées (Kotobi *et al.*, 2013). Parallèlement, certaines femmes rencontrées recouraient également à l'offre de SNC présente en Médoc pour ce type de problèmes.

Ces recours pouvaient concerner la prise en charge de la dimension anxiogène de la grossesse (peur des complications pour la mère et l'enfant) et de l'accouchement.

> « J'avais fait des séances de sophrologie spécialisées dans la grossesse et l'accouchement dans la commune d'à côté. [...] J'ai aussi trouvé une sage-femme qui faisait aussi de la sophrologie. [...] C'était un temps d'échanges à chaque fois. On travaillait beaucoup la respiration, on faisait aussi des exercices de visualisation de l'intérieur du corps, du bébé, ou de trucs qui te relaxent. [...] Ça m'a vraiment aidé pour l'accouchement, à connaître mon corps et à mieux m'oxygéner. Je sentais un état de bien-être incroyable. [...] J'y suis allée parce que j'avais peur de l'accouchement. Et là, j'ai pu verbaliser toutes mes craintes. » [Aude, 28 ans, travailleuse sociale, en couple, un enfant.]

En Médoc, une offre de soins spécifiques à la pré-natalité semblait ainsi se développer sous la forme de cours de yoga prénatal, de séances de sophrologie préparant l'accouchement, ou encore de temps de méditation guidée visant la communication avec le bébé et la visualisation de l'accouchement.

Les problèmes d'infertilité faisaient également l'objet de recours aux SNC [5] en Médoc, confirmant le fait que ce phénomène ancien (Bouteiller, 1966 ; Loux, 1983) semble perdurer aujourd'hui (Kessler-Bilthauer, 2017), et ce d'autant plus du fait que la biomédecine ne parvient pas toujours à en expliquer les causes :

> « Il y avait une jeune femme qui travaillait avec moi et qui faisait FIV sur FIV [6] et qui devenait folle à force de faire des FIV. Elle avait une endométriose [7]. Peut-être psychosomatique [...]. Mais peut-être que si elle allait voir un guérisseur en qui elle croit... Si elle y croit, ça peut peut-être soigner ce genre de choses ! C'est pour ça que je dis que la médecine, faut pas qu'elle soit toujours négative et dire : Non, vous ne pourrez jamais avoir d'enfant. » [Jeanne, 50 ans environ, ouvrière viticole puis auxiliaire de vie, remariée, deux enfants.]

Il est ainsi attendu du thérapeute qu'il dénoue le blocage émotionnel empêchant les femmes d'enfanter. Symboliquement, la femme stérile est généralement considérée comme une femme « sèche », « aride », ou « incomplète » (Héritier, 1996), victime d'un déséquilibre humoral que le thérapeute doit modifier pour la faire accéder au statut de mère.

Si la fertilité et l'infertilité demeurent des motifs récurrents des recours à des SNC, d'autres maux liés aux âges de la vie motivaient également ces recours, comme les

5. À noter que la clinique du Médoc n'offrait pas de prise en charge en matière de PMA ; le cas échéant, les patientes sont orientées vers le Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux.

6. FIV est l'acronyme de fécondation *in vitro*.

7. L'endométriose est une pathologie du tissu utérin et est une cause d'infertilité.

perturbations psychocorporelles vécues au moment des menstruations et au cours de la ménopause. Plusieurs de mes interlocutrices m'ont effectivement fait part des douleurs et des émotions négatives qui accompagnaient depuis des années leurs cycles menstruels. Aux côtés des maux de ventre, de dos et de poitrine, se manifestaient chez elles des sensations de tristesse, de lassitude, des « idées noires », des « envies de pleurer », des sentiments d'irritabilité voire de colère, qu'elles disaient difficiles à comprendre et à maîtriser. Elles en parlaient rarement autour d'elles, du fait du tabou social qui accompagne le vécu des menstruations (Douglas, 1971 ; Mardon, 2011), et par crainte d'être stigmatisées comme « folles » ou « hystériques » dans leur entourage. En SSR, ces manifestations psychocorporelles sont regroupées au sein d'une nouvelle catégorie portant le nom de syndrome prémenstruel (SPM), encore peu étudié : pourtant, si l'apparition de cette nouvelle entité nosologique tend à une meilleure prise en compte des perturbations physiques et émotionnelles liées aux cycles menstruels, elle contribue en même temps à la pathologisation de ce phénomène. Et ce d'autant plus que la réponse thérapeutique privilégiée repose largement sur une conception somatique et sur des traitements hormonaux et psychotropes.

Comme le SPM, les désagréables changements liés à la disparition des règles autour de l'âge de la ménopause constituent aujourd'hui la liste des symptômes caractérisant une nouvelle catégorie biomédicale appelée troubles ménopausiques, désormais soignés par le même type de traitements (Delanoé, 2006). Ces réponses étiologico-thérapeutiques ne semblaient pas toujours satisfaire les femmes rencontrées en Médoc, lesquelles ne concevaient pas forcément leurs problèmes comme le signe d'une pathologie à soigner par l'allopathie mais comme le passage d'un cycle de vie à un autre. À l'instar de Véronique Moulinié (1998), j'ai pu relever des expressions familières de certaines femmes qui, la cinquantaine approchant, disaient « travailler du chapeau » ou « se sentir en pleine descente », et qui évoquaient ainsi des sentiments de mal-être, de baisse de moral et de tristesse. Pour Suzanne (62 ans, retraitée), la ménopause avait été un passage difficile parce qu'elle s'était « rendu compte que la vie était vite passée » et que chaque saignement, chaque bouffée de chaleur, chaque vertige était là pour le lui rappeler. L'âge de la ménopause peut être vécu comme un déclassement social du fait du passage vers l'âge de la vieillesse, et comme une perte identitaire se manifestant par la disparition des attributs fondant la féminité (les règles et la capacité à procréer) (Héritier, 1996 ; Delanoé, 2006 ; Moulinié, 1994). Peu enclines à soulager leur mal-être avec des traitements hormonaux ou psychotropes, mes interlocutrices sollicitaient auprès des thérapeutes non conventionnels des prises en charge basées sur des traitements perçus comme plus naturels, comme l'homéopathie et la phytothérapie, et sur de l'accompagnement plus psychologique, voire mystique.

En résumé, les recours aux SNC par les femmes intervenaient fréquemment au moment du passage d'un âge de la vie à un autre, en dépit de la médicalisation dont ces temps font aujourd'hui l'objet. Ces moments de la vie sont vus comme requérant parfois d'autres voies étiologiques et thérapeutiques pour prendre notamment en charge les souffrances qui peuvent les accompagner et qui tendent à être banalisées en SSR. La dimension de *sickness* et l'effet des représentations sociales sur le moral ne semblent pas toujours être considérés par les professionnels de santé, mais paraissent pouvoir être pris en charge par les thérapeutes non conventionnels.

#### *1.1.2 La maladie destructrice*

La maladie grave, comme les cancers du sein ou de l'utérus, ou les maladies chroniques, comme l'endométriose, constituaient également un motif important de recours aux SNC, pour soulager les douleurs physiques, tenter d'influer sur le cours de la maladie et remédier aux souffrances directement liées à la rupture biographique brutale souvent engendrée. La maladie vécue comme destructrice (Herzlich, 1969) anéantit les habitudes, interactions, rôles et statuts vécus d'ordinaire. Du point de vue des femmes rencontrées, des souffrances étaient palpables quand elles percevaient leur maladie comme les empêchant de mener à bien leur vie de femmes (baisse du désir pour leurs partenaires, crainte d'avoir des rapports sexuels), de mères (ne plus être en capacité d'enfanter, voire de materner, de tenir la maison) ou de travailleuses (sentiment d'être inutile, d'être assistée), ce qui semblait dessiner en creux le malaise de ne pouvoir se conformer à ces rôles culturels féminins.

Les prises en charge actuelles du cancer offrent aux patients, par le biais des associations de malades, de plus en plus d'espaces de parole et la possibilité d'accéder à des SNC (Cohen et Rossi, 2011). Pour autant en Médoc, le contexte de désertification médicale limitait le recours à ces espaces et offres de soins institutionnalisés. Les inégalités géographiques de santé, couplée à l'issue souvent incertaine des maladies graves et/ou chroniques ainsi qu'au sentiment de rupture sociale, contribuaient ainsi à motiver les femmes à recourir à des SNC.

#### *1.1.3 Les corps violentés et les âmes blessées*

Enfin, les souffrances qui persistaient après des expériences de violences familiales ou conjugales, ainsi que les traumatismes laissés par les violences sexuelles souvent perpétrées par des hommes de la famille ou de l'entourage demeuraient aussi des motifs de recours aux SNC. Ces recours pouvaient intervenir en complément des consultations avec les psychologues du territoire ainsi que des dispositifs de soutien et d'écoute d'une association, qui a vu le jour pendant l'enquête, de lutte contre les violences faites aux femmes.

### 1.2 Des souffrances liées à un sentiment de déviance

Les souffrances liées au sentiment d'être anormale ou déviante constituaient une deuxième catégorie de motifs pouvant susciter des recours aux SNC.

#### *1.2.1 Les corps déviants*

Certaines souffrances de femmes relevées lors des entretiens semblaient issues de l'impossibilité de se conformer aux représentations et rôles féminins attendus, dans la mesure où leur corps ne correspondait pas aux représentations valorisées du corps féminin. C'était par exemple le cas de femmes ayant subi une ablation mammaire suite à un cancer du sein, d'une autre née hermaphrodite, d'autres souffrant d'obésité ou encore d'autres ayant subi une hystérectomie, souvent appelée « la totale » par les femmes les plus âgées. Ces situations agissaient pour elles comme des stigmates visibles ou latents (Goffman, 1978), générant des souffrances liées au fait de ne pas se sentir normale par rapport aux autres femmes, ni de donner aux autres une image

valorisante de soi. L'estime de soi paraissait affectée par le fait de ne pas pouvoir se conformer aux normes esthétiques, qui tendaient de plus à les exclure du groupe formé par les femmes aux corps « normaux ». Ces situations de mal-être demeuraient rarement exprimées dans les consultations de SSR, mais pouvaient impliquer des recours aux SNC.

### *1.2.2 Des souffrances perçues comme illégitimes*

Ne pas parvenir à se conformer à la puissante norme procréative fixant le cadre d'une fécondité normale et acceptée dans notre société (Bajos et Ferrand, 2006) pouvait également provoquer des souffrances et susciter le recours à des SNC. Cette norme se traduit par l'adoption systématique d'une contraception médicalisée permettant une planification familiale maîtrisée. Une grossesse non désirée est signe d'un manquement à cette norme et peut alors faire l'objet d'une IVG au sein d'un service hospitalier. Or, si la détresse des femmes est généralement prise en charge par les équipes soignantes au moment de l'IVG (Lemonnier, 2010), celle ressentie des semaines, des mois voire des années plus tard, reste souvent peu prise en compte, et marquée par le sceau du secret :

> « J'avais un ami avec moi et je ne pouvais pas lui dire ce que j'avais. Personne ne savait, personne n'a su. Je l'ai dit à ma mère bien après. J'ai gardé cela pour moi… La honte peut-être… » [Solène, 35 ans, en couple, un enfant, pépiniériste.]

Comme d'autres, cette femme me raconta avoir fait une dépression suite à cet épisode traumatique dont elle n'a parlé à personne, honteuse de ce qui lui était arrivé et longtemps contrainte de s'en accommoder seule. Si les espaces de parole existent généralement avant l'IVG, ils sont beaucoup plus rares par la suite, comme si l'accès à un avortement médicalisé et sécurisé était jugé suffisant pour soulager la détresse des femmes. Les sentiments de honte et de culpabilité pourtant ressentis en post-IVG alimentaient un grand mal-être. Le tabou social autour de l'IVG empêche de raconter la douleur tandis que les normes en matière de procréation rendaient ces souffrances illégitimes aux yeux des femmes, dans la mesure où elles résultaient d'un évènement qui aurait pu être évité avec une bonne maîtrise de la contraception. Autrement dit, la détresse post-IVG était pensée comme ayant pour seules responsables les femmes elles-mêmes. Dans ce contexte, certaines d'entre elles choisissaient de braver les tabous et de soulager leurs souffrances auprès de thérapeutes exerçant en marge du système de santé officiel.

### *1.2.3 Souffrances de femmes et « fatigue d'être soi »*

Gilles Lipovetski appelle la « troisième femme » celle qui multiplie les trois rôles féminins que sont ceux de la mère, de l'épouse et de la travailleuse, salariée ou entrepreneuse (Lipovetski, 1997). Le cumul de ces rôles, comme l'incapacité à les mener tous de front, étaient souvent interprétés comme étant une cause importante de mal-être chez les femmes rencontrées :

> « Une vie pleine d'imbécilités ! On a un enfant, on le laisse pour aller travailler… Je n'avais vraiment pas eu ce modèle. […] Moi, mon modèle c'était maman au foyer. Donc, j'essayais de faire la même chose… Être disponible pour ma fille, lui faire faire ses devoirs, faire à manger, être une épouse parfaite ! On ne peut jamais faire tout et bien ! Et j'ai dérapé… Trois dépressions consécutives… » [Estelle, 50 ans environ, mariée, un enfant, en arrêt de travail longue durée.]

Estelle a voulu être une mère au foyer en même temps qu'une femme salariée et une épouse, trois modèles qu'elle n'est pas parvenue à faire coexister comme elle l'entendait. La dépression a fait exploser l'équilibre précaire qu'elle avait mis en place pour assurer ces trois rôles, laissant place à un sentiment d'échec parfois difficile à supporter.

*A contrario*, d'autres femmes rapportaient des expériences de dépressions qu'elles associaient au fait de ne pas être conformes aux normes sociales et aux rôles attendus d'elles. C'est par exemple le cas de Lisa :

> « Pendant le BTS, le prof nous demandait ce que c'était notre but dans votre vie aujourd'hui ! Chacun disait : Réussir mon BTS. Whaou [*ironique*] ! Bon moi, j'ai dit que je voulais juste être heureuse. […] Ils m'ont tous cataloguée comme rebelle ! […] Je n'ai pas eu mon BTS. […] je n'étais tellement pas dans mon truc… […] Après ça a été très compliqué. J'ai d'abord fait une bonne dépression. J'étais déjà en dépression à cette époque-là [*rires gênés*]. Et après, je me suis mise à la recherche de ce que je pouvais faire pour être heureuse ! J'ai testé beaucoup de thérapies alternatives, des choses qui font travailler sur soi. » [Lisa, 33 ans environ, célibataire, un enfant, sans emploi, en formation d'hypnothérapie.]

Le « sens de la vie » chez Lisa ne passait donc pas par un épanouissement potentiel au sein d'un rôle de mère, d'épouse ou de travailleuse, mais dans une quête de soi et du bonheur, expérimentant une grande diversité de SNC. Une autre enquêtée, Ilham (35 ans, célibataire, un enfant) a également expliqué avoir traversé un épisode dépressif avant de devenir mère, alors qu'elle cherchait « du sens à sa vie » : ses différentes expériences de vie de couple ne s'étaient pas révélées satisfaisantes, les hommes qu'elle avait connue se révélant trop souvent « machos, des fois même de façon inconsciente ». Sa « petite dépression » a marqué un temps fort dans sa trajectoire biographique car elle s'est rendu compte, notamment grâce aux thérapeutes non conventionnels qui l'ont accompagnée, qu'il lui fallait se construire un mode de vie propre, ne trouvant pas de modèle qui lui convenait. Pour le sociologue Alain Ehrenberg (1998), la dépression est devenue une « maladie » répandue à partir des années 1970 ; elle constitue un puissant révélateur des dilemmes qui se posent désormais à l'individu contemporain, contraint de « devoir être lui-même » et entrepreneur de son propre destin. Les vécus dépressifs des femmes médocaines peuvent ainsi être compris comme autant de formes de « fatigue d'être soi » et invitent à se questionner sur la fabrique actuelle des identités féminines, tantôt soumise au désir de conformité à des rôles féminins difficiles à faire

coexister, tantôt laissée à la libre et angoissante construction de soi en dehors de tout repère.

### 1.3 *Social suffering* et normes de genre

Dans l'ensemble, les souffrances de femmes telles qu'elles ont été exprimées en entretiens relevaient davantage du *illness* et du *sickness*, que des maladies-*disease* propres au champ de la SSR et de la santé mentale. Les sentiments d'échec social, de mésestime de soi, d'infériorité, d'illégitimité ou de honte semblaient jouer sur les vécus au point que ces ressentis semblaient caractéristiques des dimensions subjectives et sociales de ces souffrances de femmes. Ces sentiments pouvaient résulter de l'incorporation encore actuelle de représentations négatives du féminin, lequel étant encore construit dans notre société comme un domaine de la vie humaine peu digne d'intérêt, impur et tabou. Ces représentations doublaient ainsi la peine des femmes déjà affectées par divers maux et souffrances et agissaient comme un phénomène de *social suffering* (Kleinman *et al.*, 1997), c'est-à-dire comme un pouvoir socioculturel et politique capable de générer de la souffrance individuelle à grande échelle. Ainsi il semble que le mal-être des femmes, d'un point de vue anthropologique, était à comprendre comme la difficulté à être soi dans un contexte socioculturel à la fois fortement normé et normatif et favorisant la mésestime de soi. L'ethnographie menée en Médoc semble montrer qu'il reste encore parfois difficile pour les femmes de partager leurs expériences de leurs maux et souffrances. Certaines se tournaient alors vers les rares psychologues et psychiatres de la presqu'île ou sollicitaient d'autres voies thérapeutiques, notamment celles ouvertes par l'offre locale de soins non conventionnels, que nous allons maintenant examiner.

## 2 Thérapeutes et soins non conventionnels

### 2.1 Parcours de thérapeutes non conventionnels médocains

L'offre de soins non conventionnels présentait une grande diversité : il était ainsi possible de recourir sur la presqu'île, entre autres soins, à des massages énergétiques, des soins de reiki, des séances de magnétisme, des pratiques d'olfactothérapie, des cures chamaniques, ou des temps de méditation de pleine conscience... Il a été difficile d'établir une typologie des thérapeutes à partir des soins qu'ils exerçaient, dans la mesure où chacun combinaient de façon originale des pratiques parfois très différentes [8]. J'ai ainsi privilégié l'approche développée par les auteurs de l'ouvrage collectif *Les nouveaux guérisseurs* (Pordié et Simon, 2013), qui ont adopté une approche biographique des thérapeutes pour mieux éclairer les façons dont ils multiplient les référentiels de soins dans leurs pratiques.

Les récits de vie collectés étaient souvent très structurés et évoquaient ceux recueillis par l'ethnologue Christine Bergé dans son étude au sein de groupes de soutien spirituel en Floride (2005). Intitulant son ouvrage *Héros de la guérison,* elle a considéré ses interlocuteurs comme des personnes actrices de leurs propres reconstructions biographiques et sociales.

8. À l'instar, par exemple, de la désenvoûteuse belge francophone enquêtée par Olivier Schmitz (2013) en Belgique francophone, qui synthétise originalement voyance, exorcisme, chamanisme, radiesthésie, géobiologie et alchimie.

> « [...] pourquoi des “héros” ? Le personnage héroïque peut être une victime sacrificielle à qui l'assomption confère un caractère sacré. [...] Ou encore c'est un homme devenu hors norme après avoir parcouru un chemin initiatique dont il est victorieusement “revenu”. Il revient plus qu'intact : fortifié, rehaussé, voire ressuscité. [...] On se rassemble autour de lui, il sert de modèle à suivre. » [Bergé, 2005 : 17.]

Dans le Médoc, les praticiens rencontrés me sont tous apparus comme des héros de l'ordinaire, tant leurs récits étaient traversés d'expériences initiatiques, de moments de vie difficiles ou de maladies graves dont ils s'étaient sortis et après quoi, ils s'étaient (re)construits autour d'une activité de soignant, ayant du sens pour eux. Les parcours de David et de Shriya par exemple, ont tous deux été très marqués par le sacré et par l'initiation à des pratiques mystiques :

> « J'ai alors beaucoup étudié la religion, mais dans les bases. [...] Et puis, je suis allé étudier d'autres religions... En fait, je ressens fortement en moi la notion du sacré ! C'est très très fort ! Et que chaque être est quelque chose de sacré. [...] Vous savez, j'ai aussi vécu dans pas mal d'endroits... quand j'étais au Mexique, j'ai vécu et j'ai travaillé avec une chamane, qui m'a ouvert à des expériences qui ont remis totalement en cause mon point de vue sur le monde. » [David, énergéticien [9], 47 ans environ.]

> « Quand j'étais petite, j'avais comme une soif profonde à l'intérieur de moi. J'étais si triste. La nuit, petite, mes parents croyait que je dormais et je regardais les étoiles et je sentais que j'avais beaucoup d'amour en moi, tellement que j'aurai pu exploser. [...] Puis, plus tard, je suis partie en Inde. C'est là-bas, dans un ashram [10], que j'ai rencontré une personne qui m'a appris à puiser en moi les ressources, à aller en moi. À méditer ! Les gens me disent aujourd'hui que je dégage beaucoup d'amour, que je suis calme. C'est parce j'y travaille à la racine. » [Shriya, 48 ans, masseuse ayurvédique.]

Une rupture, une grave dépression, un deuil apparaissaient également comme des épisodes de vie caractérisant le parcours des thérapeutes :

> « J'ai commencé à me sentir très très mal... Et à me dire que... que j'étais folle ! [...] J'ai commencé à regarder comment je pouvais me faire interner en asile psychiatrique, et surtout comment en ressortir après. [...] Ma sœur m'a appelée un jour et j'ai compris : [...] elle m'apprit que mon père était hospitalisé et qu'il était en train de mourir. Moi, j'ai compris intuitivement que je n'étais pas folle mais que mon côté médiumnique se mettait en place. » [Laura, 42 ans, « sorcière moderne [11] ».]

9. Les titres ou spécialités des thérapeutes tels que mentionnés ici sont issus des entretiens avec eux et renseignent sur les façons dont ils définissent leur activité de soin.

10. Dans la tradition brahmanique, l'*ashram* est un lieu ouvert aux disciples désirant approfondir leur engagement spirituel auprès d'un maître, ou *guru*.

11. Par « sorcière moderne », Laura se définissait comme une femme ayant « retrouvé ce qu'il y a de sacré dans le féminin » et puisait dans cette source un ensemble de forces et de compétences. En d'autres

Enfin, l'expérience d'une maladie grave, voire d'un coma, semblait relativement récurrente dans les récits de vie des praticiens de soins non conventionnels :

> « J'ai vécu chez mes grands-parents à l'étranger, jusqu'à l'âge de 3 ans. Je suis tombée gravement malade et je suis tombée dans le coma. Une guérisseuse m'a redonné la vie alors que pour les hôpitaux à l'époque, j'étais morte cliniquement. [...] Je suis revenue à moi une heure après et elle est décédée sept jours après. Depuis, j'ai son don et je suis médium. » [Sofia, 50 ans, médium.]

Consciente du biais que constitue « l'illusion biographique » (Bourdieu, 1986), il s'agit plutôt d'observer que ces personnes ont réussi à réécrire *a posteriori* leurs histoires personnelles à la manière de véritables épopées. Leurs parcours de vie qui faisaient donc d'eux des héros et héroïnes de l'ordinaire, les avaient amenés à devenir des thérapeutes, d'autant plus capables d'apporter des soins aux autres qu'ils se sentaient comme particulièrement à même de compatir à la souffrance d'autrui (ayant eux-mêmes souffert). Cette forte capacité à l'empathie et la compassion dans la relation soignant-soigné(e) constituait ainsi un point fort de leurs prises en charge thérapeutiques.

> « Tout le monde possède la capacité d'imposer les mains, c'est universel ! Mais tout le monde ne peut pas devenir magnétiseur. [...] Ça demande de savoir écouter et de comprendre vraiment la souffrance des autres. » [M. Valier, 50 ans environ, magnétiseur.]

La majorité des thérapeutes rencontrés avaient complété leurs savoirs et pratiques par le biais de diverses formations sur plusieurs années dans des écoles institutionnalisées en France ou à l'étranger, formant aux grandes traditions médicales orientales (médecine traditionnelle chinoise, Ayurveda) ou à des techniques variées de massages énergétiques. Enfin, d'autres formations privées plus courtes permettaient aux praticiens rencontrés de se familiariser avec différents « outils » thérapeutiques, visant à favoriser les rééquilibrages énergétiques par le biais de manipulations corporelles ou extracorporelles (réflexologie, reiki), à faire émerger des messages thérapeutiques (cartomancie, radiesthésie), à « libérer » les émotions des patients (olfactothérapie, psychogénéalogie), ou encore à leur apprendre à les gérer (sophrologie, utilisation des élixirs floraux). Malgré cette apparente hétérogénéité, il semblait se dégager deux temporalités particulières au sein des consultations.

---

termes, cela se traduisait pour elle par la revalorisation de son statut et de son vécu en tant que femme, même si cela conduisait à une forme de marginalité (à l'instar de la sorcière au Moyen Âge) ; cela renvoyait également pour elle au développement et à l'apprentissage de compétences généralement attribuées aux magiciennes et guérisseuses, comme la connaissance des plantes qui soignent ou l'exercice de pratiques magiques et ésotériques, qu'elle complétait avec des pratiques vues comme plus « modernes » et issues du mouvement *New Age*, comme l'usage de techniques chamaniques, l'attention accordée à l'intuition et aux messages médiumniques, ou encore la formation à des techniques thérapeutiques inspirées de la psychologie et de la psychanalyse.

## 2.2 Le premier temps de la thérapie : laisser parler le corps et les émotions

Lorsque les femmes venaient les consulter, les thérapeutes expliquaient généralement procéder à une première phase de diagnostic, reposant sur une conception endogène des affections, et sur des techniques visant à faire parler les patientes de leurs émotions.

### *2.2.1 Une conception endogène des souffrances et des maux*

La plupart des thérapeutes considérait que la cause des maux physiques et des souffrances morales avait une origine endogène, c'est-à-dire interne à la personne et à son être. Ce modèle étiologique est très répandu dans le domaine des soins non conventionnels, comme le notifiaient déjà François Laplantine et Paul-Louis Rabeyron en 1987. De plus, pour de nombreux thérapeutes, le corps et l'esprit étaient à considérer dans leur interrelation tandis que la santé était assurée par une circulation harmonieuse des humeurs ou des énergies vitales. Selon mes interlocuteurs, les maux et souffrances résultaient de déséquilibres énergétiques internes. Leur cause était à chercher dans les « nœuds » émotionnels qui, restés trop longtemps enfouis, provoquaient insidieusement ces nuisibles dérèglements :

> « Pour moi, l'infertilité, c'est un blocage sur une chose vécue dans une existence passée… Ou des fois, c'est juste un psychodrame familial et on répercute un comportement. Des croyances familiales, des soi-disant fatalités familiales… […] Ça crée des déséquilibres énergétiques. Et ça bloque au niveau du corps. » [M. Valier, 50 ans environ, magnétiseur.]

Ainsi, le principe diagnostique pour soulager les souffrances des femmes consistait à identifier les blessures émotionnelles, vues comme responsables de déséquilibres internes ayant par la suite causé l'apparition de maux ou de mal-être.

### *2.2.2 Langage du corps et mots de l'âme*

Pour identifier les nœuds émotionnels originels, deux types de techniques étaient employées : l'interprétation du « langage du corps » et le « faire parler ». Exceptés les thérapeutes formés à des médecines « traditionnelles savantes », comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'Ayurveda, et qui procédaient généralement à un examen clinique très codifié, la plupart des praticiens s'employaient à rechercher les messages du corps souffrant, en utilisant notamment divers moyens de divination. De nombreux thérapeutes expliquaient utiliser leurs capacités médiumniques pour capter des messages de leurs « guides » spirituels et ainsi identifier les évènements vécus par le passé ou dans une autre vie et susceptibles d'avoir laissé une trace traumatique :

> « Moi, je fais un scan du corps avec mes mains, je ressens là où il y a des dérèglements. Après ce que je fais, je demande là-haut, à mes guides en quelque sorte… Je reçois des informations que je donne à la personne, sur des choses qui se sont passées dans sa vie ou dans une autre incarnation. Et après, on change un peu l'énergie. » [M. Valier, 50 ans environ, magnétiseur.]

D'autres employaient des objets comme le pendule ou les cartes pour les aiguiller dans leurs interprétations. Pour Sofia, médium guérisseuse, et David, énergéticien, l'usage de la cartomancie constituait un support pour aborder les sujets difficiles. Les jeux de tarots formaient selon David un ensemble de symboles des états de l'univers et de l'esprit humain, comparables selon lui aux archétypes décrits par Carl Jung ([1939] 1996), sur lesquels le thérapeute clairvoyant ou *channel* pouvait s'appuyer pour interpréter les signes qui lui étaient envoyés. D'autres encore, considérant la maladie comme un « mal-à-dire » ou un « mal-qui-dit », s'appuyaient sur des ouvrages faisant correspondre aux maux physiques des états émotionnels particuliers.

Dans la deuxième catégorie de techniques diagnostiques figurent celles visant à faire parler les patientes d'elles-mêmes, dans le but de comprendre leurs blocages émotionnels. Les femmes étaient invitées à se raconter, à faire part de moments marquants de leur vie, de leurs ressentis, de leurs relations familiales et sociales, ou encore de leurs rêves. Les techniques employées semblaient s'inspirer des méthodes des thérapies analytiques et des thérapies brèves [12], auxquelles certains thérapeutes étaient formés. Du fait de ces formations, mais aussi de leurs parcours de vie, ils faisaient preuve de grandes capacités d'empathie et d'écoute, créant ainsi des espaces thérapeutiques propices à l'expression des souffrances de femmes, y compris celles vécues comme illégitimes :

> « Plusieurs mois après mon avortement, je me sentais encore super mal. Je suis allée voir une réflexologue. Elle me massait les pieds, ça faisait un bien fou ! Et puis elle me posait des questions, pile sur ce qui allait mal ! Je lui ai dit tout ce qui n'allait pas, j'ai beaucoup pleuré. Elle a posé sa main sur mon ventre et m'a dit de me sentir rassurée car tout fonctionnait bien, et que j'aurai d'autres enfants. [...] Je trouve que ces gens qui pratiquent ces médecines ont un relationnel humain et une compréhension du corps et du mental plus poussée, et ils associent les deux. Je trouve que les médecins sont débordés. » [Solène, 35 ans, en couple, un enfant, pépiniériste.]

Le cas d'Ilham montre lui aussi que la relation thérapeutique créée par les praticiens non conventionnels permet souvent d'aborder des sujets tabous, générateurs d'angoisses et de détresse :

> « Le magnétisme... c'est la mère d'un ami qui m'a fait un soin. J'étais pas bien, un peu comme le début d'un *burn-out*, j'étais pas bien du tout et elle m'a fait du bien. C'était après mon avortement, en plein divorce et en plein drame familial, car il y a eu un cas d'inceste dans la famille. C'était quelque chose que je savais mais que je n'arrivais pas à avouer, surtout à en parler, les gens n'ont pas envie d'entendre ce genre de choses, donc j'ai eu besoin d'aide. Je me suis aussi entourée d'un sophrologue génial, qui m'a aussi orientée vers une psychologue clinicienne, qui m'a fait beaucoup de bien. » [Ilham, 36 ans, coach sportif, célibataire, mère d'un enfant.]

12. Les thérapies brèves regroupent généralement des approches psychothérapeutiques, telles que la « Programmation neuro-linguistique », l'hypnose ericksonienne, ou la psychogénéalogie, visant à résoudre les problèmes du patient en quelques séances.

La capacité à faire parler les gens de leurs maux et à les écouter semble être un savoir-faire caractéristique de ces praticiens [Bordes, 2011 ; Rossi, 2011] sans qu'eux-mêmes ne mettent toujours en avant cette compétence relationnelle. Pourtant c'est cette qualité particulière qui permettait aux femmes rencontrées d'exprimer leurs vécus, sans tabou ou peur du jugement, et ainsi réintégrer ces expériences dans un registre de légitimité, alors qu'elles étaient jusqu'à lors perçues comme anormales ou déviantes.

En résumé, cette première phase de la consultation, centrée sur l'expression et l'écoute des maux et des mots, semblait déjà participer d'une certaine efficacité (psycho)thérapeutique, bien que les thérapeutes considèrent ce temps plutôt comme celui du diagnostic. Ce temps permettait aux femmes de construire un récit de soi légitime, *via* un processus d'introspection et de prise de conscience de leurs failles émotionnelles. Le discours sur soi incite les femmes à reconsidérer les évènements qu'elles ont traversés, les choix qu'elles ont opérés, et enfin les souffrances morales qu'elles ont endurées. En ce sens, le dispositif thérapeutique favorise surtout la réflexivité (Andrieu, 2012) permettant d'identifier les blocages à l'origine des maux ou du mal-être, pour préparer la seconde phase du traitement, à savoir la réécriture du parcours de vie au prisme de nouveaux référentiels interprétatifs.

### 2.3 Le second temps de la thérapie : le toucher et la parole du thérapeute

Une fois l'étiologie du problème identifiée, les thérapeutes procédaient au temps de la cure thérapeutique à proprement parler. Celui-ci s'organisait généralement autour de pratiques psychocorporelles et de l'interprétation de la situation de mal-être par les thérapeutes.

#### *2.3.1 Des pratiques psychocorporelles*

La plupart des thérapeutes exerçaient dans des cabinets de soin en ville [13] ou à leur domicile, dans des pièces réservées à l'accueil des patientes (chambre d'amis réaménagée, cabanon en bois dans le jardin). Ces espaces de soins comportaient généralement un bureau, autour duquel se déroulait la première phase du traitement, et d'une table de consultation médicale ou d'un lit. Les femmes étaient ainsi invitées lors de la seconde phase, à s'y allonger pour bénéficier de traitements particuliers, parfois qualifiés de « techniques psychocorporelles », visant la « neutralisation » réelle ou symbolique des blocages émotionnels par des gestes effectués sur le corps. Il s'agissait par exemple de l'imposition des mains pour « calmer les nerfs » et soigner l'infertilité (M$^{me}$ Pagnoux, magnétiseuse), de massages visant à faire « redescendre la pression » et « réancrer la personne » souffrant de troubles ménopausiques (Alice, masseuse bien-être), de pressions sur les points d'acupressure pour « refaire circuler l'énergie dans le corps » et ainsi « dénouer les tensions aussi au niveau émotionnel » (Émilie, praticienne en énergétique chinoise), ou encore de processus de « nettoyages énergétiques » consis-

13. Bien que toutes leurs activités ne soient pas reconnues légalement, certains thérapeutes exercent sous le statut légal d'auto-entrepreneur au sein de cabinets de ville, où ils bénéficient localement d'une plus grande visibilité.

tant à retirer par des gestes amples des éléments invisibles et nocifs qui se seraient logés dans le corps (M. Valier, magnétiseur).

Pour les femmes, ces pratiques, parfois inhabituelles pour elles, semblaient initier de nouvelles perceptions corporelles et participer d'une reconnaissance de leurs corps souffrants.

### *2.3.2 Une réinterprétation des expériences : l'exemple des mythes*

Lors de cette seconde phase de la thérapie, la parole du praticien prenait à son tour une place importante. Ainsi après l'étape du « faire parler » et de l'écoute, les thérapeutes prenaient la liberté de « dire », comme les sorciers étudiés par Tobie Nathan et Isabelle Stengers (1995 [2012]), déjouant les règles de la consultation psychanalytique (Gabarron-Garcia, 2011). Le contenu de leurs discours reposait sur des messages médiumniques que recevaient certains praticiens de leurs « guides », d'« entités », d'« anges », du corps de leurs patientes ou de leurs propres ressentis corporels. Ils étaient révélés aux patientes comme autant d'éléments de compréhension donnant sens à leurs maux.

> « Moi après ce que je fais, je demande là-haut. Je reçois des informations que je donne à la personne, on change un peu l'énergie. C'est un peu comme si on change le programme d'un disque dur pour y mettre des nouvelles informations. » [M. Valier, 50 ans environ, magnétiseur, reboutothérapeute.]

Ces temps d'échanges étaient des moments de remise en ordre du désordre, de mise en sens des problèmes et de leur intégration dans les trajectoires biographiques. En effet, les thérapeutes semblent réinterpréter les parcours de vie au prisme de référentiels « psycho-mystiques » (Rocchi, 2000) inspirés de la psychologie humaniste, des médecines orientales, de mythologies diverses et des représentations de la vie et de la santé propres au New Age (Durisch-Gauthier, 2007).

Alors que les souffrances de femmes étaient exprimées par les patientes sur le registre du *illness* et du *sickness*, les thérapeutes intervenaient sur ce même registre pour apporter une interprétation à leur mal-être qui puisse apporter du sens et guider vers le mieux-être. Pour que les patientes puissent faire face à leur sentiment d'être contraintes par les normes de genre ou au contraire, à celui de ne pas réussir à s'y conformer, les thérapeutes leur proposaient de re-légitimer leurs façons d'être femmes, en dépit des normes qui en règlent les contours. Il s'agissait de renforcer chez elles leur estime de soi et leur capacité à se sentir « actrices » de leur mieux-être en faisant appel à d'autres références à l'instar par exemple des figures féminines de différentes mythologies et cosmogonies.

Le recours aux figures mythologiques est fréquent dans les soins non conventionnels (Ghasarian, 2006 ; Rountree, 2011 ; Amselle, 2014). Celles-ci agissent comme des modèles explicatifs pour donner du sens aux épreuves et souffrances de la vie et comme des repères sur lesquels s'appuyer pour accompagner la reconstruction de soi. Dans les situations ethnographiées, les épreuves de vie des patientes étaient notamment examinées à la lumière de figures mythiques féminines : procédant souvent à une lecture

féministe des mythes, les thérapeutes signifiaient aux femmes qu'elles incarnaient dans leurs moments difficiles ces figures elles-mêmes, autrement dit qu'elles traversaient les mêmes obstacles et qu'elles s'en réchapperaient courageusement comme elles.

Aux femmes angoissées par la maternité et soucieuses de se conformer au mieux au rôle féminin de la femme-mère, en devenant des femmes au foyer, des mères qui allaitent et qui élèvent leur progéniture, les thérapeutes recouraient à des figures incarnant l'archétype de la déesse-mère, à l'instar de la Sainte-Vierge Marie, de Gaïa, de la Pachamama [14]. Ces figures proposaient à ces femmes des modèles valorisant leur choix et légitimant leur désir de conformité.

La figure de l'amazone au contraire, tirée de la mythologie gréco-romaine, met en scène une femme guerrière, combattant à cheval en tirant à l'arc, n'hésitant pas à se couper un sein pour mieux tendre la corde. Selon la légende d'Hercule, ces femmes excluaient la compagnie des hommes y compris pour élever leurs enfants. Cette figure archétypale était parfois mobilisée par les thérapeutes non conventionnels pour accompagner les souffrances liées au sentiment d'avoir un corps anormal suite à l'ablation d'un sein dans le cadre du traitement du cancer, ou pour apaiser les angoisses liées à une grossesse menée seule. Pour certaines des femmes rencontrées, l'image héroïque et guerrière de l'amazone les avaient aidées à se sentir moins « anormales » vis-à-vis des canons de l'anatomie féminine ou de la norme de procréation, voire les avaient armées d'un sentiment de force là où elles ne percevaient que de la faiblesse ou de la déviance.

De même, aux patientes qui ne pouvaient avoir d'enfants, qui culpabilisaient d'avoir recouru à une IVG, qui souffraient d'expériences de violences conjugales ou qui ne parvenaient pas à se conformer à un modèle familial valorisant la maternité, étaient associées des figures comme celle de Lilith ou celle de la sorcière. Lilith est considérée comme la première femme d'Adam, fabriquée de la même boue et donc son égale, et qui se serait séparée du premier homme à cause de ses désirs sexuels incessants. Dans la tradition judaïque, Lilith est une déesse déchue parce qu'insoumise et sexuellement libérée. Elle serait aussi le serpent conduisant à la chute du Paradis, alors vue par les thérapeutes comme une déesse nocturne assurant aux femmes la possibilité de se régénérer (la capacité de mue du serpent est associée à la possibilité de faire « sang neuf » à chaque cycle menstruel). Dans la cure non conventionnelle, elle constituait un emblème de l'indépendance des femmes face aux normes de genre pour les femmes se sentant trop contraintes dans les rôles de mère ou d'épouse ou au contraire, pour expliquer pourquoi certaines ne parvenaient pas à s'y conformer. De même, la sorcière était une figure valorisée et mobilisée par les thérapeutes, non pour ses maléfices, mais pour ses compétences magiques, ses connaissances en matière de guérison, et surtout pour son dévoiement assumé à tous les rôles féminins socialement attendus (Michelet, 1966 [1862] ; Verdier, 1979 ; Planté, 2002). La sorcière est généralement un

14. Dans le monde chrétien catholique et orthodoxe, Marie est la mère de Jésus : pour les thérapeutes, elle incarnait une figure valorisée du féminin en tant que femme dédiée à la maternité et à la vie spirituelle. Gaïa est, elle, la première déesse engendrée par Chaos dans la mythologie grecque ; incarnant la Terre, elle était tour à tour vue comme une mère nourricière et comme une déesse rebelle capable de faire resurgir le chaos originel. Là encore, les thérapeutes invoquaient Gaïa comme le symbole de la maternité comme force et vécue sur le registre de la communion physique et spirituelle avec la nature. Enfin, la Pachamama est elle aussi une déesse représentant la Terre-Mère dans la cosmogonie andine héritée de la civilisation inca. Très liée à la fertilité, cette figure est, comme Gaïa, mobilisée par les soignants pour valoriser le choix des patientes de se consacrer pleinement à leur maternité sur le mode d'un retour à soi et à la nature.

personnage proche de la nature, capable de sauver la vie ou de la reprendre, vivant souvent seule et sans enfants, et s'adonnant aux plaisirs, contrecarrant ainsi la morale judéo-chrétienne.

En démontrant que les situations vécues par les femmes correspondaient à des épreuves déjà traversées par des femmes mythiques, les thérapeutes ré-enchantaient les parcours de vie des femmes et les incitaient à devenir elles aussi les « héroïnes » de leurs propres épopées terrestres. Il semble que ce procédé thérapeutique servait de support à un processus de subjectivation (Wieworka, 2012) chez les femmes, dans la mesure où l'accompagnement proposé leur donnait le pouvoir de prendre de la distance sur les situations, de les légitimer grâce à des repères valorisants et de pouvoir y faire face en fonction de leurs ressentis et des choix désormais opérés selon les enjeux perçus, et notamment en regard des normes de genre.

## Conclusion

La question de la fabrique identitaire des femmes rencontrées en Médoc est finalement apparue en filigrane tout au long de cette enquête de terrain sur les souffrances de femmes. En me racontant leurs histoires parfois très intimes, elles ont cherché à me dire qui elles étaient, et comment elles parvenaient ou non à faire face à ce qui provoquait chez elle des sentiments de mal-être. En se penchant sur les raisons les poussant à consulter des thérapeutes non conventionnels, il est apparu que les fortes attentes sociales en matière de rôles féminins, souvent contradictoires, pesaient sur les trajectoires biographiques, au point parfois de susciter de réelles souffrances restant généralement peu exprimées. Le poids des normes et des représentations sociales est apparu alors comme exerçant une forme de *social suffering*, d'autant plus difficile à supporter dans un contexte sociétal qui valorise en même temps la « réalisation de soi » (Giddens, 1991). D'un côté, les femmes sont toujours censées incorporer les normes politiques, idéologiques, symboliques et sociales visant le maintien de la hiérarchie structurelle des sexes (Héritier, 2010), d'un autre, elles sont tenues de s'en émanciper pour répondre à la norme moderne de l'épanouissement individuel (Ehrenberg, 1998).

Le recours aux soins non conventionnels, en permettant aux femmes d'initier chez elles des formes de subjectivation (Wieworka, 2012), semble pouvoir les aider à concilier ces injonctions paradoxales. En considérant les souffrances de femmes dans leur vécu social (*sickness*) mais aussi phénoménologique (*illness*), les thérapeutes rendent légitimes les expériences des femmes initialement vécues comme non conformes aux normes de genre, en proposant de les interpréter à partir d'autres repères valorisants et de les intégrer dans le quotidien comme autant de façons de se réaliser en tant que femmes. En ce sens, ils illustrent les récents travaux féministes qui insistent sur la nécessaire prise en compte par les femmes de leurs propres vécus phénoménologiques du corps féminin (Froidevaux-Metterie, 2015) et de leurs propres marges de manœuvre dans les interactions en matière de dynamiques de genre (Le Feuvre, 2003). Il semble alors que les consultations proposées par les thérapeutes non conventionnels pour soigner les souffrances de femmes, constituent des dispositifs donnant à celles-ci les outils nécessaires à ces (re)compositions identitaires, lesquelles oscillent alors constamment, par choix, entre conformité et dépassement des normes de genre.

# Bibliographie

Amselle, J.-L. (2014), « Le tourisme chamanique en Amazonie », *Études*, n° 2, p. 33-42.

Andrieu, B. (2012), *L'autosanté : vers une médecine réflexive*, Paris, Armand Colin.

Bajos, N., Ferrand, M. (2006), « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *in Avortement ici et ailleurs*, Paris, Sociétés contemporaines n° 61, Presses de Sciences Po, p. 91-117.

Bergé, C. (2005), *Héros de la guérison. Thérapies alternatives aux États-Unis*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Bishop, E. (2004), « Constructions imaginaires de l'espace californien au sein du New Age », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, n° 75, n° 1, p. 28-38.

Bordes, R. (dir.) (2011), *Dire les maux : anthropologie de la parole dans les médecines traditionnelles*, Paris, L'Harmattan.

Bourdieu, P. (1986), « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n° 1, p. 69-72.

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

Cohen, P. , Rossi, I. (2011), « Anthropologie des soins non conventionnels du cancer. Introduction du numéro thématique », *in* Cohen, P. , Rossi, I. (dir.), *Le pluralisme thérapeutique en mouvement*, *Anthropologie & Santé*, n° 2, p. 2-7.

Delanoë, D. (2006), *Sexe, croyances et ménopause*, Paris, Hachette.

Devreux, A.-M. (2001), « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? », *in* Aïach, P. , Cresson, G. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique, p. 97-116.

Douglas, M. (1971), *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspero.

Durisch-Gauthier, N. (2007), « Le marché de la guérison », *in* Durisch-Gauthier, N., Rossi, I., Stolz, J. (dir.), *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*, Genève, Labor & Fides, p. 37-55.

Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

Froideveaux-Metterie, C. (2015), *La révolution du féminin*, Paris, Gallimard.

Gabarron-Garcia, F. (2011), « Parole du sujet et langage de la science : la contribution lacanienne à la critique de Lévi-Strauss », *in* Bordes, R. (dir.), *Dire les maux : anthropologie de la parole dans les médecines traditionnelles*, Paris, L'Harmattan.

Ghasarian, C. (2006), « Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-chamaniques », *in* Schmitz, O., *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident,* p. 139-171.

Giami, A. (2007), « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues*, vol. 7, n° 250, p. 56-60.

Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, Stanford University Press.

Goffman, E. (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.

Héritier, F. (1996), *Masculin / Féminin. I : La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.

Héritier, F. (2010), *Hommes, femmes, la construction de la différence*, Paris, Le Pommier.

Herzlich, C. (1969), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.

Jacques, B. (2005), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.

Jung, C. (1996 [1939]), *La psychologie de l'inconscient*, Paris, Fayard.

Kessler-Bilthauer, D. (2016), « L'infertilité dans le contexte de sorcellerie : représentations et prises en charge rituelles dans la Lorraine du XXI$^{e}$ siècle », *in* Gottot, S., Teixeira, M. (dir.), *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 231-248.

Kessler-Bilthauer, D. (dir.) (2017), « Guérisseurs d'aujourd'hui dans l'Europe occidentale », dossier spécial, *Ethnopharmacologia*, n° 57.

Klein, A. (2012), « Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? », *in* Grison, B., *Bien-être ou être bien*, Paris, L'Harmattan.

Kleinman, A. (1998), *The Illness Narratives : Suffering. Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.

Kleinman, A., Das, V., Lock, M. (1997), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press.

Kotobi, L., Jacques, B., Anton, L., Lemonnier, C., Purgues, S. (2013), « Santé reproductive dans le Médoc (France) : femmes, précarité, migration », rapport final de la recherche *Inégalités d'accès aux soins en santé reproductive et génésique des femmes « précaires » et/ou « migrantes » du Médoc*, IRESP / INSERM, 2010-2013 (resp. L. Kotobi), Université de Bordeaux, décembre 2013, doc. dact.

Kotobi, L., Lemonnier, C. (2015), « La santé reproductive et génésique, un objet de recherche sensible et peu visible. Introduction au numéro », *Sociologie Santé*, n° 38, p. 5-17.

Laplantine, F., Rabeyron, P. -L. (1987), *Les médecines parallèles*, Paris, PUF.

Le Feuvre, N. (2003), « Le genre comme outil d'analyse sociologique », *in* Fougeyrollas-Schwebel, D., Plante, C., Riot-Sarcey, M., Zaidman, C., *Le genre comme catégorie d'analyse : sociologie, histoire, littérature*, Paris, L'Harmattan, p. 39-52.

Lemonnier, C. (2010), *Ritualiser l'avortement pour faire passer la pilule. Enquête sur l'interruption volontaire de grossesse dans le centre d'orthogénie d'un hôpital aquitain*, mémoire de Master 1 en anthropologie, dir. L. Kotobi, Université Bordeaux 2.

Lemonnier, C. (2016), *Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des « maux de femmes » et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France)*, thèse en anthropologie sociale et culturelle, dir. L. Kotobi et A. Kouvouama, Université de Bordeaux.

Lipovetski, G. (1997), *La troisième femme*, Paris, Gallimard.

Loux, F. (1983), *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, Interéditions.

Mardon, A. (2011), « Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. L'apparition des menstrues », *Ethnologie française*, vol. 41, n° 1, p. 33-40.

Michelet, J. (1966 [1862]), *La sorcière*, Paris, Garnier-Flammarion.

Moulinié, V. (1998), *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Éditions de la MSH.

Philippe, C. (2007), « Le conseil conjugal et familial. Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité », *Recherches et prévisions*, n° 89, p. 64-71.

Planté, C. (2002), *Sorcières et sorcelleries*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Pordié, L., Simon, E. (dir.) (2013), *Les nouveaux guérisseurs : biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, EHESS.

Robard, I. (2002), *Médecines non conventionnelles et droit : la nécessaire intégration dans les systèmes de santé en France et en Europe*, Paris, Litec.

Rocchi, V. (2000), « Du "Nouvel Âge" aux réseaux psycho-mystiques », *Ethnologie française*, vol. 30, n° 4, p. 583-590.

Rountree, K. (2011), « Localizing neo-paganism : Integrating global and indigenous traditions in a Mediterranean catholic society », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, vol. 17, n° 4, p. 846-872.

Schmitz, O. (dir.) (2006), *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris, Karthala.

Stengers, I., Nathan, T. (1995), *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Tain, L. (2001), « L'hôpital, la femme et le médecin : la construction des trajectoires de fécondation *in vitro* », *Population*, vol. 56, n° 5, p. 811-844.

Thomas, C. (2016), *Accoucher aujourd'hui : les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée*, thèse de doctorat en anthropologie, dir. L. Pourchez, Université de la Réunion.

Verdier, Y. (1979), *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.

Wieworka, M. (2012), « Du concept de sujet à celui de subjectivation / désubjectivation », Paris, Fondation Maison des sciences de l'homme, n° 16.

Young, A. (1982), « The anthropology of illness and sickness », *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, p. 257-285.